

Een rapport over resultaten van Belgische financiering voor Ontwikkelingssamenwerking in de Gezondheidssector van 2009-2017



USAGE INTERNE – N5 – INTERN GEBRUIK

VOORWOORD	6
DANKWOORD	7
EXECUTIVE SUMMARY	9
SAMENVATTING	14
WAAROM DIT RAPPORT?	19
<i>De DGD legt rekenschap af van de gebruikte middelen en de bereikte resultaten.</i>	19
<i>Omdat DGD, een belangrijke steunverlener in de gezondheidssector van de armste ontwikkelingslanden, iets te vertellen heeft.</i>	19
<i>Omdat we een lerende organisatie willen worden.</i>	20
<i>SDG 3 roept alle overheden op zich in te zetten voor “een gezond leven en welzijn voor iedereen op elke leeftijd”.</i>	20
<i>DGD wil bijdragen tot een betere gezondheid van de bevolking en van de armen in ontwikkelingslanden in het bijzonder.</i>	22
<i>Omdat we naar doeltreffende hulp streven.</i>	23
BELGISCHE ONTWIKKELINGSSAMENWERKING VOOR GEZONDHEID SAMENGEVAT	24
<i>België, een betrouwbare partner.</i>	24
<i>Een beperkt aantal landen en partnerorganisaties.</i>	24
<i>Vooraf met landen in fragiele situaties.</i>	26
<i>Een duidelijke focus op versterking van gezondheidszorgsystemen.</i>	28
<i>Bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren.</i>	30
<i>Korte programma-cycli maar een de facto lange-termijnaanwezigheid.</i>	31
<i>We financieren organisaties via 4 onderscheiden kanalen.</i>	31
RESULTATEN VAN DE FINANCIERING VOOR GEZONDHEID VAN DE 4 KANALEN	33
<i>Gouvernementele programma's zijn doeltreffend maar duurzaamheid is een heikel probleem.</i>	33
<i>We focussen op de versterking van gezondheidszorgsystemen.</i>	33
<i>Doeltreffendheidsscores zijn goed maar niet excellent.</i>	38
<i>Duurzaamheid van geleverde inspanningen; een moeilijke zaak.</i>	40
<i>Betalen voor resultaten, hoe doet België dat? De op prestaties-gebaseerde financiering, een succesverhaal.</i>	48
<i>Budgetsteun in de gezondheidssector, een positieve onderneming maar een geval apart.</i>	54
<i>Fragiliteit: geen nadrukkelijke overweging in de gezondheidsstrategie.</i>	57
<i>Conclusies.</i>	60
<i>De doeltreffendheid van de niet-gouvernementele actoren beoordelen.</i>	61
<i>De Belgische niet-gouvernementele actoren in de gezondheidssector, wie zijn dat?</i>	61
<i>De DGD gul ten aanzien van de Belgische niet-gouvernementele actoren.</i>	63
<i>Wat wil de DGD van de NGA's om goede resultaten voor gezondheid te halen?</i>	65

Hoe gaat de DGD om met de niet-gouvernementele actoren?	67
Resultaten van de financiering	71
Inzoomen op een grote Ngo: Memisa.	73
Inzoomen op het ITG-IMT: nuttige beleidsondersteuning voor de Belgische ontwikkelingssamenwerking.	79
Conclusies.....	82
<i>We financieren en beïnvloeden de EU voor betere resultaten in de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden zonder duidelijke strategie.</i>	<i>83</i>
EU en ontwikkelingssamenwerking	83
De EU is een kleinere speler in de gezondheidssector dan men zou verwachten.	86
Wat willen we van de EU om goede ontwikkelingsresultaten voor gezondheid te halen?	90
De EU werkt met Belgische fondsen: wat hebben we over dit Belgisch geld dan te zeggen?	93
Resultaten van de EU, ook (een beetje) onze resultaten.	97
Conclusies.....	99
<i>België financiert en beïnvloedt multilaterale organisaties zonder duidelijke opvolging van de resultaten.</i>	<i>101</i>
Multilateralisme zit in de Belgische genen.....	101
Aan gezondheid werken via voorspelbare financiering om de mandaten van de multilaterale organisaties te ondersteunen.....	102
Wat wil België van de multilaterale organisaties om goede ontwikkelingsresultaten voor gezondheid te halen?	104
<i>Goed uitgerust om multilaterale entiteiten te kunnen beïnvloeden?</i>	109
En de resultaten zijn?	114
Bedenkingen.....	118
Conclusies.....	119
GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN.....	121
<i>Waarom spreken we over sociale bescherming in de gezondheidssector?.....</i>	<i>121</i>
<i>Gezondheid betaalbaar maken voor de armen via een verzekeringssysteem.....</i>	<i>124</i>
De aanpak van Ngo's: verzekeringsschema's verankerd in de gemeenschappen.....	124
De op efficiëntie georiënteerde aanpak van Enabel.	125
Een verschil in visie die niet zomaar overbrugbaar lijkt.	126
Een realistische optie voor de fragiele context van de DRC is gesubsidieerde forfaitaire tarifiering. ...	129
<i>En de resultaten zijn?.....</i>	<i>130</i>
CONCLUSIES MET BETREKKING TOT DE DGD	133
<i>De Belgische ontwikkelingssamenwerking kent zichzelf niet.</i>	<i>133</i>
Focus op versterking van het gezondheidszorgsysteem moet aanleiding zijn om nog strategischer te werk te gaan.	133

Ervaring met steun voor het gezondheidszorgsysteem in fragiele staten maar zonder deze te valoriseren.	133
De ambitie van de gezondheidsstrategie is niet ondersteund door een lange-termijnstrategie voor de partnerlanden.	133
We boren de rijkdom van expertise in de verschillende kanalen niet aan voor doeltreffendere actie in de gezondheidssector.	134
<i>DGD is slecht uitgerust voor deze kennisoefening.</i>	134
Geen synthese, geen geleerde lessen.	134
We kunnen de gezondheidsstrategie niet opvolgen.	134
We documenteren de politieke dialoog met het partnerland niet.	135
CONCLUSIES OVER DE RESULTATEN VAN ONZE ONTWIKKELINGSSAMENWERKING	136
<i>Gouvernementele samenwerking: globaal doeltreffend.</i>	136
<i>Geen uitspraken mogelijk over resultaten van de NGA's-activiteiten</i>	136
<i>Opvolging van de resultaten van de multilaterale organisaties is beperkt.</i>	137
<i>Van de EU geen strategisch aansturing op basis van resultaten.</i>	137
<i>Een aantal echte successen in de Belgische ontwikkelingssamenwerking.</i>	138
<i>Moeilijke punten, een aanzet voor discussie.</i>	139
Duurzaamheid is een probleem.	139
Richting geven?	140
Op basis van wat?	141
AANBEVELINGEN	142
Wat strategisch werk betreft:	142
Wat kennisbeheer betreft:	142
Wat vorming betreft:.....	143
LITERATUURLIJST	144
BIJLAGEN	150
<i>De context waarin we werken</i>	150
De gezondheidsdoelstellingen van de ontwikkelingslanden.	150
De landen van onze samenwerking besteden weinig middelen aan gezondheidszorg.	152
Een druk bevolkte sector met eigengereide donoren.	156
Nog veel inspanningen nodig om een performant gezondheidszorgsysteem op poten te zetten.	158
Gezondheidstoestand van de bevolking in cijfers.	159
De kenmerken van de gezondheidssector in ontwikkelingslanden samengevat.	162

Voorwoord

Het beleid van de Belgische ontwikkelingssamenwerking past volledig in de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen (SDG's). De laatste jaren heeft mijn administratie de inspanningen voor resultaatgerichtheid verhoogd en was een laatste cruciale stap naar transparantie het gebruiksvriendelijk dataportaal.

Het "Rapport over resultaten van Belgische financiering voor Ontwikkelingssamenwerking in de Gezondheidssector van 2009-2017" sluit volledig aan bij deze ambitie.

Over een periode van 9 jaar heeft de Belgische ontwikkelingssamenwerking 1,5 miljard Euro in de gezondheidssector van ontwikkelingslanden geïnvesteerd. Er mocht dus worden stilgestaan bij de vraag wat de financiering van de gezondheidssector in de partnerlanden na al die jaren heeft opgeleverd. Het rapport brengt lessen samen over activiteiten van Belgische actoren en organisaties die daarvoor van de DGD fondsen ontvingen. Met die financiering beoogden we een verbetering van de gezondheidstoestand van de arme bevolking in ontwikkelingslanden.

De Belgische ontwikkelingssamenwerking blijkt een trouwe en standvastige partner. Onze samenwerking speelt goed in op het beleid en de noden van onze partnerlanden. Belgische actoren werken er samen aan de opbouw van het gezondheidszorgsysteem. Ze zijn daarin erg ambitieus en gefocust en kunnen mooie resultaten voorleggen. De gezondheidstoestand van de bevolking in de ontwikkelingslanden verbetert gestaag, zelfs in de fragiele context waarbinnen onze samenwerking zich beweegt. Dat doet België niet alleen natuurlijk, maar we hebben er zeker een positieve rol in gehad!

Door de grondige aanpak van het Kennisdocument is het ook een handleiding geworden voor iedereen die wil weten en leren hoe we onze hulp in de gezondheidssector van ontwikkelingslanden zo doeltreffend mogelijk hebben ingezet. Een complexe opdracht als ontwikkelingssamenwerking laat zich niet in enkele pagina's uitleggen. Het werden er uiteindelijk meer dan 200.

Ik ben tevreden met het resultaat. Maar het werk is nog niet af: noch voor de ontwikkelingslanden, die lang niet hun gezondheidsdoelstellingen hebben bereikt, noch voor de administratie, die zichzelf voortdurend moet aanpassen en heruitvinden. Met het Kennisdocument krijgen deze inspanningen extra richting en focus om, beter dan voorheen, bij te dragen aan duurzame ontwikkeling in het Zuiden. Want, zeker, het rapport is ook kritisch voor de administratie zelf en daarmee een bewijs dat we willen leren en verbeteren.

Mijn dank gaat naar iedereen uit die heeft meegeholpen om van het Kennisdocument een leerrijk rapport te maken en in het bijzonder naar Isabelle Wittoek. Laten we het nu een vertrekpunt worden van een boeiend traject naar nog doeltreffender ontwikkelingshulp.

Bruno van der Pluijm

Directeur -generaal van DGD

Het rapport geeft niet noodzakelijk het officiële standpunt weer van de DGD of van de Belgische regering.

Dankwoord

Iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan het Kennisdocument, zonder iemand te vergeten, dat was een hele uitdaging! De lijst werd best lang. *So let's start!*

Dit kennisdocument kon nooit starten zonder Oliver Thery, diensthoofd van D0.1, die al een tijd dergelijke onderneming koesterde en er van onze DG Bruno Van der Pluijm groen licht voor kreeg door zijn overtuigende en overtuigende resultaatgerichte kijk op ontwikkelingssamenwerking.

Het kennisdocument was een sprong in het duister. Mijn methodologische gids van het eerste uur was professor Nathalie Holvoet van het IOB. Ook van de speciale evaluator kreeg ik heel wat steun van Cecilia De Decker, Sofie Dirkx, en Karel Cools doordat ze me wegwijs maakten in de bestaande en lopende evaluaties. De interesse in het eindproduct en de lectruur door Filip De Maesschalck is een opsteker en een blijk van interesse in het geleverde werk.

Over de bestudeerde periode hebben DGD-collega's gegevens over de financiering van de gezondheidsprojecten gestaag in de databank ingevoerd. Zonder deze collectieve inspanningen was een dergelijke studie niet mogelijk geweest. Aan de vele mensen die de data via dit systeem hebben geleverd daarom dit speciaal woord van dank. Antoon Van Broeckhoven, de architect van onze databank, hielp me, met zijn onnavolgbare bescheidenheid, aan een reusachtige Excel-tabel van 764 interventies in de gezondheidssector die de basis was voor het maken van een aantal overzichten en keuzes.

De allereerste gesprekken over dit project liepen niet altijd even vlot. Het kennisdocument was iets onbekends en niemand kon bevroeden wat het zou worden. Het werd uiteindelijk een fantastische ontdekkingstocht samen met Ignace Ronse om beetje bij beetje in Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector te leren kennen en zo vast te stellen waarin België sterk is.

Omdat onze administratie niet vaak het terrein bezoekt, was de terugkeer naar het hoofdbestuur van Martinus Desmet en Eric Vanbeveren een mooie meevaller. Beiden waren in de jaren voor hun huidige functies actief in de gezondheidssector en kunnen bogen op heel wat diepgaande kennis van het terrein. Ze hebben aanstekelijk verteld over hun werk en stukken tekst herlezen. Zij hebben ook gezorgd voor boeiende gesprekken met de lokale gezondheidsexpert van de Ambassade in Kinshasa: Urbain Menase, en met een technisch assistent van een Enabel-project in de RDC: Ernesto Papa.

Enabel is onze voornaamste uitvoerende instantie in de gouvernementele samenwerking. De strategische *unit* in Enabel had heel wat interesse voor het kennisdocument in wording en hun bereidwillige hulp en mededeelzaamheid gaf me een pak achtergrond en extra documentatie over de projecten die ze in de gezondheidssector strategisch hebben aangestuurd en begeleid. In eerste instantie gaat mijn dank uit naar Paul Bossyns die een groot deel van de tekst over de gouvernementele samenwerking heeft herlezen op feitelijke fouten. Karel Gyselinck sprak ik nog aan als enthousiaste voorzitter van Be-Cause Health en over de projecten in Benin. En Stefaan van Bastelaere gaf uitgebreid uitleg over de projecten in de DRC waar België een bijzonder parcours loopt in de gezondheidssector. De contacten met Myriam Van Parijs van de dienst Monitoring en Evaluatie van Enabel gaven me een inkijk in de evaluatie van hun opvolgingsinstrumenten. Haar plaatsvervangster Giulia Camilotti blijkt ook nu het Kennisdocument af is, geïnteresseerd in de gebruikte methodologie. Het was een werkrelatie van wederzijdse begeestering.

Veel collega's waren bereid om tijd te maken en als klankbord te dienen gedurende dit parcours en hebben me uitgedaagd en aangemoedigd. Mijn dank gaat uit naar Fabio Pompatti, Eddy Nierynck, Koen Van Acoleyen, Michèle Deworme, Annemarie Van der Avort, Dirk Teerlinck, Geert Vansintjan, Karin Schneider en Sophie De Groote.

Sommige collega's ben ik bijzonder dankbaar omdat ze stukjes cruciale informatie onder mijn aandacht brachten: Luc Timmermans, Florence Deschuytener, Xavier Rouha, Concepción Munoz Gonzalez, Alexandre Verhoeven, Robert Verhaeghe, Mark Laplasse, Laetitia Verhulst, Jean-Michel Swalens, Junior Content, Caroline Meulders, Anne Van Malderghem en Ariane Bourlard.

Soms kwam deze informatie ook van andere organisaties. Daarvoor zijn we zeker ook Paul Verlé, Tom Roosen, Geert Laleman en professor Bart Criel van het ITG-IMT erkentelijk.

Andere collega's hielpen me met het op papier zetten van stukken tekst over domeinen waarin ze bijzondere expertise hebben. Aan het bij elkaar schrijven met Johan Debar en de technische experts op de ambassade: Charlotte Taylor en Johannes Borg, van onze ervaring in Rwanda met 10 jaar budgetsteun in de gezondheidssector, houd ik een bijzondere fijne herinnering over. Het op papier krijgen van onze samenwerking met de EU in de gezondheidssector was een taaie onderneming, maar kon rekenen op de stimulerende bijdragen van Dirk Brems. En voor de teksten over Memisa konden we rekenen op een vertrouwelijke uitwisseling van documenten en grondig nalezen van tekst door Elies Van Belle die in tussentijd trouwens voorzitter werd van Be-Cause Health. Marc Denys schreef nog op de valreep van zijn pensionering iets over de Belgische multilaterale *core* bijdragen.

Het Kennisdocument is er nu om gebruikt te worden en daarom zijn we in het bijzonder dankbaar voor het initiatief van Mieke De Roover om het als leerstof aan te bieden in het vormingstraject van de stagiairs-diplomaten. Voor onmiddellijke toepassing van geleerde lessen over sociale bescherming in Benin heeft ook onze collega op post Melanie Schellens gezorgd.

Blij ook met de hulp van Marc Preud'Homme, Mia Van Aken, Iris Van Robays, Kelly Rigaux, Philippe Scavée, Lisa Haenen en Martine Warck bij het leesbaar en aantrekkelijker maken van het document.

Tenslotte ook een welgemeend woord van dank en bewondering voor het harde en uitstekende werk van twee stagiaires op onze dienst, die ettelijke documenten lazen en er syntheses van maakten en me met hun onbevange vragen en opmerkingen permanent hebben uitgedaagd: Nele Balis en Charlotte Steel.

Nogmaals een hartelijke woord van dank aan iedereen die op de een of andere manier heeft meegeholpen aan de totstandkoming van het kennisdocument. Wij hopen dat het verder nuttig zal gebruikt worden voor een doeltreffendere en duurzame ontwikkelingssamenwerking.

Isabelle Wittoek

D0.1 Dienst Resultaten

Executive Summary

Why a knowledge document?

Present report documents the determination of the Belgian development cooperation for transparency, effectiveness and impact. The report covers a decade of development cooperation: starting with the year 2009 up to 2017 and even beyond. The report examines results of ODA for Health and deals extensively with the Directorate General for Development Cooperation's (DGD) role.

Scrutinize what kind of Health donor Belgium is

DGD spent nearly € 1.5 billion in health from 2009 until 2017, thus financing a total of 764 interventions, governmental and non-governmental cooperation altogether. For the Belgian Development Cooperation, supporting health in developing countries means, developing a functional healthcare system. Increasing universal access to essential, good quality healthcare services, is a clear-cut priority.

Belgium allocates 60% of aid for health to specific countries of which 99% are 11 African countries in fragile situations. Aid allocation is managed in short programming cycles of 3, 4 or 5 years. Though the report points to a *de facto* long-term presence in the health sector. Multilateral organizations focusing health were allocated 31.1% of the funding, the EU 12%, the governmental development cooperation 28.9% and the non-governmental cooperation 27.2%. Of all multilateral organizations, the Global Fund to combat AIDS tuberculosis and malaria (GFATM), received most (40%) of the multilateral funding for health. The World Health Organization (WHO) comes second, (18%).

Scope

The research question is twofold: (1) the achievements of DGD investments during the period 2009-2017 and (2) lessons that DGD can draw in view of taking better decisions in the future. Present report is expected to be contributing to the improvement of DGD knowledge management systems. The report is not pretending to be a scientific (impact) study nor an evaluation but rather a learning exercise by and for DGD.

Approach

To assess the effectiveness of governmental interventions, we relied partly on the output of the *More-results* system from Enabel, sole implementer of Belgian governmental aid. For non-governmental spending, the report relies on available documentation and transcribed oral exchanges with some important Belgian non-governmental actors. To understand how Belgium "influences" decisions in multilateral organizations and the EU, colleagues responsible in DGD as well as a number of supporting documents such as the DGD *multi-fiches* and evaluation reports from the multilateral organizations were consulted.

A document study including 23 governmental health projects in 5 African countries, Benin, Burundi, DRC, Rwanda and Uganda, completed in the period 2009-2017, guarantees sufficient representativeness. However it was impossible to make general statements for multilateral, non-governmental and EU development cooperation. A case study on social protection in health

attempted to "confront" and connect activities of different Belgian actors and other donors in Senegal.

Context

The health sector of the 11 partner countries of Belgian development cooperation is characterized by a structural shortage of resources. The out-of-the-pocket costs for patients are too high which results in less than 50% of Africans consulting a health worker. These countries, do not yet spend enough per capita to guarantee minimal care, even if figures take into account external (e.g. donor funds) and private resources (insurance or domestic contributions). External resources usually exceed domestic and private resources. However, development cooperation seems not to discourage the governments of the 11 selected countries to use domestic resources for the health sector. The health sector is above all a crowded sector with donors shaping their activities based on at times contrasting assumptions. Despite all efforts, these countries will not reach the Health SDGs. It will be long before these countries will have sufficient resources to guarantee a reasonable level of health care for their population.

What the ministry might learn from the report on its development cooperation for health

The study found that Belgian governmental cooperation for health is globally effective. Partner countries show gradually improving health indicators. Government-to-government projects resulted in improved referral systems and accessibility of health care to the population in project areas. However, "access" to healthcare is not a regular and common indicator used by Belgian health actors to assess their projects. Reason why it was impossible to draw general conclusions. Enabel translates the assiduous focus on strengthening health care systems, into what they call a *double anchorage*. It appears to be a functional model for health support. The report is also positive about how Enabel adapted the modality of Performance-Based Financing and the Belgian contribution in Rwanda to sectoral budget support where the embassy plays an apparent role in political dialogue.

Belgium makes a major effort to align with policy choices of partner countries. As a result, dependency on government policy makes governmental cooperation extremely vulnerable to political decisions as well as to the quality of policies of assisted countries. This dependency is multiplied by opting for pilot projects that, upon successful completion, rely on the willingness of the supported Government to upscale the pilot experience. Sustainability of the achievements are therefore always uncertain. The study questions the pilot approach for an extreme fragile situation as is the case in the DRC. But even in Benin the longstanding investments in a system of performance based finance, are finally not taken up by the actual government.

In the health sector the study describes the approach of a number of strong Belgian NGAs and notices that they seem to act in accordance with the Belgian health strategy paper. More recently NGA's became implementers for other donors. However, the report cannot make statements about results of non-governmental actors. Firstly, because DGD collects insufficient information for that purpose. Secondly, because the Knowledge Document has only collected in-depth information on a few NGAs. It is still uncertain whether, DGD will be able to do so and whether the reform of 2015 has created enough incentives and clarity for NGA's in order to get sufficient results information in the future to justify money spent.

Effectiveness of EU activities in health is as well difficult to assess and remains anecdotal. Evaluations used for the Knowledge Document allow a number of positive conclusions: for example, joint programming adds value to development cooperation of EU and its Member States, but potential of cooperation has not yet been fully exploited. An evaluation of budget support shows that public finance management is a crucial issue for the health sector by linking it to improvement of the infant mortality rate of assisted countries. Results-oriented management of EU can still be improved. We found that a large donor like EU, with an extensive portfolio and programs on an ambitious scale, is well placed to make relevant judgments in the sector via its evaluations. EU has the potential to deliver useful lessons for all health actors, including Belgian actors. The report details how an EU health evaluation in the DRC has learning potential for other actors.

Observations in embassy reports on WHO show a mixed picture about the organization. Statements about GFATM are consistently critical, notwithstanding the large amount of Belgian funding. MOPAN assessments provide useful information about WHO. Results reporting practiced by GFATM is mostly focused on output, as such mixing contribution and attribution thus making questionable statements.

Belgian development cooperation actively contributes to social protection for health. Unlike the strong focus on healthcare system strengthening, Belgium appears to be a less coherent donor in this domain. DGD ultimately accepts conflicting approaches, seemingly unaware of the problem and does not have a mechanism to work towards a coherent line of conduct by all Belgian development partners, in the same partner country.

What the report learns about DGD's strategic work

Belgium can build on an exceptionally coherent package of activities in health. The focus on strengthening healthcare systems is a guiding principle that *de facto* links all Belgian channels. Social protection activities however do not show such coherence. Belgium finances different models of health insurance schemes.

Governmental aid makes a strong effort to align to government policies and adheres to the mandate and role of WHO, expertise of Belgian research institutions, especially Antwerp Tropical Institute, and the strategic unit within Enabel-Brussels.

Although Belgium and EU seem to share the same vision on system approach for health, it was never subject to an open policy. Moreover, the EU is *de facto* a genuine leveraging companion of Belgian development ambitions in the health sector in Central Africa. EU acknowledges the Belgian expertise on health systems strengthening and devotion to Universal Health.

Despite a positive attitude towards WHO, Belgian's aversion to vertical approaches and clear preference for horizontal ones, *in casu* healthcare system strengthening, it is surprising that GFATM receives more than the double of what UNWHO receives. The longstanding donor relation with GFATM is not matching the vision emanating from the Belgian health strategy. Moreover, efforts to influence GFATM through the EC constituency in the GFATM, did not bring any notable change in its vertical approaches.

What the report learns from DGD's knowledge management.

Knowledge management is generally problematic. DGD is badly equipped to follow-up its strategic focus and learn from partners' experiences. First difficulty is lack of strategic planning per partner country which never goes beyond the short timeframes of usual program cycles. Second handicap is lacking overview of achievements. Furthermore, context-related information (fragility) is not reflected on in strategy notes and approaches.

Belgian governmental cooperation in health encounters the consequences of fragile situations. On the ground, the study noted unexpected permeability between EU, Belgian governmental and non-governmental activities, especially in Burundi and the DRC. NGA's are actively engaged in research and training and probably the main reason for *de facto* coherent Belgian approaches in health and good understanding with Health authorities in partner countries. DGD administrative documents are not/can not taking into account this reality.

Multiple procedures (dialogues, reporting tools, assessments) meant as quality support mechanisms for better performance of Belgian NGA's, are poorly utilized by the ministry. Track records and overviews of successive interactions with NGAs, beyond programming cycles, are inexistent. For example, it is not documented whether DGD has given *Memisa* sufficient incentives for effective and rigorous use of monitoring and evaluation systems in order to document results.

Taking cognizance of evaluations, and introducing them into ready-to-use knowledge, is still an unexplored chapter that could also be of use in preparing positions for EU meetings.

The Multilateral Organization Performance Assessment Network (MOPAN) is an underutilized source of information. The network offers opportunity to assess effectiveness of important multilateral organizations. There is still a lot of untapped information requiring systematic use, such as field observations, studies, assessments and evaluations for effective positioning in the multilateral environment.

Recommendations

For the health strategy paper to let it play its role in programming decisions, reference to the following topics (non-exhaustive) in a **country (knowledge management) file** need to be made: (1) government decisions that are important milestones for local health sectors, (2) Belgian achievements and contributions to progress in the local health sector, (3) Belgian/European positions taken by Belgian development cooperation in the course of local policy dialogues, (4) (Belgian and/or local) resource persons with good knowledge of the health sector, (5) NGA's/(local)resource persons known for their specific expertise in health. (6) Former foreign students of Tropical Institute of Antwerp that returned to their country and actively contribute to shaping the health sector in their country.

Translate and integrate transversal themes in the health sector policy note. Gender, social protection, fragility, environment are all subject to separate strategy papers and need translation into health objectives. The role of civil society in the health sector should be subject of reflection, allowing health NGAs clarify and valorize their specific expertise, position and contribution to health.

Influence and cooperate with the EU for health: a theme for a reflection note. Consult evaluations about health activities and convert them into useful information and knowledge in order to underpin dialogue on health within EU. We need to better map EU cooperation and its results. In order to

make such a compilation useful, EU non-experts should understand how to "lobby" for quality development cooperation in health through EU *comitology*.

Document successes and failures and draw lessons serving as a basis for assessing Belgian sector strategies. Certain information can only come from elsewhere, though, ultimately DGD will have to tailor supplied knowledge to its needs. The Be-cause-Health network could play a role in DGD's knowledge management system, if only the ministry would/could make clear requests to the network so that it generates useful knowledge for Belgian policy decision making processes.

Samenvatting

Waarom een Kennisdocument?

Het Kennisdocument past in de ambitie voor transparantie, doeltreffendheid en impact van de Belgische ontwikkelingssamenwerking. Het document wil de Belgische ontwikkelingsactoren verenigen rond een geheel van geleerde lessen in de gezondheidssector. Het rapport bespreekt bijna 10 jaar ontwikkelingssamenwerking, van 2009 tot en met 2017. In deze periode heeft België zowel gouvernementele samenwerking opgezet via Enabel, het vroegere BTC, als substantiële bedragen overgemaakt aan de EU, de multilaterale organisaties en de niet-gouvernementele actoren.

Het rapport onderzoekt de resultaten van deze financiering en gaat ruim in op de rol van de DGD.

Nagaan welke soort donor we zijn in de gezondheidssector.

Gedurende de periode 2009-2017 investeerde de DGD bijna 1,5 miljard euro in gezondheid. Daarmee heeft de administratie een totaal van 764 interventies gefinancierd, gouvernementele en niet-gouvernementele samenwerking bijeengenomen. België steunt de gezondheidssector in ontwikkelingslanden in de eerste plaats via de uitbouw van een functioneel gezondheidszorgsysteem. Toegang verhogen tot de meest noodzakelijke gezondheidszorgen van goede kwaliteit, ook voor de armste, is een Belgische prioriteit.

Het grootste deel van de hulp, de zogenaamde bilaterale hulp voor gezondheid, besteedt België in welbepaalde ontwikkelingslanden: ongeveer 60%. Daarvan gaat 99% naar 11 Afrikaanse landen die meestal in fragiele situaties verkeren. Programmering verloopt in korte cycli van 3,4 of 5 jaar. Maar dit belet niet dat België meestal een *de facto* lange-termijnaanwezigheid in de partnerlanden kan aantonen. Het multilaterale kanaal ontving 31,1% van de financiering, de EU 12%, de gouvernementele samenwerking 28,9% en de niet-gouvernementele samenwerking 27,2%. Van alle multilaterale organisaties, ging het meest naar het *Global Fund (to combat Aids Tuberculosis and Malaria)*, 40% om precies te zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) komt op de tweede plaats (18%). Sinds 2009, stort ons land bijna alle vrijwillige bijdragen aan de multilaterale ontwikkelingssamenwerking in het algemeen budget van de organisaties.

Scope

De vraagstelling van het rapport is tweeledig en betreft: (1) de vraag wat de DGD-financiering heeft bewerkstelligd in termen van resultaten op het terrein gedurende de periode 2009-2017 (doeltreffendheid) en (2) de lessen die de DGD daarbij kan trekken om het in de toekomst beter te doen. De verwachting is dat het voorliggend rapport bijdraagt aan de verbetering van het systeem van kennisbeheer door repliceerbare methodes te ontwikkelen voor een vergelijkbare oefening. Het is geen wetenschappelijke (impact-)studie en geen evaluatie maar een oefening van en voor de DGD.

Aanpak

Om de doeltreffendheid van de gouvernementele interventies te beoordelen, steunden we op de producten van het *More-results* systeem van Enabel, de exclusieve uitvoerder van de gouvernementele hulp. Voor de niet-gouvernementele actoren gebruikten we enerzijds de beschikbare rapportering binnen de DGD en verzamelden we anderzijds zelf informatie via rechtstreekse contacten met een paar belangrijke actoren en op basis van beschikbare evaluaties. Om te begrijpen hoe België beslissingen in de multilaterale organisaties en de EU “beïnvloedt”,

raadpleegden we de verantwoordelijken in de DGD, een aantal ondersteunende documenten zoals de DGD- multi-fiches en evaluatierapporten van de organisaties. Het Kennisdocument schrijven nam veel tijd in beslag door de afwezigheid van de nodige kennisbouwstenen over de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector. Daarom bracht het Kennisdocument eerst informatie in meerdere synthesesnota's samen. Verder moesten nuttige evaluaties en studies opgezocht en interviews met *ressource* personen afgenomen en uitgeschreven.

Om reden van representativiteit, omvat de documentstudie 23 gouvernementele gezondheidsprojecten in 5 Afrikaanse landen die in de periode 2009-2017 afgerond werden: Benin, Burundi, DRC, Rwanda en Uganda. Daarmee spreekt het document zich uit over 39% of 160 miljoen van de bilaterale gouvernementele hulp voor gezondheid over de bedoelde periode. Enabel evalueert de Belgische budgetsteun niet. Voor Rwanda en Uganda maakten we daarom zelf een korte studie over budgetsteun. Dit verhoogt de representativiteit van de uitspraken voor de gouvernementele samenwerking tot 56%.

Voor de multilaterale-, de niet-gouvernementele samenwerking en de samenwerking met de EU kunnen we geen representatieve uitspraken doen. We hebben onze beperkte vaststellingen wel gecross-checkt met evaluaties en beschikbare studies.

Via het thema sociale bescherming in de gezondheidszorg poogden we de Belgische actoren in éénzelfde land, met elkaar te “confronteren” en verbanden te leggen. Daarvoor deden we beroep op een beleidsondersteunend onderzoek en publicaties van Enabel.

Context

De gezondheidssector van de 11 partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking kenmerkt zich door een structureel middelentekort. Mensen moeten nog altijd teveel van de ziektekosten zelf betalen. Dit is een belangrijke reden waarom minder dan 50% van de Afrikaanse bevolking zich laat verzorgen (of m.a.w. toegang heeft). De meeste van de 11 bestudeerde landen besteden nog altijd te weinig per inwoner om minimumzorgen te kunnen garanderen, ook als de cijfers rekening houden met de externe- (o.m. donorgelden) en private middelen (verzekeringen of eigen bijdragen). Externe middelen overtreffen meestal eigen- en private middelen. De gezondheidssector is een drukbevolkte sector met donors die op basis van erg tegengestelde premissen hun activiteiten vorm geven.

Het is niet zo dat ontwikkelingssamenwerking de overheid van de 11 bestudeerde landen zou ontmoedigen om hun eigen middelen in de gezondheidssector te stoppen. Spijs alle inspanningen zullen deze landen allicht de SDGs niet bereiken. Het zal nog lang duren vooraleer ze zelf voldoende eigen middelen hebben om een redelijk niveau van gezondheidszorg te garanderen aan hun bevolking.

Wat we over de resultaten van onze ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector leren

De gouvernementele samenwerking in de gezondheidssector kunnen we globaal doeltreffend noemen. Ze beweegt in een context van geleidelijk verbeterende gezondheidsindicatoren in de ondersteunde landen. Het effect op de respectieve gezondheidssystemen, in actiegebieden van de projecten is aan te wijzen in de verbetering van het doorverwijzingssysteem en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de bevolking in de respectieve gezondheidszones. Maar “toegang” tot het gezondheidssysteem is niet de gebruikelijke indicator waarmee de gezondheidsactoren hun pro-

jecten beoordeelden zodat voor de bestudeerde periode geen generaliserende uitspraken kunnen gebeuren.

De sterke focus op en vasthoudendheid aan de versterking van het gezondheidszorgsysteem, vertaalt Enabel in dubbele verankering van de interventies wat een functioneel model blijkt voor de gezondheidssector. Idem voor het gebruik van een door hen aangepast model van *Performance Based Financing* en de pertinente bijdrage in Rwanda aan de beleidsdialoog omtrent de sectorale budgetsteun.

België levert een grote inspanning om zich af te stemmen op het beleid van de overheid. Afhankelijkheid van het overheidsbeleid van het ondersteunde land neemt daardoor sterk toe en maakt de gouvernementele samenwerking kwetsbaar voor lokale politieke beslissingen en de sterkte of zwakte van het beleid van het ondersteunde land. Deze afhankelijkheid is des te sterker door te kiezen voor pilootprojecten die bij succesvolle afloop op veralgemeende toepassing rekenen door de ondersteunde overheid. De duurzaamheid van de geleverde inspanningen staat daardoor altijd sterk onder druk. Voor de DRC stellen we deze aanpak in vraag. Maar ook in Benin stelt ze problemen.

In de gezondheidssector leerden we een aantal sterke NGA's kennen, die in overeenstemming met de Belgische strategienota gezondheid handelen maar ook voor andere donors projecten uitvoeren. Tot welke resultaten de financiering van de niet-gouvernementele samenwerking in de gezondheidssector heeft geleid, viel niet te beantwoorden. Vooreerst omdat de DGD onvoldoende informatie heeft. Secundo, omdat het Kennisdocument slechts over enkele NGA's diepgaand informatie heeft verzameld. Het is nog onzeker of DGD de vraag naar de bijdrage van de NGA's aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking in de ontwikkelingslanden, *überhaupt* in de toekomst zal kunnen beantwoorden en of ze genoeg *incentives* en duidelijkheid heeft gecreëerd zodat de NGA's in de toekomst voldoende informatie ter verantwoording van de financiering zullen aandragen.

Hoe doeltreffend activiteiten van de EU in de gezondheidssector zijn, is eveneens moeilijk te beantwoorden. Het geformuleerde antwoord blijft anekdotisch. De evaluaties die het Kennisdocument gebruikte, laten een aantal positieve vaststellingen toe: zo neemt men aan dat de demarches m.b.t. gezamenlijk programmeren een toegevoegde waarde zijn voor de ontwikkelingssamenwerking van de EU en haar lidstaten maar dat het potentieel van die samenwerking nog niet ten volle is benut. Uit een evaluatie over budgetsteun blijkt het beheer van de overheidsfinanciën een cruciaal punt voor de gezondheidssector en men legt het verband met de verbetering van het kindersterftecijfer van de onderzochte landen. We constateren dat een grote donor zoals de EU, met een uitgebreide portefeuille, goed is geplaatst voor relevante uitspraken in de sector omdat EU-evaluaties het potentieel hebben om voor alle gezondheidsactoren nuttige lessen op te leveren, ook voor de Belgische. Een *case* in de DRC illustreert dit. Het is ook duidelijk dat de EU en België de dezelfde visie delen over de aanpak in de gezondheidssector en via verschillende kanalen samenwerken in Burundi en de DRC.

Observaties over de WHO in de berichtgeving van de ambassades laten een gemengd beeld zien en deze over het *Global Fund* zijn consequent kritisch, niet tegenstaande de ruime Belgische financiering. De *MOPAN-assessments* leveren bruikbare informatie over de WHO. Het *Global Fund* doet een resultaatsrapportering die veelal op *output* is gericht en neemt een loopje met de contributie-attributie van de gerapporteerde resultaten.

De Belgische ontwikkelingssamenwerking heeft veel activiteiten ontplooit in de sociale bescherming. Door een beleidsondersteunend onderzoek, een studie van Enabel en *Louvain Coopératon*, kwam veel informatie beschikbaar. België komt in dit domein, in tegenstelling tot de sterke focus op systeemversterking, minder coherente over. De DGD blijkt uiteindelijk verschillende modellen te accepteren. Door ze zonder meer te financieren, veroorzaken we fragmentatie in de sector en verwarring. We lijken het als financierend overheid niet nodig te vinden- of niet te weten- om bij de actoren aan te dringen om zich in éénzelfde partnerland op een coherente gedragslijn te stellen.

Wat we over de DGD leren m.b.t. strategisch werk

De donor “België” heeft een bijzonder coherent pakket activiteiten in de gezondheidssector. De focus op versterking van gezondheidszorgsystemen is de rode draad die alle kanalen *de facto* verbindt. Maar activiteiten in sociale bescherming, vertonen deze samenhang veel minder. We blijken verschillende modellen van ziekteverzekering te financieren.

België spant zich bijzonder in om de ontwikkelingssamenwerking af te stemmen op het beleid van de overheid en leunt daarbij ook sterk op het mandaat en de rol van de WHO, de expertise van de Belgische onderzoeksinstituten en de strategische eenheid binnen Enabel-Brussel.

Er is geen formele strategie over wat België van de EU in de gezondheidssector verwacht, hoewel België en de EU éénzelfde visie delen over de versterking van het gezondheidszorgsysteem. EU blijkt ook een heuse *leveraging companion* van de Belgische ontwikkelingsambities in de gezondheidssector in Centraal-Afrika te zijn. Doch een helder overzicht van wat er in gezondheid door de EU, en vooral, van België met de EU gebeurt, bestaat niet. België geniet erkenning door de EU (cf. expertmeeting) voor haar expertise en als bepleiter van *Universal Health Coverage* en versterking van het gezondheidszorgsysteem.

Ondanks de positieve ingesteldheid ten aanzien van de WHO, een Belgische afkeer voor verticale benaderingen en een duidelijke voorkeur voor de horizontale aanpak, m.n. systeemversterking, verbaast het dat België jarenlang, veel grotere bijdragen stort aan het *Global Fund*: ruim meer dan het dubbele. De volgehouden financiering komt niet coherent over. Onze beïnvloeding van het *Global Fund*, via de EU, lijkt bovendien weinig verandering te brengen in de werkwijze ervan.

Aanbevelingen

Transversale thema’s vertalen en integreren in de sectornota gezondheid. Gender, sociale bescherming, fragiliteit, milieu zijn allemaal onderwerp van aparte strategienota’s. Ze moeten vertaald worden naar de gezondheidssector. Hoe de civiele maatschappij en de gezondheidssector zich verhouden, mag eveneens onderwerp zijn van reflectie. Op deze manier kunnen de NGA’s die actief zijn in de gezondheidssector hun specificiteit, positie en bewezen bijdrage in de sector verduidelijken en valoriseren.

Invloed en samenwerking met de EU voor gezondheid uitschrijven in de sectornota. Evaluaties over activiteiten in gezondheid oppikken en tot bruikbare stukken informatie omwerken. Zo kunnen we de dialoog over gezondheid met de EU beter schragen. We moeten de samenwerking met de EU en de resultaten ervan, beter in kaart brengen. Om dergelijke compilatie een *sense of purpose* te

geven is het belangrijk dat de niet-kenners van de EU de *comitologie* begrijpen zodat de DGD voor haar standpunten weet hoe te “lobbyen”.

Successen en mislukkingen neerschrijven onder de vorm van geleerde lessen. Ze zijn de basis om onze strategieën mee te beoordelen. De administratie moet bepalen wat ze nodig heeft. Sommige stukken informatie kunnen alleen maar van elders komen maar uiteindelijk zal de DGD de aangeleverde kennis zelf aan haar behoeften moeten aanpassen. Het *Be-cause-Health*-netwerk zou beter *getaskt* kunnen worden met duidelijke opdrachten die bijdragen aan het kennisbeheersysteem van de DGD bijvoorbeeld.

Waarom dit rapport?¹

Gezondheid is cruciaal voor menselijke ontplooiing, economische groei en armoedebestrijding. De meeste Belgische projecten die de gezondheidstoestand van de bevolking willen verbeteren, werken aan de versterking en de toegankelijkheid van het gezondheidssysteem. Ze beogen betere vaardigheden en kennis van de spelers in het gezondheidssysteem en kwalitatieve dienstverlening zodat de toegang tot het systeem er voor iedereen op vooruitgaat.

De DGD legt rekenschap af van de gebruikte middelen en de bereikte resultaten.

Om transparantie te vergroten, doeltreffendheid te verhogen, meer impact te hebben als donor in de gezondheidssector en om de gehele Belgische ontwikkelingssamenwerking te verenigen rond een geheel van geleerde lessen, nam de DGD (de administratie binnen de Federale overheidssdienst Buitenlandse Zaken die zich met ontwikkelingssamenwerking bezighoudt) zich voor een Kennisdocument over de door de administratie gefinancierde ontwikkelingshulp te publiceren. Het rapport beslaat bijna 10 jaar ontwikkelingssamenwerking: van 2009 tot en met 2017.² In deze periode voerde België bilaterale projecten uit (via Enabel, het vroegere BTC³), gaf substantiële bedragen aan de EU en de multilaterale organisaties en subsidies aan niet-gouvernementele actoren.

In eerste instantie zal dit rapport iets vertellen over de bereikte resultaten maar ook ingaan op de aanpak van de DGD.

Omdat DGD, een belangrijke steunverlener in de gezondheidssector van de armste ontwikkelingslanden, iets te vertellen heeft.

Gezondheid definiëren we, zoals de WHO, als een holistisch concept dat een toestand aanduidt van volkomen welzijn, zowel lichamelijk als psychisch en sociaal. Het is niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek (WHO, 1946). Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg is daarbij een onvervreemdbaar recht en een essentieel element in de strijd tegen armoede en ongelijkheid. De uitbouw van een efficiënt en duurzaam gezondheidssysteem dat degelijke gezondheidszorg kan garanderen aan iedereen, is daartoe het beste middel. België kiest in haar beleid nadrukkelijk voor

¹ In wetenschappelijke literatuur heet het opzet van dit Kennisdocument “een poging om een verband te leggen tussen M&E-systemen en systemen van kennisbeheer”. Uit: Suntaxi, P. (2013). *Connecting M&E-systems with organizational learning and knowledge management, A Comparative Analysis of Development Agencies*. [Dissertation]. University of Antwerp: Institute of Development Policy and Management.

² Sommige projecten die eindigden tussen 2009 en 2017, startten eventueel al voor 2009 maar nam de analyse ook mee.

³ We zullen bijna altijd over Enabel spreken, ook al heette de Belgische “enige” uitvoerder van de gouvernementele samenwerking toen nog BTC. Hoewel administratief niet correct, verandert dit in wezen niets aan de resultaten op het terrein. Enkel in referenties naar oudere documenten (voor 2018) en citaten moesten we de naam “BTC” behouden.

een institutionele benadering die de verbetering van de gezondheid beoogt via het gezondheidszorgsysteem. Dat is niet de gemakkelijkste weg, maar wel deze die de meeste onderzoekers de duurzaamste achten. De Belgische ontwikkelingssamenwerking richt haar steun, die coherent en duurzaam wil zijn, op twee grote velden: (1) het gezondheidszorgsysteem dat doelmatig en rechtvaardig moet zijn en (2) haar voornaamste werkingsmiddelen.⁴

Het budget voor gezondheid, schommelt voor de beschouwde periode rond 13% van de totale Belgische hulpstroom. Dit komt overeen met 1,5 miljard euro. In absolute cijfers staat België daarmee op de 12^{de} plaats in de top 20-donoren van de gezondheidssector voor de periode 2012-2016.

Omdat we een lerende organisatie willen worden.

Om het rapport samen te stellen vonden we veel informatiebronnen met geleerde lessen, maar deze lerende documenten “nemen niet deel” aan het administratieve proces. Het geheel van documentatie waarop de formele processen van kennisbeheer in de DGD zich steunt, is vooral gericht op de verantwoording van geplande en uitgevoerde financiering, volgens regels die voor alle Belgische federale overheidsdiensten gelden. Dit rapport beoogt daarom een verandering te bewerkstelligen in het kennisbeheer van de administratie. Leren, blijkt trouwens voor alle donoren één van de moeilijkste en meest verwaarloosde aspecten van de resultatenagenda. Een resultatencultuur die leren aanmoedigt, komt er niet vanzelf maar vindt vooral een voedingsbodem in praktijken van transparantie, vertrouwen, erkenning van zowel succes als falen en het belang die resultaten krijgen op alle niveaus in de organisatie. Dit rapport is daar een concrete uiting van.

SDG 3 roept alle overheden op zich in te zetten voor “een gezond leven en welzijn voor iedereen op elke leeftijd”.

De agenda 2030 bestrijdt armoede, ongelijkheden en klimaatverandering voor een duurzame en veerkrachtige toekomst voor mens en planeet. Economische groei, sociale bescherming en bescherming van het milieu zijn sleutelfactoren. Maar zoals de beleidsnota uitlegt, gaan de 17 doelstellingen allemaal min of meer over gezondheid. Gezondheid is zowel menselijk kapitaal voor socio-economische ontplooiing, als een maatstaf voor bijvoorbeeld veranderingen in ecosystemen en dan bedoelt men zowel dierlijke als menselijke gezondheid. De UN-millenniumdoelstellingen (MDGs), de voorloper van de 2030-ontwikkelingsagenda, bevatte 3 (van de 8) doelstellingen over gezondheidszorg: kindersterfte terugdringen (4), gezondheid van moeders verbeteren (5) en hiv/aids, malaria en andere ziekten bestrijden (6). De agenda 2030 nam ze terug op.

⁴ Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2018). *Het recht op gezondheidszorg waarmaken. Consensus over richtlijnen voor duurzame steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.p.2.

Belgische selectie van SDG3-targets om te rapporteren over de bijdrage aan de agenda 2020
SDG3 Good Health and Wellbeing

TARGET 3.1 By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births

INDICATOR 3.1.1 Maternal mortality ratio in health centers (*Official SDG Indicator*)

TARGET 3.3 By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases

INDICATOR 3.3.5 Number of people requiring interventions against sleeping disease (Door België aangepaste SDG-Indicator: Focus op sleeping disease (neglected tropical diseases) omdat België zich engageert om slaapziekte uit te roeien)

TARGET 3.7 By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes

INDICATOR 3.7.1 Proportion of women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (*Official SDG Indicator*)

TARGET 3.8 Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all

INDICATOR 3.8.1 Number of doctor consultations per capita per year
(*Andere indicator, gekozen door België*)

Volgens een rapport van de WHO en de Wereldbank uit 2017 heeft de helft van de wereldbevolking geen toegang tot essentiële gezondheidsdiensten en duwen ziektekosten nog altijd 100 miljoen mensen in de extreme armoede. Er is nog een lange weg te gaan. Het is trouwens zo goed als zeker dat de focuslanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking de duurzame ontwikkelingsdoelen voor gezondheid niet zullen halen.⁵

⁵ Zie: *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals.* (2018). WHO Regional Office for Africa.

Het MDG's succesverhaal van Rwanda in de gezondheidssector⁶.

Rwanda is bij de weinige landen die bijna alle doelstellingen van de MDGs hadden bereikt in 2015. Uitzondering is MDG 1 *Eradicate Extreme Poverty and Hunger*. Vergeleken met de Oost-Afrikaanse buren presteerde Rwanda dus erg goed op gezondheidsindicatoren.

	Vruchtbaarheidscijfer		Moedersterfte (op 100.000 levend geboren kinderen)		Zuigelingensterfte (per 1.000 levend geboren kinderen)		Levensverwachting
	2005	2014	2005	2014	2005	2014	2014
Burundi	6.3	5.8	608	500	126	107	52
Tanzania	5.6	5.2	580	432	68	46	62
Uganda	7.0	6.2	435	438	89	54	50
Kenya	4.7	3.9	414	488	52	39	59
Rwanda	6.0	4.2	750	210	86	32	65

Source: East African Community Facts and Figures 2015, EAC Secretariat, September 2015.

Vruchtbaarheidscijfer: het gemiddeld aantal geboren kinderen per vrouw tijdens haar vruchtbaarheidsperiode.

Zuigelingensterfte: het jaarlijkse aantal sterfgevallen van kinderen jonger dan één jaar oud, per duizend levendgeborenen.

Moedersterfte: gedefinieerd als de dood van een vrouw, tijdens de zwangerschap of binnen 42 dagen na beëindiging van de zwangerschap. Directe sterfte komt door complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed, van interventies, omissies of onjuiste behandeling of van een reeks gebeurtenissen die voortvloeien uit deze complicaties. Indirecte sterfte is te wijten aan al vooraf aanwezige ziektes of aan ziektes die zich ontwikkelden tijdens de zwangerschap. Deze aandoeningen zijn geen oorzaak van de zwangerschap zelf, maar verergeren door de fysiologische effecten ervan.

Ter vergelijking: voor België stelde men tussen 2011-2015 een gemiddelde moedersterfte vast van 5 moeders op 100.000. Het Europees gemiddelde is 10⁷.

DGD wil bijdragen tot een betere gezondheid van de bevolking en van de armen in ontwikkelingslanden in het bijzonder.

De beleidsnota over gezondheidszorg beschrijft de strategische oriëntatie van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector: "Het recht op gezondheidszorg waarmaken. Consensus over richtlijnen voor duurzame steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen" van 2018. Deze nota bouwt verder op eerdere nota's: "Het recht op gezondheid en gezondheidszorg" van 2008 aangevuld met een addendum rond "Universele dekking van de gezondheidszorg" van 2012.

⁶ Ambassade van België in Rwanda (2018). *Rwanda: Does aid work? Note 5: Strong progress in health, but is it sustainable?* [onuitgegeven intern document]. Kigali: Ambassade van België.

⁷ (2014). *WHO global health expenditure atlas*. Geraadpleegd op 11/02/2019 via <https://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf?ua=1>

Omdat we naar doeltreffende hulp streven.

De afgelopen 15 jaar evolueerde het internationale debat van de Parijs Agenda van doeltreffendheid van de hulp, gevat in courante terminologie en een vanzelfsprekende praktijk, samengebald in de 5 principes van hulpdoeltreffendheid: (1) eigenaarschap van het ontwikkelingsland, (2) harmonisatie onder donoren, (3) afstemming op het beleid en op de procedures en systemen van het ontwikkelingsland, (4) resultaatgericht beheer en (5) wederzijds afleggen van rekenschap over het gebruik van de hulp. Doeltreffende hulp is volgens de definitie van de OESO/DAC de mate waarin een hulpactiviteit haar objectieven bereikt. Of met andere woorden: de mate waarin een project, programma of interventie zal bijdragen of heeft bijgedragen aan het bereiken van het beoogde doel.

Belgische ontwikkelingssamenwerking voor gezondheid samengevat

In de onderstaande tekst zullen we het DNA van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector in het kort beschrijven. De verschillende kanalen van de Belgische ontwikkelingssamenwerking, bepalen sterk wat er uiteindelijk gebeurt. Vandaar een bespreking per kanaal. Nog verder in de tekst focust het Kennisdocument op sociale bescherming, een onderwerp dat de Belgische ontwikkelingssamenwerking al vele jaren in de gezondheidssector inploegt en opnieuw erg actueel is.

België, een betrouwbare partner.

Om duurzame resultaten te bereiken streeft de Belgische ontwikkelingssamenwerking ernaar zich zo goed mogelijk af te stemmen op zowel de nationale prioriteiten als de nationale systemen van het partnerland en dit over een voldoende lange termijn. DGD financiert de werking van *Be-cause Health*⁸, een coördinerend en structurerend platform dat een coherente aanpak in de Belgische ontwikkelingssamenwerking met de hulp van o.m. het Instituut voor Tropische Geneeskunde bevordert en academisch onderbouwt.

Een beperkt aantal landen en partnerorganisaties.

Gedurende de periode 2009-2017 heeft de DGD bijna 1,5 miljard euro in gezondheid geïnvesteerd. Daarmee heeft DGD een totaal van 764 interventies gefinancierd, uitgevoerd via de gouvernementele en niet-gouvernementele samenwerking.

België in de wereld over de periode 2009-2017 spendeerde aan gezondheidszorg:

Afrika 590 miljoen, **Amerika** 92 miljoen, **Azië** 58 miljoen

In Afrika via Belgische bilaterale hulp

Benin 41 miljoen, **Burkina** 12 miljoen, **Burundi** 57 miljoen, **DRC** 174 miljoen, **Guinea** 8 miljoen, **Mali** 14 miljoen, **Mozambique** 24 miljoen, **Niger** 22 miljoen, **Rwanda** 107 miljoen, **Senegal** 29 miljoen, **Uganda** 38 miljoen

De Belgische ontwikkelingssamenwerking is in een beperkt aantal landen geconcentreerd. Dit is vooral zo voor de gouvernementele samenwerking. 82% van de door Enabel gespendeerde gelden in gezondheid gingen naar Afrika. Daarvan gaat 99% naar 11 Afrikaanse partnerlanden.⁹ Daarmee stond België volgens het *Overseas Development Institute* (ODI) op de tweede plaats voor de meest

⁸Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE (2016). *Evaluatie van de beleidsondersteuning door de institutionele actoren*. Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. Brussel.

⁹ Het betreft de volgende 11 landen: Benin, Burkina, Burundi, DRC, Guinea, Mali, Mozambique, Niger, Rwanda, Senegal en Uganda.

efficiënte donor in de focus op armoede.¹⁰ Een recente rapport van de WHO herhaalt bovendien dat de gezondheidstoestand van de bevolking in de periode 2012-2015 in Afrika nog altijd veel lager is dan voor de rest van de wereld. Wat “gezondheid” betreft is concentratie van middelen op arme Afrikaanse landen dus een logische keuze.

De subsidies die de niet-gouvernementele actoren (NGA's) spenderen aan gezondheid gaan voor 79% naar 23 Afrikaanse landen. DRC krijgt 34% van de NGA-subsidies. De helft van de middelen gaat naar 4 Afrikaanse landen, DRC, Burundi, Mozambique en Zuid-Afrika. In totaal ontplooiden in de periode 2009-2017 een dertigtal NGA's er activiteiten in de gezondheidssector. Een 8-tal Ngo's verdwenen tussen 2010 en 2013 van de lijst.

De niet- gouvernementele samenwerking werkt ten dele in dezelfde landen als de gouvernementele. Dat is in sterke mate het geval voor de DRC en Burundi. In de DRC is het aandeel van de financiering voor gezondheid van alle Belgische NGA's samen, groter dan het deel dat Enabel uitvoert. Andere landen waar de Belgische actoren elkaar “tegenkomen” zijn Benin, Bolivia, Burkina Faso, Ecuador, Mali, Mozambique, Niger, Palestina, Peru, Rwanda, Senegal en Uganda.

<i>Totaal volume bilaterale financiering voor gezondheid in euro tussen 2009-2017 gerangschikt volgens volume (van hoog naar laag) en kanaal.</i>		
<i>Land</i>	<i>Totaal volume bilaterale financiering voor gezondheid in euro</i>	<i>Via kanaal</i>
DRC	120.357.996	Nga's
Rwanda	101.068.245	Enabel
DRC	68.566.139	Enabel
Burundi	37.209.966	Enabel
Uganda	35.619.986	Enabel
Benin	34.866.801	Enabel
Bolivië	29.964.313	Enabel
Senegal	27.534.599	Enabel
Burundi	24.488.334	Nga's
Niger	19.451.056	Enabel
Peru	18.920.086	Enabel
Ecuador	15.775.406	Enabel

Voor de NGA's geldt autonomie en initiatiefrecht. In principe legt de DGD aan de NGA's geen landen of thema's op. In de praktijk zijn er toch een aantal gerichte of toevallige financierings-, coördinatie-, vormings- en rekruteringsmechanismen die tot een redelijk coherente Belgische visie leiden. De mechanismen die o.m. een rol spelen zijn: de beoordeling van de administratie van de ter financiering ingediende programma's, de strategienota's gezondheid van de DGD, de academische opleiding en de productie van wetenschappelijke publicaties door het ITG, de universiteiten UCL en ULB, de uitwisseling van ideeën tussen alle Belgische actoren in de gezondheidszorg via *Be-cause Health*, de beleidsdialoog met de ontwikkelingslanden al dan niet met andere donoren samen, het formeel en

¹⁰Manuel, M., Desai, H., Samman, E. & Evans, M. (2018). *Financing the end of extreme poverty*. [ODI Research reports and studies].

informeel overleg met de Belgische actoren ter plaatse al dan niet met de Belgische ambassades en sinds 2014, het formeel advies van de ambassade bij de beoordeling van de programma's van de NGA's.

Op multilateraal vlak kreeg het *Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria* (GFATM of kortweg *Global Fund*, GF of fonds) in de beschouwde periode het meeste middelen. Van de UN-familie kregen, in volgorde van belang, de WHO, het UNFPA, de WB, UNAIDS en UNICEF aanzienlijke bijdragen. Ook via de EU en de noodhulp droeg DGD bij aan gezondheidsdoelstellingen in ontwikkelingslanden. De EU is zelf, via het Europees Ontwikkelingsfonds, een actieve bijdrager aan de gezondheidssector in twee belangrijke partnerlanden van België: DRC en Burundi. Via de EU (daarvan is 4% Belgisch geld) vloeien er ook veel middelen naar het *Global Fund* en UNICEF.

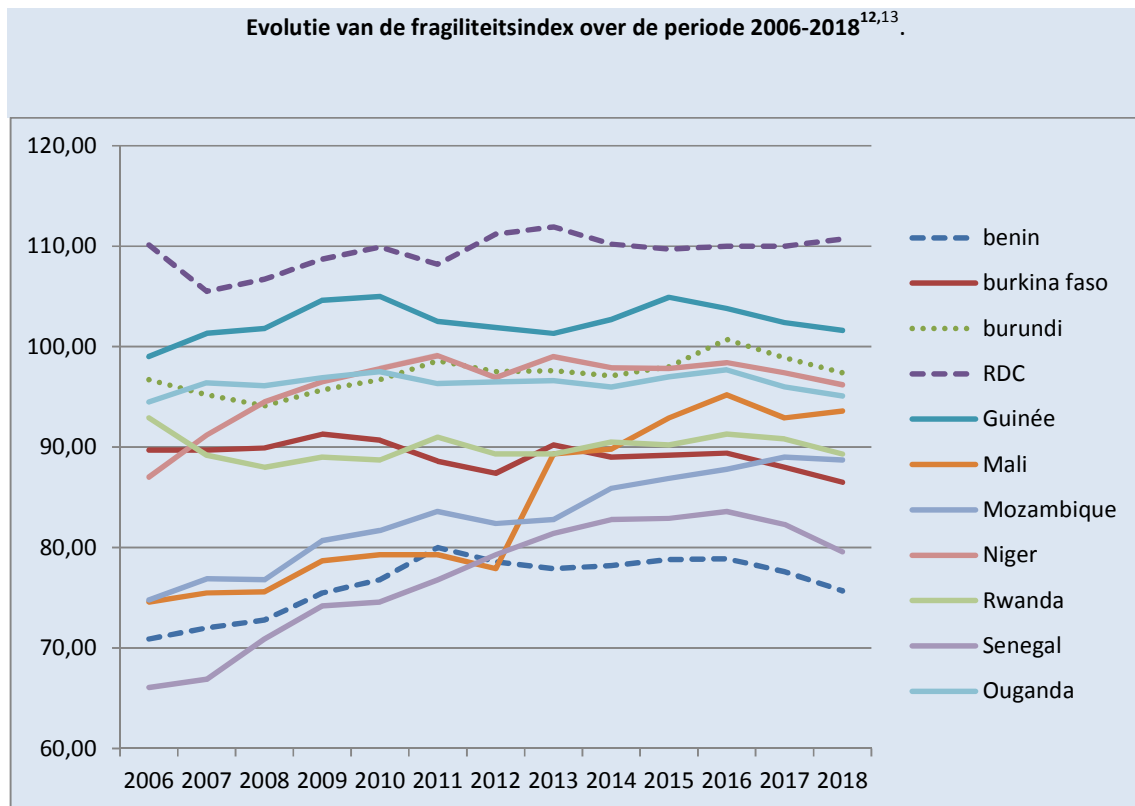
Gezondheid Via	Van 2009 tot en met 2017 in euro, komende uit het budget van DGD	
GFTAM	163.150.000	35%
UN WHO	71.955.499	16%
UNFPA	67.318.355	15%
EDF total	51.393.020	11%
WB	49.984.370	11%
UNAIDS	28.720.686	6%
UNICEF	19.163.535	4%
AFD replenishment	5.935.187	1%
UNDP vrijwillige bijdragen	2.128.646	0%
UNV (zonder UNV intern)	1.477.258	0%
UNWOMEN	1.000.000	0%
TOTAL multi	462.226.556	

De EU-financiering voor ontwikkelingssamenwerking komt uit twee bronnen: het Europees Ontwikkelingsfonds (EOF) en de algemene EU-begroting. Het EOF geeft hulp aan 79 landen uit de Afrikaanse, de Caribische - en Stille Oceaan-regio, de zogenaamde ACP-landen. Met elk van deze landen komt de EU een landenstrategie van meerdere jaren overeen. Het 11^{de} Europees Ontwikkelingsfonds, van 2014 tot 2020, heeft een budget van 30,5 miljard. Alle andere ontwikkelingssamenwerking van de EU komt uit het EU-budget en loopt via een veelheid van geografische en thematische instrumenten. Maar de focus is toch vooral geografisch. België heeft in deze financiering een budgettair gewicht van ongeveer 4%.

Vooraf met landen in fragiele situaties.

De keuze om te werken in welbepaalde ontwikkelingslanden is niet gebeurd op basis van een garantie op succes. 12 van onze 14 partnerlanden behoren tot de groep van de minst ontwikkelde landen. De meeste landen tonen een op en neer bewegende curve van fragiliteit, met Burkina Faso, Uganda en Rwanda die een eerder vlakke curve laten zien. In Burundi is het duidelijk dat de acute

conflictsituatie sinds 2015 er elke vooruitgang hypothekeert¹¹. Mali laat een duidelijke vlucht naar boven zien en evolueert ongunstig, net zoals Senegal en Mozambique.



De DRC staat op een “eenzame” hoogte als meest fragiele context om in te werken. Benin en Senegal zijn duidelijk gunstiger gecategoriseerd op de fragiliteitsindex. In Benin, Senegal en Rwanda kan de Belgische OS op gestage wijze een belangrijke bijdrage aantonen in de positieve ontwikkelingen van het lokale gezondheidszorgsysteem.

¹¹ Sinds de eerste “democratische” verkiezing van een Hutu-president in 1993, kent het land een aaneenschakeling van crisissen.

¹² <https://fundforpeace.org/fsi/comparative-analysis/>

¹³ Volgens de plaats op de Fragile States Index van 2018 : DRC (6), Guinea (13), Burundi (17), Niger (21), Uganda (24), Mali (27), Rwanda (34), Mozambique (36), Burkina Faso (45), Senegal (62), Benin (74).

Gemiddelde economische groei over de periode 2009-2017

Rwanda	4,2
Guinea	3,7
Mozambique	3,5
DRC	3,2
Burkina	1,8
Uganda	1,8
Benin	1,3
Senegal	1,3
Niger	1,1
Mali	1,1
Burundi	-0,3

Een duidelijke focus op versterking van gezondheidssystemen.

Onze steun voor gezondheid in ontwikkelingslanden is in de eerste plaats steun voor de uitbouw van een functioneel gezondheidssysteem. L. Steurs (2018) deelt België bij de type 1-donoren in, samen met de EU, Zwitserland, Spanje, Denemarken en Vlaanderen. Ze noemt deze donoren *hardliners* vanwege de sterke focus op de versterking van basisgezondheidssystemen.¹⁴ Het WHO promoot het model en de meeste ontwikkelingslanden volgen dit.¹⁵ Er bestaat veel wetenschappelijk werk over het thema, met o.m. ettelijke bijdragen van Belgische onderzoekers, getuige een reeks van wetenschappelijke studies in de referentielijst. Via acties inzake milieu en klimaat, doet België ook preventief gezondheidswerk. De indirecte bijdrage aan gezondheid via het voormalig Belgisch fonds voor voedselzekerheid geldt als voorbeeld. Doch, in de meeste gezondheidsprojecten en programma's, komen andere sectoren, eventueel via milieuproblemen, gezonde voeding of gezond-

¹⁴ "Type 1-donoren (België, de EU, Zwitserland, Spanje, Denemarken en Vlaanderen) heten *hardliners* in het versterken van basisgezondheidssystemen. Type 2-landen (Nederland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk) kiezen voor een flexibelere benadering door minder gericht te zijn op de staat en hun houding te laten afhangen van de *governance*-situatie en zich te richten op welbepaalde onderwerpen. Ze hebben zowel van de basisgezondheidszorg als van systeemversterking de voorbije jaren afstand genomen. Type 3-donoren (Italië en Ierland) bevinden zich tussen type 1 en 2. Deze donoren betrekken de staat meer dan de type 2-donoren, maar hebben een minder uitgesproken visie over systeemversterking dan de type 1-donoren. Bovendien is hun focus soms specifiek (zoals type 2) en soms algemeen (zoals type 1). Een type 4-donor (Frankrijk) geeft dan weer voorrang aan het ondersteunen van mondiale gezondheidsinitiatieven (zoals de *Global Alliance for Vaccines & Immunization* en het *Global Fund to fight Aids Tuberculosis and Malaria*) maar pleit voor een brede focus en een grotere mate van betrokkenheid van de staat in de beleidsdialoog met deze organisaties." Zie: Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf>

¹⁵ De EU en de lidstaten van de EU zijn de grootste donors van de WHO, een afspiegeling van het feit dat ze het goed elkaar kunnen vinden in de wijze van aanpak in de gezondheidszorg.

heidsondericht weinig aan bod. Dat komt door de overtuiging van de Belgische actoren en gezondheidsdeskundigen dat de beste ingangspoort om mensen over hun gezondheid aan te spreken, de gezondheidszorg is.¹⁶ Via beurzen investeert de Belgische ontwikkelingssamenwerking ook in formele opleiding van medici, al dan niet specialisten. Vaak komen de beursalen in hun eigen land op sleutelposten terecht in de gezondheidssector en zijn ze soms de latere gesprekspersoon bij de onderhandeling over een Belgisch samenwerkingsprogramma.¹⁷ Een aantal projecten ondersteunen scholen voor (para)-medici. Vooral de *Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger*, APEFE, een niet-gouvernementele actor, komt hiermee in de kijker.

De DGD-financiering voor gezondheid is strategisch gekaderd.¹⁸

De **strategienota gezondheid** beslaat 6 domeinen: (1) gezondheidspersoneel, (2) farmaceutische producten, (3) Financiering/toegang tot gezondheid, (4) de gemeenschap, (5) Infrastructuur, (6) Institutionele steun. Deze nota is de toetssteen voor de gouvernementele- en multilaterale samenwerking maar niet *per se* voor de niet-gouvernementele actoren. Het was daarom interessant om na te gaan hoe coherent de financiering was met de Belgische strategie voor gezondheid.

Dit trok D2 na voor de lopende projecten in 2016. De DGD had toen 221 projecten met een totaal van 145.184.335 euro in portefeuille, verdeeld over de volgende kanalen:

Kanalen	Aantal lopende projecten 2016	Uitgaven 2016 in euro
Multilaterals	16	56.613.768
Ngo's and civil society	172	50.654.304
Public sector	33	37.916.263
Grand Total	221	145.184.335

De gegevens in de PRISMA-database koppelen projecten met uitgaven voor beoogde resultaten. D2 gaf op basis van deze gegevens een **strategiescore** aan de projecten. Een cijfer van 0 tot 4 geeft aan in welke mate de projecten passen in de strategienota:

- “4”: projecten die voor meer dan 75% belangrijkste resultaten van de strategie gezondheidszorg beogen,
- “3”: interventies die belangrijkste resultaten van de strategie gezondheidszorg beogen die maar gedeeltelijk (50-75%) de strategie volgen,
- “2”: gefinancierde interventies die onrechtstreeks de strategie uitvoeren,

¹⁶ Wittoek, I. (2018). *Gesprek met Paul Bossyns van Enabel op 13/03/18*. [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

¹⁷ Ambassade van België in Benin (2017). *Nouveau programme de coopération Benin-Belgique : Analyse d'opportunités*. [onuitgegeven intern document] Cotonou: Ambassade van België.

¹⁸ Ronse, I. (2019). *Resultaten voor gezondheid/OS via prisma*. [Onuitgegeven intern document van de thematische directie, dienst sociale ontwikkeling (D2.3)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

- “1”: interventies die de strategie niet volgen maar wel onrechtstreeks de sector gezondheid steunen,
- “0” betekent interventies die noch actief zijn voor resultaten van de strategie, noch de sector gezondheid in OL steunen maar alleen een ondersteunende functie hebben.

Dit geeft het volgende:

<i>Strategiescore</i>	<i>Aantal projecten</i>	<i>Uitgaven in % 2016</i>
0	2	0,48%
1	84	20,65%
2	28	5,75%
3	13	8,19%
4	94	64,93%
Totaal	221	100%

De meeste projecten (94) die steun kregen van DGD **passen in de strategie** en kregen 65% van het budget voor gezondheid. 21% van het budget gaat naar projecten buiten de strategie, voornamelijk universitaire projecten en research. De 2 projecten met score 0, dienden de dierengeneeskunde en informatie in België.

Het grootste gedeelte van de **operationele bijdragen** gaat naar **basic health care** en **systeemsteun**, zoals de strategie ook aanbeveelt (75 op 145 miljoen euro)..

De **aanpak van HIV/Aids lijkt in 2016 sterk ingeploegd in de gezondheidsprojecten**. Dat leiden we af uit de zogenaamde *policy markers* die de DGD elk jaar aan de interventies toekent. In 64% van de projecten, samen 93 miljoen euro, met hoofdobjectief basisgezondheidszorg, gezondheidsbeleid en -beheer en medische opleiding, ging aandacht naar de aidsproblematiek.

Aandacht voor **moeder- & kind- en reproductieve zorgen** is een hoofddoel van 9% van de projecten ter waarde van 11 miljoen of een neven doel in 44% van de projecten van basisgezondheidszorg en gezondheidsbeleid en -beheer. Het is geen specifiek objectief in 46% (66 miljoen euro) van de gevallen.

Wat de evolutie 2009-2016 betreft, was de Belgische bijdrage aan gezondheid het grootst in 2014, mede door een inhaalbeweging na het minimumjaar 2013 (137 miljoen euro). Zo was 2014 het beste jaar voor basisgezondheidszorg, gezondheidsbeleid en -beheer en reproductieve gezondheid en rechten (171 miljoen euro). 2016 was vergelijkbaar met 2009 (ongeveer 145 miljoen euro). Het was een recordjaar voor beleid rond reproductieve gezondheid en rechten, medische opleiding (via VLIR, APEFE, ITG) en strijd tegen tuberculose (MSF en Damiaanactie). Maar dit ging gepaard met een minimumjaar voor basisgezondheidszorg. 2015 en 2016 toonden ook een forse stijging voor de strijd tegen geweld op vrouwen.

Bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren.

Om de bestaande ongelijkheid in gezondheid te doorbreken is het cruciaal dat iedereen toegang krijgt tot de meest noodzakelijke gezondheidszorgen van goede kwaliteit. Universele dekking voor gezondheidszorg is een strategisch objectief voor België. De weg naar een functionerende dekking

van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden is lang. In Senegal, Benin en Rwanda kan België na jaren inzet spreken van duidelijke vooruitgang. We bespreken de Senegal-case verderop in de tekst.

Korte programma-cycli maar een *de facto* lange-termijnaanwezigheid.

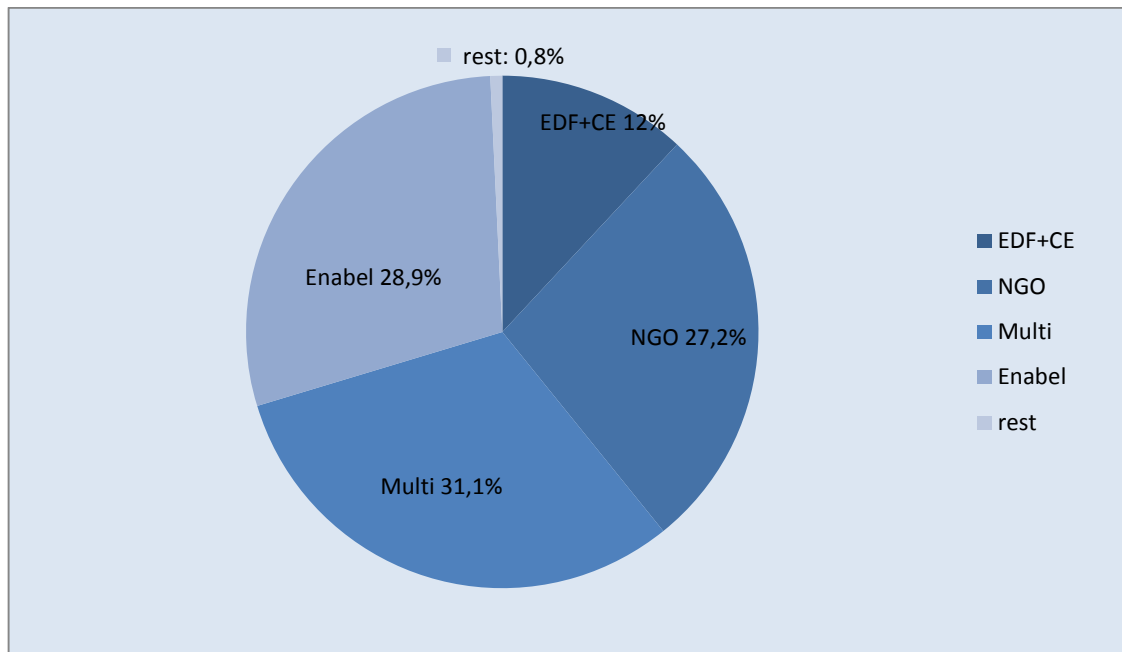
Het gezondheidszorgsysteem van een ontwikkelingsland ondersteunen, is meewerken aan noodzakelijke hervormingen en institutionele verandering. Dat vraagt een lange-termijnperspectief. Dit noodzakelijk lange-termijnengagement is niet gegarandeerd in de wet of in bindende strategische bepalingen voor de Belgische gouvernementele samenwerking. België en de partnerlanden onderhandelen in principe om de 4 jaar een nieuw programma. *De facto* is er wel een volgehouden aanwezigheid in de partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking te observeren. Door het initiatiefrecht kunnen de NGA's met en via lokale partners een langetermijn-aanwezigheid handhaven, wat meestal een bewuste keuze is, hoewel ook zij afhankelijk zijn van de ruime Belgische cofinanciering (80%) die sinds 2017 over vijf jaar loopt (ervoor was dit slecht voor een periode van drie jaar). In de DRC en Burundi "compenseerden" de NGA's meerdere keren de tijdelijke opschorting van de gouvernementele samenwerking door bepaalde activiteiten over te nemen.

We financieren organisaties via 4 onderscheiden kanalen.

België financiert ontwikkelingsactiviteiten via 4 onderscheiden kanalen. België geeft de ontwikkelingshulp voor gezondheid vooral via het bilaterale kanaal uit, dat is hulp die voor een welbepaald land bestemd is: 60% in 2009-2017. DGD vertrouwde de uitvoering van de gouvernementele hulp (of de hulp van staat tot staat) tot 2018 alleen toe aan Enabel. Gedurende deze periode ontvingen de multilaterale organisaties 31.1% van de financiering, de EU 12%, de gouvernementele samenwerking 28,9% en de niet-gouvernementele samenwerking 27,2%. In vergelijking met de Europese landen met een gemiddelde van 18% voor 2012-2016¹⁹ krijgt de niet-gouvernementele samenwerking in België een groot deel van de financiering. Van alle multilaterale organisaties, ging het meest naar het *Global Fund (to combat Aids Tuberculosis and Malaria)*. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) komt op de tweede plaats. Sinds 2009, stortte de DGD bijna alle vrijwillige bijdragen aan de multilaterale ontwikkelingssamenwerking in het algemeen budget van deze organisaties. Deze beslissing was vooral erg welkom voor de WHO die toen globaal 80% van de vrijwillige bijdragen onder geormerkte vorm kreeg.

¹⁹ Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf> p.36

Aandeel van verschillende kanalen van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector in de periode 2009-2017



Resultaten van de financiering voor gezondheid van de 4 kanalen

België financiert de gezondheidssector in ontwikkelingslanden via verschillende kanalen met aparte budgetten en verschillende procedures. Zelfs na opeenvolgende aanbevelingen naar aanleiding van de DAC Peer Reviews en het voornemen dit aan te pakken, blijven alle beschikbare evaluaties en kennisdocumenten nog altijd vastgeklemd aan één of ander financieringskanaal. Dat maakt *cross-learning* erg moeilijk. Er gebeuren inspanningen richting synergie en complementariteit. Doch, met de huidige procedures wordt de samenwerking tussen kanalen noch gefinancierd, noch gedocumenteerd. Het kennisdocument moest daarom een opdeling per kanaal volgen. Via het thema sociale bescherming brachten we de gezondheidsprojecten van verschillende Belgische actoren toch samen.

Gouvernementele programma's zijn doeltreffend maar duurzaamheid is een heikel probleem.

We focussen op de versterking van gezondheidszorgsystemen.

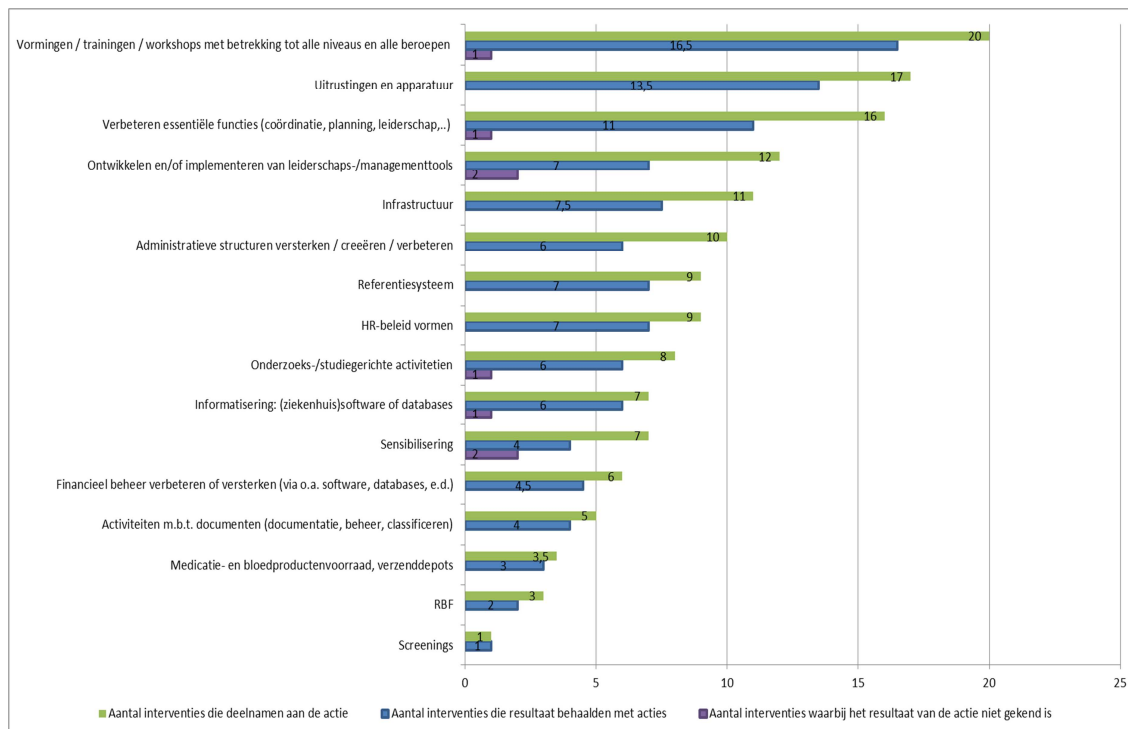
In navolging van de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, staat de systeembenadering in de Belgische strategienota voor gezondheid centraal.²⁰ Ook de ontwikkelingslanden volgen de visie van de WHO m.b.t. de *Health Systems Building Blocks*. Zo is het conceptueel kader van het Rwandese *Health Sector Strategic Plan* hier een afgeleide van.

Daarom werken Belgische ontwikkelingsprojecten in op het geheel van instanties, personen en hulpmiddelen die gezamenlijk instaan voor kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorgen aan de bevolking in alle omstandigheden. Beperkingen en problemen in gezondheidssystemen van de ontwikkelingslanden waarin België actief is, dienen geïdentificeerd en aangepakt. “De institutionele kadering van de interventies van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de sector is zeer pertinent,” zo leest men in de ex-post evaluatie van de duurzaamheid in Benin. De samenwerking plaats zich in bestaande structuren die men mede helpt te hervormen. De traagheid van hervormingsbeslissingen, is evenwel een (potentiële) oorzaak van minder impact en bedreigt de duurzaamheid van wat men bereikte in de projecten.

Versterken van gezondheidszorgsystemen gebeurt via diverse activiteiten. Onderstaande grafiek geeft een goed beeld van concrete activiteiten waarmee Enabel aan de versterking van het gezondheidssysteem bijdraagt. De blauwe balken geven aan in welke mate de evaluatoren de activiteiten als “behaald” beoordelen.²¹

²⁰ De WHO deelt het gezondheidssysteem in zes kerncomponenten of “bouwstenen” in: (1) dienstverlening, (2) gezondheidswerkers, (3) gezondheidsinformatiesystemen, (4) toegang tot essentiële middelen, (5) financiering en (6) leiderschap/bestuur.

²¹ Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Kennisdocument gezondheid, gouvernementele samenwerking van 2009 tot 2017, in Benin, Burundi, DRC, Rwanda en Uganda*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.



Het voorkomen van bovenstaande activiteiten verschilt naar gelang de focus van het project: de ene keer werkt het project op aangepaste technologie voor bloedtransfusie-veiligheid, of op ICT-oplossingen voor informatiebeheer in de gezondheidszorg, soms op installatie van zonnepanelen. Andere keren ligt de focus meer op organisatorische aspecten zoals: regionale overlegstructuren voor gezondheidspersoneel, organisatie van de distributie van medicatie, steun aan lokale gemeenschappen, wetgeving inzake geestelijke gezondheid, herziening van medische onderhoudsnormen en accreditatienormen voor gezondheidsstructuren.

Een voorbeeld: capaciteit opbouwen voor planning, leiderschap en beheer in Uganda via regionale overlegstructuren²²

Institutional capacity building in planning, leadership & management in the health sector in Uganda (ICB I)

Het institutionele project heeft op basis van selectie en bijsturing, **15 uitvoeringsovereenkomsten** afgesloten die de bepalingen vastlegden voor de overdracht van verantwoordelijkheid naar **de lokale district-overheid** voor het **uitvoeren van de gezondheidsplannen**. De overeenkomsten moedigden initiatief aan om de werking te verbeteren van het district. Dat was bijvoorbeeld overleg met alle betrokkenen in het gezondheidssysteem van één district. Deze *District Health Assemblies* zijn uiteindelijk erg nuttig gebleken om het gezondheidssysteem performanter te maken en de betrokkenen samen oplossingen te laten zoeken. Daarom pasten andere districten het nadien ook toe.

²² Dieleman, M. & van der Kwaak, A. (2015). *The Life and Times of the Institutional Capacity-Building Project in the Health Sector in Uganda*.

De Ugandese Minister voor Gezondheid heeft voor het jaar 2015/2016 het systeem willen uitbreiden naar alle sub-districten. Het gebruik van uitvoeringsovereenkomsten sloot ook aan bij het beleid van het Ugandees Ministerie van Gezondheid. Omdat het Ministerie gedecentraliseerd werkt, is het immers geïnteresseerd om op deze wijze haar normerende en regelgevende rol beter te kunnen waarmaken en zou het de uitvoeringsovereenkomsten zelf willen invoeren. Maar politico-administratief zit de Ugandese gezondheidsadministratie vast, zo stelt Paul Bossyns. Districten en sub-districten zijn erg klein, en voor het ogenblik autonoom. Omdat ze administratief niet erkend zijn dringt een regionalisatie zich dus op om de uitvoeringsovereenkomsten te kunnen invoeren.

Enabel gebruikt volop het model van “dubbele verankering”. Het Enabel-project dat institutionele steun gaf aan het Rwandees Ministerie voor gezondheid gedurende de periode 2010-2015, paste het model van dubbele verankering toe (soms aangeduid als institutionele verankering) met enerzijds het centrale beleidsniveau en anderzijds het perifere, operationele niveau: interventies in een drietal geselecteerde districten voedden de beleidsontwikkeling van het centrale niveau om dan weer het beleid dat het centraal niveau ontwikkelde op decentraal niveau te testen en op te volgen. In Benin legde de dubbele institutionele verankering op lokaal en nationaal niveau voornamelijk de nadruk op versterking van de verschillende niveaus van overheidsactoren zodat ze de bevolking beter van dienst kunnen zijn en tegelijkertijd hun betrokkenheid verhogen. Enabel ziet deze werkwijze als een mogelijkheid om zich kritisch af te stemmen vis-à-vis het ontwikkelingsland.²³ Er dient opgemerkt dat de praktijk van de gezondheidssector zich daar erg goed toe leent omdat ze meestal georganiseerd is rond de een hiërarchisch geordende *pyramide sanitaire* met duidelijke verbanden tussen de verschillende lagen. Deze glasheldere structuur is bijvoorbeeld niet aanwezig in de landbouwsector.²⁴

In Benin is de dubbele verankering, aldus de ex-post-evaluatie over duurzaamheid, een voorstadium van een echte programma-aanpak. Over het algemeen maakt dit model de interventies sterk afhankelijk van het overheidsbeleid.²⁵ De ex-post-evaluatie van de interventies in de gezondheidszorg spreekt zich niet uit over de al dan niet positieve effecten van dit model. Ze merkt wel op dat het de

²³ Wittoek, I. (2018). *Verslag onderhoud met Paul Bossyns Enabel op 2/10/2018 over de gezondheidsprojecten in Burundi, Senegal en Uganda*. [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

²⁴ Consortium hera-ADE. (2015). *Evaluation ex-post de la durabilité de la coopération belge. Rapport pays Bénin*. [In opdracht van de Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE].

²⁵ Het komt regelmatig voor dat overheden beslissen om beleids- en beheersstructuren te decentraliseren. Voor de interventies in de gezondheidssector stelt zich dan de uitdaging om een oplossing om de te vinden voor de plaats van de gezondheidspiramide daarin. Voor de DRC lag de Belgische-Congolese samenwerking aan de basis van het uittekenen van de provinciale gezondheidsadministraties, de huidige *Divisions Provinciales de la Santé* (DPS) wat alleen maar ten goede zou moeten komen aan de beheersbaarheid van het gezondheidssysteem.

duurzaamheid potentieel zou bevorderen.²⁶ Niet iedereen is overtuigt van een aanpak waar het onderzoeksaspect te prominent aanwezig is.

Belgische interventies ondersteunen gezondheidszorgsystemen maar kunnen het effect ervan maar moeilijk meten. De resultaten van de interventies moeten een effect op de gezondheidstoestand van de bevolking hebben, een versterking van het gezondheidssysteem beogen en een effect hebben op de vraag (=outcomes). Deze relatie is evenwel niet lineair.²⁷ Effecten meten van de Belgische inspanningen op het gezondheidszorgsysteem, is dus niet voor de hand liggend. Het kindensterftecijfer is geen goede indicator omdat het te onderhevig is aan kortdurende campagnes, zoals vaccinaties, die mogelijks los staan van blijvende verbeteringen in het gezondheidszorgsysteem. Cijfers over moedersterfte kunnen het functioneren van een gezondheidszorgsysteem het beste weerspiegelen maar zijn onbruikbaar om de effecten aan te wijzen van (Belgische) gouvernementele projecten. Het zijn meestal grootschalige enquêtes die de cijfers over moedersterfte leveren.

Cijfers van moedersterfte: beste graadmeter voor een goed functionerend gezondheidszorgsysteem maar niet bruikbaar om er een Belgisch project mee te beoordelen.

Het moedersterftecijfer is een erg goede aanwijzing voor de prestaties (*performance*) van een gezondheidszorgsysteem. Doch een Belgische systeeminterventie kan dit cijfer niet gebruiken om resultaten te meten omdat het typisch een indicator is die over een langere periode en best op nationaal niveau dient gemeten. Deze data zijn wel zinvol voor een donor die deel uitmaakt van een sector-brede steun, die alle (externe) actoren in de gezondheidssector samenbrengt en waarvan de overheid de leiding neemt.²⁸ Dat is bijvoorbeeld duidelijk het geval in Rwanda waar België budgetsteun geeft en een grote inspanning leverde voor een doeltreffende donor-coördinatie.

Dat kunnen we makkelijk aantonen met volgende berekening: zwangere personen vormen "maar" 3,5% à 4% van een Afrikaanse bevolking, wat betekent dat ze bijdragen aan een bevolkingsgroei van 3,5% à 4%. Voor een dorp van 700 mensen heb je het dan maximaal over (700x0,04) 28 vrouwen. Een reëel cijfer van moedersterfte in een ontwikkelingsland is 0,5% (zie gegevens over het Rwanda-succesverhaal). In datzelfde dorp betekent dit een sterfte van 0,14 vrouwen per jaar. Om te kunnen spreken over moedersterfte zal men dan ten minste een periode van 10 jaar dienen te hanteren (10 jaar x 0.14 = 1,4 vrouwen). Het spreekt voor zich dat een dergelijke

²⁶ Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Kennisdocument gezondheid, gouvernementele samenwerking van 2009 tot 2017, in Benin, Burundi, DRC, Rwanda en Uganda*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

²⁷ Consortium hera-ADE. (2015). *Evaluation ex-post de la durabilité de la coopération belge. Rapport pays Bénin*. [In opdracht van de Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE].

²⁸ **Sector-Wide Approach (SWAp)** is an approach to international development that "brings together governments, donors and other stakeholders within any sector. It is characterized by a set of operating principles rather than a specific package of policies or activities. The approach involves movement over time under government leadership towards: broadening policy dialogue; developing a single sector policy (that addresses private and public sector issues) and a common realistic expenditure program; common monitoring arrangements; and more coordinated procedures for funding and procurement." (World Health Organization, World Health Report 2000).

meting op dorpsniveau te sterk aan toeval onderhevig is, om de basis te vormen voor enige conclusie. Bovendien overstijgt 10 jaar ruim de duur van één (Belgische) projectcyclus.

De DGD koos deze indicator om haar bijdrage aan de Sustainable Development Goals te rapporteren.

Op basis van de studie van de gekozen gezondheidsprojecten, kan het Kennisdocument beweren dat het effect op de respectieve gezondheidssystemen, in actiegebieden van de projecten een verbetering van het doorverwijzingssysteem heeft teweeg gebracht en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de bevolking relatief verbeterde. Deze resultaten vragen wat nuance. Zo zijn de verbeteringen niet overal even sterk, noch op dezelfde manier zichtbaar.²⁹ De toegang, uitgedrukt als *gebruik* van het gezondheidssysteem is een onvolkomen maar redelijk aanvaarde indicator om de effecten van een interventie aan af te meten. Het is jammer dat we deze indicator niet als een vergelijkbare overkoepelende indicator voor de periode 2009-2017 kunnen terugvinden in de projectdocumentatie en in de evaluaties volgens het *MoRe Results* Systeem van Enabel.

Benin: een Belgische bijdrage aan een stukje van de problematiek van moedersterfte: meer bevallingen gebeuren in goede omstandigheden

De evaluatie over de duurzaamheid van de Belgische interventies in Benin noteert dat in de twee gezondheidsdistricten in Benin (Atacora/Donga en Mono/Couffo) die lange-termijnhulp van België ontvingen, de prestatie-indicatoren op het gebied van de volksgezondheid, zoals **bezoeken aan gezondheidsvoorzieningen** en het **aantal bevallingen in gezondheidscentra**, aanzienlijk beter zijn dan het regionale gemiddelde, hoewel het project niet alle doelstellingen heeft gehaald.³⁰

Bovenstaande vaststellingen tonen aan dat beweringen over resultaten van Belgische interventies, iets zeggen over subdoelstellingen. De subdoelstellingen zijn in de hoofden van degene die de interventies ontwerpen –dit gebeurt door Enabel– deel van een complex geheel van doelstellingen met als gemeenschappelijke noemer het strategisch objectief “systeemversterking”.

Senegal: hoe ga je te werk om een universele ziekteverzekering in te voeren? Systeemversterking is ook werken met een hoge graad van onzekerheid over het af te leggen pad.

Enabel vertrok voor het *Programme d’Appui à l’Offre et Demande de soins (PAODES)* met een duidelijk idee over de manier waarop een ziekteverzekering zich kan professionaliseren. Deze moest een publiek karakter hebben, in principe verplicht zijn en een piramidaal schema volgen met een centraal bureau op regionaal niveau en duidelijke taken voor elk echelon, tot op het gemeenschapsniveau toe. De lagere niveaus dienden

²⁹ Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Kennisdocument gezondheid, gouvernementele samenwerking van 2009 tot 2017, in Benin, Burundi, DRC, Rwanda en Uganda*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

³⁰ Consortium hera-ADE. (2015). *Evaluation ex-post de la durabilité de la coopération belge. Rapport pays Bénin*. [In opdracht van de Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE]

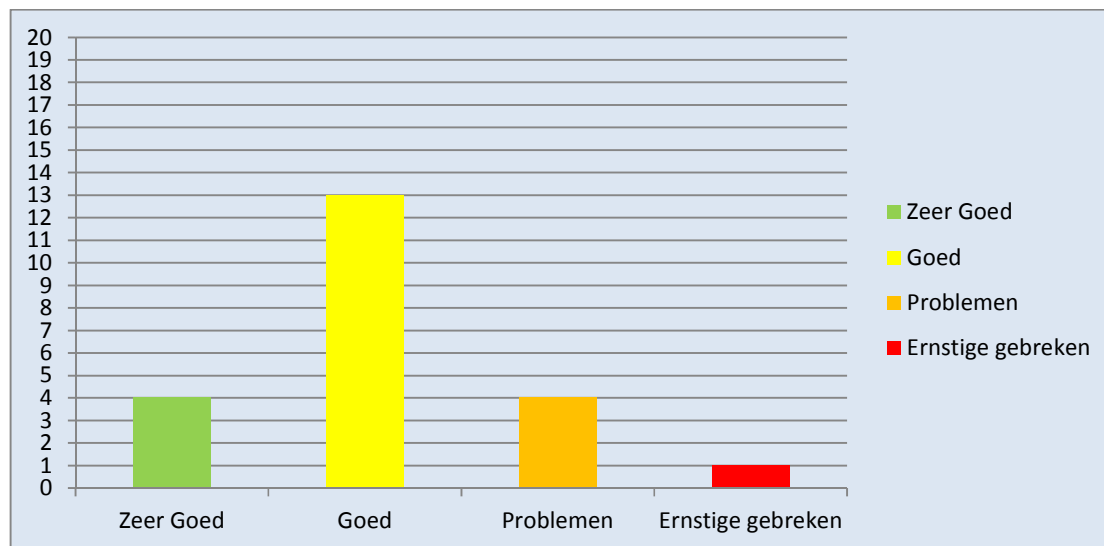
minder verantwoordelijkheden op hun schouders te nemen dan bij de bestaande micro-mutualiteiten het geval was. De beschreven aanpak liet plaats voor nog veel onzekerheden die pas tijdens de praktische uitwerking een antwoord zouden vinden. Zo was de rol van de Unie van mutualiteiten nog niet uitgeklaard.

Doeltreffendheidsscores zijn goed maar niet excellent.

Voor de beoordeling van de doeltreffendheid van de projecten gebruikten we het *MoRe Results* Systeem van Enabel dat sinds 2013 een vast schema oplegt aan de midden- en eindbeoordelingen van de projecten. Om reden van representativiteit, omvatte de documentstudie 23 gouvernementele gezondheidsprojecten in 5 Afrikaanse landen (Benin, Burundi, DRC, Rwanda en Uganda) in de periode van 2009 tot en met 2017. Daarmee spreken we ons uit over 39% of 160 miljoen van de bilaterale gouvernementele hulp voor gezondheid.

De conclusie dat we doeltreffende interventies opzetten, is hierop gebaseerd. Omdat we bovendien de sectorale budgetsteun in Rwanda en Uganda bestudeerden, steunen de vaststellingen op 56% van de middelen voor gouvernementele samenwerking.

74 % van alle gouvernementele projecten tonen positieve en gewenste verandering. 17% van de interventies kregen een A-score, 57% van de 23 interventies kregen een B-score en 13% kregen een C-score.³¹



³¹ **A Very Good** : The situation is considered highly satisfactory, largely above average and potentially a reference for good practice. Recommendations focus on the need to capitalise on these good practices. **B Good**: The situation is considered satisfactory, but there is room for improvements. Recommendations are useful, but not vital for the operation. **C Problems**: There are issues which need to be addressed, otherwise the global performance of the intervention may be negatively affected. Necessary improvements however do not require major revisions of the intervention's strategy. **D Serious Deficiencies**: There are deficiencies which are so serious that if not addressed, they can lead to failure of the intervention. Major adjustments and revision of the intervention strategy are necessary.

Het is duidelijk dat de interventies die zich eerder “verticaal” profileren -of m.a.w. met een focus op een welbepaalde ziekte of zorgproblematiek, gemakkelijker scoren: alleen zij kregen een A-score voor efficiëntie³² en doeltreffendheid. Dit is het geval voor het project rond bloedtransfusieveiligheid in Benin en de malaria-interventie in Rwanda met duidelijk positieve resultaten. Veranderingen aanwijzen en meten is veel minder gemakkelijk voor activiteiten die inzetten op de verbetering van een gezondheidszorgsysteem. Anderzijds mogen we ook niet uit het oog verliezen dat zowel voor het bloedtransfusieproject als voor de malaria-interventie, heel wat voorafgaande activiteiten, al dan niet door andere actoren, al dan niet met Belgisch geld, een vruchtbare basis legden waarop de interventies van Enabel voorbeeldig wisten in te spelen.

Vijf keer leren in de gezondheidssector (2009-2017)

Performance Based Finance: premies uitbetalen voor betere prestaties, een exemplarisch model dat door Enabel uitgetestte in Benin, Burundi, de DRC en Uganda

PUSS, een platform voor gebruikers van de gezondheidszorg in Benin: of hoe de bevolking zich kan organiseren om betere gezondheidszorg te vragen. Tevreden? Vraag het aan de patiënt!

Piloot-district Kisantu in DRC: een referentiehospitaal efficiënt laten werken in een midden-arme omgeving onderhevig aan commercialiserende tendensen zodat degenen die zorg nodig hebben ze toch kunnen krijgen: een plek om te komen leren hoe het zou kunnen op andere plekken in de DRC.

Budgetsteun voor de gezondheidssector in Rwanda: duidelijke resultaten door een gezamenlijke inspanning en een Belgische focus op transparant en financieel- en informatiebeheer.

Bloedtransfusieveiligheid in Benin: succes via aangepaste technologie en fijnmazige aandacht voor lokale cultuur.

Realistische doelstellingen nastreven is moeilijk. We zien in de projectdossiers vaak overambitieuze doelstellingen. Daardoor zijn ze niet te verwezenlijken in de voorziene tijdsspanne. De Belgische ontwikkelingssamenwerking nam zich bijvoorbeeld voor om via Enabel over de periode 2006-2016, met een budget van bijna 11 miljoen euro, een laatste fase van het 16-jaardurende project tegen de slaapziekte in Congo, de ziekte finaal uit te roeien, wat uiteindelijk (nog) niet is gelukt. Er loopt nu

³² Wij zullen amper ingaan op het criterium “efficiëntie”. Hoewel niet onbelangrijk, vertaalt het *More Results* Systeem “efficiëntie” als “uitvoeringsgraad”. Een duidelijke beperking van het begrip. Omtrent de efficiëntie in de Belgische projecten kunnen een aantal kanttekeningen gemaakt. Zo zijn er zowel in Benin als in DRC en Uganda communicatieproblemen tussen sommige projecten vastgesteld. Dit gebrek aan communicatie kan zorgen voor een verlaagde efficiëntie. Verder zorgde laattijdige start en traagheid van de administratie regelmatig voor lagere efficiëntie omdat tijdsgebrek zorgt voor de onderbenutting van de voorziene middelen. Bijkomend is het moeilijk voor een aantal interventies –met in het bijzonder de ondersteuningsprojecten– om de efficiëntie op zo’n korte tijd te meten. Er moet helaas ook benadrukt dat in sommige interventies de aangekochte apparatuur defect was, niet geïnstalleerd of niet in gebruik werd genomen. Hoewel de projecten dan de budgetten volledig benutten, kunnen we nog niet spreken van een efficiënte interventie.

een volgende en mogelijks finale fase waaraan *Bill and Melinda Gates Foundation* bijdraagt. In Senegal viseerde het *Projet d'Appui de l'Offre et la Demande de Soins* (PAODES) aanvankelijk 5 regio's. Het werden uiteindelijk 4 districten in plaats van 28, wat de ambitie na lectuur van de eindevaluatie geloofwaardiger maakt.³³

Elektronisch informatiebeheer in de gezondheidszorgsector van Burundi (HMIS), te hoog gegrepen?

In de context van Burundi leek de ondersteuning voor een elektronisch Informatiesysteem voor het beheer van gegevens in de gezondheidssector (HMIS) te hoog gegrepen. Even de moeilijkheden op een rijtje plaatsen: te weinig gekwalificeerd personeel, onvoldoende beschikbaarheid van elektriciteit, slechte kwaliteit van het internet en een tekort van informatici op de Burundese arbeidsmarkt. Hoewel het project oplossingen heeft gezocht voor de elektriciteit en het internet, is de hoge mobiliteit van informatici en de overdracht van competenties van dien aard dat Burundi het onderhoud en de aanpassingen aan de *Open Clinic*-applicatie niet kan garanderen.

Duurzaamheid van geleverde inspanningen; een moeilijke zaak.

Duurzaamheid bepalen van interventies in de gezondheidszorg, is niet mogelijk binnen ons huidig opzet. In Benin illustreert de onafhankelijke evaluatie van de gezondheidsprojecten³⁴ dat Enabel achtereenvolgens, het ene project kon laten inspelen op de verworvenheden van het vorige. Daarom kon de evaluatie onmogelijk de duurzaamheid van elk project afzonderlijk beoordelen.³⁵ Dat neemt niet weg dat continuïteit in de ondersteuning, ook wat locatie betreft,³⁶ het mogelijk heeft gemaakt om bepaalde problemen aan te pakken en verder te bouwen op wat vorige interventies hebben bereikt. We zien deze opeenvolging van projecten ook in Rwanda, DRC en Uganda waar het ene project

³³ Pompatti, F. (2019) *Fiche d'analyse des résultats et apprentissage du Projet d'Appui de l'Offre et la Demande de Soins (PAODES) au Sénégal*. [Interne Oefening van de Dienst Resultaten D0.1] Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

³⁴ Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2016) *Ex-post evaluatie van de duurzaamheid van de Belgische gouvernementele samenwerking. Wat na afloop van onze ontwikkelingssamenwerking?* [Syntheserapport] Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. Brussel.

³⁵ Ons opvolgingsinstrumentarium overstijgt evenwel de duur van één projectcyclus niet en is dus ontoereikend om deze continuïteit te documenteren. De tussentijdse en definitieve projectevaluaties geven geen inzicht in de duurzaamheid van resultaten. Ze kunnen maar de **potentiële duurzaamheid** inschatten.

³⁶ De ex-post-evaluatie duurzaamheid in Benin, haalt de geografische concentratie aan als positief voor de Belgische coöperatie. "En plus, la concentration géographique de l'appui dans les quatre départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo est un bon choix qui contribue à la pérennisation des outputs et outcomes dans ces départements, ou, pour le secteur de la santé, dans les cinq zones sanitaires dans lesquelles la coopération belge est concentrée géographiquement." Als we naar de chronologische evolutie van de projecten kijken, lijken de interventies in Benin stilaan de gezondheidspiramide "op te klimmen". Zo baseerde Bassila en KTL zich op gezondheidszones, het tweede project was eerder een verticale interventie die zich in de departementen focuste op bloedtransfusieveiligheid. De derde interventie focust zich dan opnieuw op een gezondheidszone. Vanaf 2009 evolueert de gouvernementele samenwerking naar grotere projecten, waarbij de bilaterale samenwerking eerst inzet op de ontwikkeling van een gemeenschappelijk ontwikkelingsplan en zich dan focust (in 2010) op de versterking van de departementen.

heeft ingespeeld op het andere om aldus een continuïteit in te bouwen in de Belgische “gezondheidsstrategie”. Het is ook duidelijk dat ten aanzien van een partner die zwak is en amper over middelen beschikt, een donor de institutionele steun niet zomaar kan stoppen zonder dat men de bereikte resultaten (deels) ziet verloren gaan.³⁷

Hier dient wel opgemerkt dat de DGD niet beschikt over een per land uitgewerkte lange-termijn gezondheidsstrategie waarin dergelijke overwegingen een plaats hebben.

België stemt de hulp voor de gezondheidssector af op het beleid van het ontwikkelingsland en is daarin exemplarisch. De Belgische gouvernementele projecten tussen 2009-2017, sloten aan bij het beleid en de strategie van het ontwikkelingsland. De budgetsteun aan de Rwandese gezondheidssector kadert volledig binnen de *Rwandese Health Sector Strategic Plan III 2012-2018* (HSSP III), en diens voorgangers HSSP I 2005-2009 en HSSP II 2009-2012, dat de deelname van alle belanghebbenden en donorlanden aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Rwanda in goede banen leidt. De Belgische ontwikkelingssamenwerking ging hier zelfs een stapje verder door o.m. ondersteuning te bieden bij de evaluatie van de HSSP II, voor de ontwikkeling van HSSP III, inclusief het opvolgings- en evaluatieplan ervan.

Bovendien getroost België zich met beperkte middelen meestal moeite om de donorcoördinatie in de gezondheidssector aan te zwengelen in de richting van meer eigenaarschap van het ontvangende land. Zo beschreven we verder de belangrijke bijdragen die België leverde aan de verankering van een doeltreffend donorcoördinatie ter ondersteuning van het ministerie van publieke gezondheid in de DRC. In Burundi was een doeltreffende coördinatie in het *Projet d’Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (2008-2011)* zelfs een belangrijk onderdeel van de beoogde resultaten.³⁸

Studies delen én gebruiken

In Rwanda gebruikte Enabel in het project dat institutionele steun gaf aan het Ministerie voor volksgezondheid, de analyses van USAID over de werking en de kosten van een gezondheidscentrum en een gestroomlijnd ziekenhuis. Door het gebruik van deze gegevens hielp Enabel het Ministerie bij haar normatieve en regelgevende functies.

It takes two to tango. Contextuele factoren (zie bijlage 1) zijn belangrijk om te voorspellen of verduurzaming van resultaten *überhaupt* mogelijk is. Kritisch voor de duurzaamheid van projecten is de mate waarin de ondersteunde overheden hun beleidsdoelstellingen kunnen of willen waarmaken.

³⁷ Pompetti, F. (2019) *Fiche d’analyse des résultats et apprentissage du Programme d’Appui Institutionnel au Secteur de la Santé Enabel. Phase de Consolidation (PAISS-PC) au Burundi (2015 – 2017)*. [Interne Oefening van de Dienst Resultaten D0.1] Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

³⁸ De doelstelling luidde als volgt : « Planning, coördinatie, monitoring en evaluatie-activiteiten omtrent de uitvoering van het nationaal strategische ontwikkelingsplan (PNDS) van het ministerie van volksgezondheid (MSPLS) zijn operationeel en effectief door verbeterde interne en externe interacties.”

Zal Benin of zal Benin niet, zal Benin of zal Benin niet, zal Benin of zal Benin niet?

Met de resultaten in **Benin** mag de Belgische ontwikkelingssamenwerking terecht fier zijn op het efficiënt en eerder goedkoop systeem van uitbetaling van aanmoedigingspremies voor gezondheidsinstellingen en gezondheidswerkers dat het systeem van **resultaatsgerichte financiering (Performance Based Financing (PBF))** heeft opgezet in de 3 gezondheidszones van de departementen Mono en Couffo en de 2 gezondheidszones in het departement van Donga. Dit vergrootte de kans dat Benin het systeem zelf zal kunnen handhaven en financieren. Na een eerste test-case (2008-2010) in Comé, paste Benin in 2015 een geharmoniseerde PBF op nationale schaal toe, met nuttige lessen voor de nationale overheid.³⁹ Maar ook voor andere landen van de regio zoals Niger, Mali, Senegal en Burkina Faso leverde dit een mooi voorbeeld op. Het betreft hier een mengvorm van de benadering van de Wereldbank enerzijds en deze van Enabel anderzijds⁴⁰. Doch in de opportuniteitsanalyse ter voorbereiding van een nieuw programma, moet de Belgische ambassade vaststellen dat Benin zich dit systeem in 2017 (nog) niet had “eigen gemaakt”⁴¹.

De **verbeteringen in de aanpak van bloedtransfusies** -een succesvolle interventie van Enabel- in Benin, beoogde als sluitstuk, de creatie door de Beninse overheid van een centraal agentschap. Mits een gegarandeerde financiering ervan, zijn de vooruitzichten om een kwalitatief hoogstaand systeem van bloedtransfusies draaiende te houden, goed. Het is niet gedocumenteerd of dit agentschap er uiteindelijk kwam, noch hoe het er nu gesteld is met de bloedtransfusieveiligheid.

In het algemeen is de ontwikkelingscontext in Benin ongunstig. Een paar uitzonderingen daargelaten, blijft de institutionele omgeving in Benin zwak en kwetsbaar zelfs na alle pogingen tot versterking ervan. Het sectorbeleid is goed: ondersteund door correcte wetgeving en decentralisatiebeleid. Maar er **ontbreekt leiderschap om dat beleid en de daarmee samenhangende structurele hervormingen doelmatig uit te voeren**.

Dat de projecten in Rwanda positief uitvielen, mag in verband gebracht met een duidelijk en vasthoudend Rwandees beleid. Het tegengestelde is waar voor de overheden in de DRC.

³⁹ De Feyter, M. (2015). *Rapport de la Mission d'expertise en Santé au Bénin et au Niger*. [Onuitgegeven intern document van de Thematische Directie, dienst sociale ontwikkeling (D2.3)] Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

⁴⁰ De Wereldbank had het *Programme de renforcement de la Performance du Système de Santé au Bénin (PRPSS)* lopen en kwam tussen in 8 gezondheidszones. De Bank experimenteerde eveneens met op resultaten gebaseerd financieren (PBF). De aanpak was verschillend wat verificatie en tegen-verificatie betreft.

⁴¹ Ambassade van België in Benin (2017). *Nouveau programme de coopération Benin-Belgique : Analyse d'opportunités*. [onuitgegeven intern document] Cotonou: Ambassade van België.

Is er een probleem met het centraal gezondheidsbeleid in de DRC?

In de DRC heeft de Belgische ontwikkelingssamenwerking via Enabel een aantal **hervormingen helpen doorvoeren op centraal niveau**. Maar rapportering hierover onder de vorm van project-doelstelling-resultaat is moeilijk omdat hervorming bij uitstek een onvoorspelbaar en iteratief proces is en bovendien op dit centrale niveau sterk onderhevig aan politieke en diplomatieke⁴² beïnvloeding. Bovendien merkten onderzoekers op die de Kisantu-case in 2011 documenteerden, dat uitwisseling met de DRC-overheden maar een minimale impact had in termen van **betrokkenheid van de centrale en provinciale niveaus** in het gezondheidszorgsysteem.

Niet alle partnerlanden zijn ingenomen met een experimentele aanpak. Omdat de meeste gezondheidsprojecten willen inspireren tot een beter beleid, betere strategieën en systemische veranderingen, zijn ze uiteraard zeer gevoelig voor de beleidsbeslissing en dito uitvoering door het bijgestane land. De *modus operandi* van Enabel is meestal “het pilootproject” (veelal met *action research/reflective action*) dat een bepaald voorbeeld uitwerkt in de verwachting dat beleidsbeslissingen in het partnerland dit nadien veralgemeend zal invoeren. Sommige landen zien ontwikkelingsgeld als een welkome mogelijkheid om iets nieuws te proberen. Of dit experiment ook daadwerkelijk zijn bijdrage levert in een hervormingsproces, volgt noch Enabel, noch de ambassade/DGD systematisch op nadat het project is afgesloten.⁴³ In Benin zien we dat Enabel toch langer dan 4 jaar aan de weg van *Performance Based Finance* (PBF) (zie bijlage 3) kon timmeren. Het is nog steeds wachten op een duidelijk politieke beslissing van Benin om aan een eenheid in het ministerie van gezondheid het zeggenschap en voldoende budget te geven om PBF nationaal uit te rollen.⁴⁴

⁴² Het betreft : *Projet d’Appui Institutionnel à la Fonction de Lutte Contre la Maladie au Niveau Central du Ministère de Santé Publique en DRC*. De doeltreffendheid van een andere interventie in DRC: *Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire en Périphérique (ASSNIP)* luik 4 en 5” lijkt niet echt geleden te hebben onder de stopzetting van de samenwerking. Ongeacht de context, is de interventie relatief doeltreffend geweest. Door het besluit van de DRC en België om zich terug te trekken uit de gezondheidscomponent (*Programma Indicatif de Coopération* 2010-2013), zijn er wel een reeks vertragingen opgelopen.

⁴³ Zie Publicatie van Enabel “The Life and Times of the institutional Capacity Building Project in the Health Sector in Uganda. Lessons Learned in Leadership and management. BTC Uganda and the Ministry of Health Uganda. November 2015.

⁴⁴ Paul, E., Albert, L., Bisala, B.N.S. & al. (2018). Performance- based financing in low-income and middle-income countries: isn’t it time for a rethink? *BMJ Global Health* 2018, (3). doi:10.1136/bmjgh-2017-000664

Project-geld is risico-geld: een voorbeeld uit Senegal.

“Waarom werken projecten zo goed? Geen enkel ministerie kan experimenteren met 15 miljoen. Dit is risico-geld om iets te “piloteren”. Van de 15 miljoen gaat 8 miljoen naar routine en de rest naar een *pilot*. Het is waar dat het woord vaak misbruikt wordt door donoren die hiermee eerder op een witte olifant aansturen dan op het uittesten van een *home grown idea*. Piloten hebben de naam “blanken die komen experimenteren met zwarten”. Maar zo doet Enabel dat niet. Senegal zegt bijvoorbeeld dat ze een *assurance maladie* willen. Laat ons dat uitproberen.”⁴⁵

De invoering van de **forfaitaire tarifiering van ziektekosten aan patiënten** was het belangrijkste initiatief op het niveau van de gezondheidsstructuren van het (PAODES) *Programme d’Appui à l’Offre et Demande de soins* om ze voor te bereiden op een levensvatbare en performante ziekteverzekering. Het ging hier over een experiment dat het Ministerie van gezondheid toestond zodat het project dit veralgemeend kon uitproberen met de Departementale eenheden, verantwoordelijk voor de ziekteverzekering.

Door de *Unions Départementales d’Assurance maladie* van financiële en technische ondersteuning te voorzien, heeft Enabel hen voorbij een bepaalde drempel geduwd zodat ze hun bereik in termen van financiële middelen vergrootten en professionele structuren konden opbouwen en verduurzamen. Midden 2017 eindigde de Belgische ondersteuning aan de *Unions*. Ze functioneren nog altijd en zijn nu ook tot de officiële nationale politiek gaan behoren.

Een van de kernlessen van de *Unions* is dat streven naar duurzaamheid, een schaalvergroting inhoudt die de *mutuelles* ten minste ten dele moeten financieren, wat niet betekent dat een externe actor zo’n proces niet zou kunnen ondersteunen. Hier kunnen overkoepelende structuren zoals regionale en nationale unies een belangrijke rol spelen. De regionale unie van *Kaolack* poogde haar leden te overtuigen om bij te dragen aan een solidariteitsfonds dat het regionale niveau zou beheren om zo de risico’s voor de individuele mutualiteiten te verminderen.⁴⁶

Rwanda stelde wat betreft het project van institutionele steun aan het Ministerie van Gezondheid (2005-2010) de raadzaamheid van een experimentele aanpak in vraag. De evaluatoren verwoordden het aldus: “De “experimentele” benadering is niet noodzakelijkerwijs wenselijk en de minister wenste het niet. Het is niet haalbaar in een context van grotendeels onvervulde behoeften “waarbij alle energie dient gemobiliseerd om een programma van uiterst ambitieuze hervormingen ten uitvoer te leggen.” Deze afwijzing lijkt eerder uitzonderlijk te zijn. De evaluatoren beoordelen de institutionele steun aan het Ministerie van Gezondheid in Rwanda in de periode 2010-2015 als “redelijk goed” vanwege een sterk eigenaarschap van en de afstemming op de overheid en de grote nadruk

⁴⁵ Wittoek, I. (2018). *Verslag onderhoud met Paul Bossyns Enabel op 2/10/2018 over de gezondheidsprogramma’s in Burundi, Senegal en Uganda*. [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

⁴⁶ Verbrugge, B., Ajuaye, A. & Van Ongevalle, J. (2018) *Contributory social protection for the informal economy? Insights from Community-Based Health Insurance (CBHI) in Senegal and Tanzania*. [Research commissioned by Directorate-General Development Cooperation and Humanitarian Aid by KU Leuven HIVA Research Institute for Work and Society] Leuven: KUL.

op activiteiten die niet verder moeten lopen na de duur van het project (training, ontwikkeling van strategieën en richtlijnen opstellen, ...).

Daadkracht van het ministerie van gezondheid in Rwanda of visionaire interventies van Enabel of allebei?

Een van de succesvolle activiteiten van de interventie *Appui au Renforcement institutionnel au Ministère de la Santé (Phase 3)* van 2005-2010 was de bijdrage aan de generalisering van het systeem van ziekenfondsen waardoor er aanzienlijke meer Rwandezers aansloten bij een ziekenfonds: van 44% in 2005 naar 85% in 2008. Een van de beoogde resultaten (2.2) van deze interventie was het opzetten van minstens 1 werkzame mutualiteit (een piloot). Maar in de loop van de interventie heeft het Ministerie beslist om het systeem van mutualiteiten te veralgemenen over heel het land. Uit de projectdocumentatie is het niet duidelijk of dit op advies van Enabel/de interventie of een zelfstandige beslissing van het Ministerie was. Daardoor is het beoogde resultaat 2.2 van de interventie wel gehaald maar zou het oneerlijk zijn om het enkel aan de interventie toe te schrijven.⁴⁷ De vruchtbare kruising tussen een project en een politieke beslissing, vinden we niet gedocumenteerd terug in de latere analyse van de gezondheidssector door de ambassade te Kigali ter voorbereiding van een nieuw programma.⁴⁸

Hier levert men het bewijs dat een Ministerie de ontplooiende strategieën inderdaad kan “absorberen”. Sommige aangereikte veranderingen nam het Rwandese Ministerie uiteindelijk niet over. Zo opperen de evaluatoren twijfels over de duurzaamheid van de benadering m.b.t. kennisbeheer en met betrekking tot de component van het biomedische onderhoud.

Omdat België aan de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden altijd bijdraagt met een relatief beperkt budget, kan deze pilootaanpak op veel begrip rekenen binnen de DGD hoewel ze de experimentele benadering niet als standaard aanbeveelt in de strategienota. Maar realisme over wat een project kan bereiken met het ontwikkelen van pilootactiviteiten, is op zijn plaats. In de praktijk kan verandering toch alleen maar gebeuren via een zich nationaal, toegeëigende, endogene dialoog waarin een donorgroep alleen maar faciliterend kan werken, zo stellen de sectorexperten van Enabel.⁴⁹

Een beleidsdialoog, wat, waar, hoe? In de gouvernementele ontwikkelingsprogramma's die België met ontwikkelingslanden in de voorbije periode afsloot, stelt België dat de algemene, sectorale en thematische politieke dialoog een middel is voor permanente overleg met het partnerland om bij de uitvoering van ontwikkelingsprojecten of –programma's standpunten te harmoniseren.

⁴⁷ Antunes, E. (Aedes) & Lafort, Y. (Hera). (2015). *Institutional Support to Ministry of Health Phase 4* [Report of the End-of-Term Review].

BTC. (2016). *Institutional Support to Ministry of Health Phase 4* [Final Report].

⁴⁸ Ambassade van België in Rwanda (2018). *Rwanda: Does aid work? Note 5: Strong progress in health, but is it sustainable?* [onuitgegeven intern document]. Kigali: Ambassade van België.

⁴⁹ Bosmans, M., Bossyns, P., Flahaut, A., Goeman, L., Gyselinck, K., Piraux, J., Van Bastelaere, S., Van Waeyenbergh S. & Verle, P. (2016). *Development cooperation as learning in progress: Dealing with the urge for the fast and easy*. Studies in Health Services Organization & Policy, 33, 2016. Antwerpen: ITGPress.

Er is enerzijds overleg via de *gemengde lokale overlegstructuren (SMCL of GLOS)* die bedoeld zijn om de uitvoering van de Belgische interventies op te volgen. Anderzijds riep België partnercomités (*COMPARs*) in het leven die het gouvernementeel ontwikkelingsprogramma en de voorstellen voor nieuwe interventies halfjaarlijks bespreken. Er is enerzijds de uitvoering en het eraan gekoppelde overleg in de GLOS en waarvoor Enabel verantwoordelijk is, en anderzijds de politieke dialoog in de *COMPAR* en de politieke - en beleidsdialoog in de donorcoördinatie waarvoor de DGD en de ambassades verantwoordelijk zijn. Een permanente dialoog in vertrouwen en wederzijds begrip die uitvoeringsproblemen moet oplossen -en dit sluit discussies over politieke - en beleidskeuzes niet uit- is in principe een zeer ambitieuze doelstelling. De ex-post-evaluatie in Benin stelt vast dat de GLOS daarvoor goed werkt maar de *COMPAR* in de praktijk niet erg functioneel is.

Wat daadwerkelijke beleidsbeïnvloeding betreft in ontwikkelingslanden, heeft Enabel zich trouwens met een steeds duidelijker programma-aanpak ook uitgerust met een team van technische assistenten die een actieve rol spelen in het overleg en de (technische) beleidsdialoog, weliswaar maar voor de duur van de interventie. De dialoog op intermediair en perifeer niveau van het gezondheidszorgsysteem met de overheden en andere ontwikkelingsactoren moet de ervaringen en goede praktijken naar het centrale niveau laten doorstromen.⁵⁰ De Belgische ambassades zijn verondersteld in donorcoördinaties die op gezette tijden in interactie te gaan met de centrale overheid. Doch uitwisselingen in multi-donorverband met de overheid zijn niet systematisch gedocumenteerd, noch in evaluaties, noch in interne (de DGD/ambassade) boordtabellen. Daardoor kan het Kennisdocument niet op onderbouwde beweringen bogen over de richting die deze dialogen uitgingen of verondersteld werden uit te gaan en alleen maar anekdotisch verhalen over hun mogelijks faciliterende rol brengen.

Het Kennisdocument haalde de informatie over het verbetertraject van het donoroverleg met de Congolese overheid, waarin de Belgische ambassade een prominente rol speelde, uit een studie⁵¹ en vulde ze aan met gegevens uit interviews.⁵² De studie oordeelt dat de *Groupe inter-bailleurs Santé* (GIBS) een belangrijk instrument is om steun in de gezondheidssector beter te coördineren en af te stemmen op het overheidsbeleid. Volgens de informanten van de studie werkt de GIBS beter dan de coördinatieplatformen van andere sectoren en mag daarom exemplarisch heten. Idem voor de in 2014 ondertekende *Charter* die verstreckende principes en mechanismen definieert voor alle leden van de GIBS. Maar verbanden leggen met uiteindelijke resultaten op het terrein blijft voor dit Kennisdocument toch een ijdele wens.

⁵⁰ De bilaterale politieke dialoog die België heeft geïnstitutionaliseerd is de gemengde commissie, het speciaal en gewoon partnercomité. Daarvan is wel een neerslag. Deze zijn meestal “vooruitkijkend”. De Gemengde Lokale Overlegstructuren (GLOS/SMICL) zijn vastgekleit aan een bepaald project. Het overleg bestrijkt alle gradaties, gaande van zeer technisch tot zeer politiek. Daarover heeft de ambassade meestal weinig informatie. Het is ook niet zeker dat de politieke kwesties voldoende doorstromen naar de ambassades. Dat wordt aan het inzicht van de lokale vertegenwoordiger (res.- rep.) van Enabel overgelaten.

⁵¹ Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf>

⁵² Wittoek, I. (2018). *Gesprek met Eric Vanbeveren DGD op 6/11/2018 over ervaringen in de DRC, in de gezondheidssector*. [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

DRC en de Groupe inter-bailleurs Santé (GIBS)
Een belangrijke Belgische bijdrage aan de donorcoördinatie in de DRC.

De DRC kende al veel woelige periodes. Het vredesakkoord in 2002 betekende een voorlopig rustpunt en de start van een politieke transitie. Uiteindelijk kwamen er in 2006 verkiezingen.

België heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het verankeren van een **doeltreffend donorcoördinatie** in de gezondheidssector in de DRC. In 2001 bestond er amper een donorcoördinatie die naam waardig. Vooral de afwezigheid van Congolees leiderschap, gecombineerd met individuele donoren die de hulparchitectuur bepalen, was een probleem. In de DRC zijn er bijvoorbeeld 54 gespecialiseerde programma's: programma's voor vaccinatie, tegen de slaapziekte (FOMETRO), tegen lepra en tuberculose (Damiaanactie), ter behandeling van oogziekten, tegen polio (Bill And Melinda Gates Foundation) enz. ... Het gaat meestal om mobiele eenheden met personeel dat speciaal is opgeleid in de bestrijding van één bepaalde ziekte of gezondheidsinterventie zoals bijvoorbeeld vaccinatie, moederzorg, kindzorg,....

Coördinatie in 2001 startte **eerst onder EU-donoren**. De Duitse ambassade nam het voortouw voor een **Groupe Thématique Santé** die al snel andere donoren en multilaterale organisaties aantrok. Omdat ook uitvoerende organisaties lid waren, verviel het overleg vaak in hengelen-naar-financiering bij aanwezige donoren. De donorcoördinatie kon niet aan het echte werk toekomen: consensus zoeken m.b.t. beleidsdocumenten van de DRC, afstemming organiseren op beleid, strategieën en procedures en tenslotte de wijze van financiering onder donoren harmoniseren,.

Ter vervanging van de *Groupe Thématique Santé*, startte, samen met een aantal donoren en onder impuls van de toenmalige attaché ontwikkelingssamenwerking, in 2015, de **Groupe inter-bailleur de Santé (GIBS)**. Deze hernieuwde donorcoördinatie bestond alleen uit bilaterale- en multilaterale donoren. De *Direction d'Etude et Planification* (DEP) van het Congolese ministerie voor Gezondheid, ondersteund door Enabel, schreef in dezelfde periode (2005/2006) de nieuwe **Stratégie de Réhabilitation et de Renforcement du Secteur Santé (2006-2016)** (SRSS). België is zeer te spreken over de toenmalige directeur van de DEP die met de donorcoördinatie regelmatig overlegde. De WHO speelde ten aanzien van het Congolese Ministerie van Gezondheid haar begeleidende rol voortreffelijk wat beleid, uitvoerende strategie en normering betreft. Ook Enabel die toen de DEP ondersteunde, hielp het proces vooruit.

De strategie was goed opgesteld. De donorgroep zou het Ministerie ten volle te ondersteunen en kwam met de DEP overeen dat in de **jaarlijkse bespreking van de vooruitgang in de gezondheidssector** van 2006, de *Revue Annuelle*, de Secretaris-generaal de SRSS, zou voorstellen, in aanwezigheid van andere ministeries, provinciale gezondheidsautoriteiten, Ngo's, Congolese en buitenlandse onderzoeksinstituten. Aansluitend op deze *Revue* zou de groep, bij monde van België, de eerste GIBS-coördinator, de **Déclaration Commune** uitspreken waarin de bereidheid om de Congolese gezondheidsstrategie te ondersteunen via de gepaste financiële, materiële en menselijke middelen en **via een proces van decentralisatie van bevoegdheden**. De verklaring werd erg positief onthaald.

De referentietermen van de GIBS stelden dat: de leden de coördinatie-inspanningen van de overheid zouden ondersteunen, de coördinatie meer zou inhouden dan alleen informatie-uitwisseling en dat nog meer inspanning diende geleverd om te harmoniseren omdat een hele reeks nieuwe financieringsinitiatieven (*Global Fund*, het Europees ontwikkelingsfonds, programma's van de Wereldbank) zouden starten.

Het voorzitterschap roteert om het jaar en is hoogstens eenmaal hernieuwbaar.⁵³ Het permanent secretariaat is het institutionele geheugen van de snel wisselende groep. De financiering van het secretariaat hangt samen met het coördinatorschap. Er zijn de maandelijkse samenkomsten en zo nodig, extra vergaderingen van de GIBS en de 5 thematische donorgroepen over (1) human resources, (2) medicamenten, (3) dienstverlening, (4) financiering, (5) beheer en decentralisatie.⁵⁴

⁵³ Voorzitterschap door België (2006-07), Canada (2008-09), de Europese Unie (2010-11), de VS (2012-13), UNICEF en vicevoorzitterschap door DFID (2014-15), DFID (2016-17) en de EU (sinds maart 2017).

⁵⁴ De samenstelling en werkmethodes van de GIBS waren geïnspireerd op de eerder opgerichte donorgroep in de gezondheidssector in Uganda.

Het Ministerie van gezondheid richtte een stuurcomité op om de uitvoering van de strategie op te volgen: het **Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé** (CNP). Voorgezeten door het ministerie, heeft het zowel overheden als niet-gouvernementele actoren als lid. Op provinciaal niveau bestaan deze stuurcomités (CPP) ook. Naast de nationale gezondheidsautoriteiten, zijn ze, gezien de uitgestrektheid van de DRC (één provincie is vaak groter dan de oppervlakte van België) cruciaal voor de uitvoering van de SRSS in de provincies. In principe zijn deze CPP's op provinciaal niveau, de leidende structuren in de ondersteuning van de gezondheid. Doch, deze CPP's lijken niet zo goed te functioneren. De coördinatie gebeurt vooral in de GIBS en is daarmee een symptoom van de blijvende zwakte van het ministerie.

De meeste donoren zien **de GIBS als een belangrijk middel om beter te overleggen en de hulp af te stemmen op de strategie van de overheid**. De groep diende in de DRC als voorbeeld voor andere sectoren.

Ondertussen was het opnieuw moeilijker functioneren in DRC. De aanloop naar en het verloop van de verkiezingen in 2011, kregen het land terug in de greep van negatieve interne en externe factoren (politiek en economisch, veiligheid, ...). Dat neemt niet weg dat de donoren en alle partners in de gezondheidssector in 2014, een **charte de partenariat** ondertekenden om nog duidelijkere principes en gedragscodes overeen te komen. Dit zijn o.m. de afspraken rond **harmonisatie van het uitbetalen van premies** en de ontwikkeling van de zogenaamde **contrats uniques** die de coördinatie van de steun op provinciaal niveau moesten regelen.

Bij deze *contrats uniques* hoort ook *Joint Financing* met generieke referentietermen. De *sous-groupe finance* van de GIBS rondde de *contrats uniques* in 2010-2014 in samenwerking met het ministerie af.

Andere hete hangijzers kregen schriftelijke overeenkomsten zoals de aanbestedingen en de verdeling van medicatie. Maar niet alle ondertekenaars houden zich aan de afspraken. Vooral voor medicatie, loopt de verspreiding op, m.n. door gebrek aan samenwerking van diverse, vooral grote actoren zoals het *Global Fund*.

“Niettegenstaande de actieve deelname aan de politieke dialoog in multi-donorvergaderingen in Benin door de verantwoordelijken op de ambassade van België en Enabel, kunnen donoren maar weinig invloed uitoefenen op de uitvoering van hervormingen of nationale plannen in Benin,” lezen we in de ex-post-evaluatie van de gezondheidsprogramma's in Benin. En dat zegt uiteraard ook veel over de Beninse overheid zelf die weinig leiderschap laat zien. In Burundi werkte beleidsbeïnvloeding vanuit de technische werkgroepen in het Ministerie voor Gezondheid behoorlijk goed maar was het donoroverleg marginaal nuttig en zelfs problematisch te noemen.

Omdat institutionele ondersteuning met beleids- en politieke dialoog, hand in hand moeten gaan, dienen beiden goed op elkaar in te spelen. Er is zelfs veel voor te zeggen om de beleids- en politieke dialoog te laten doorlopen ook na het afsluiten van de betreffende interventie, al is het maar om de lessen van de pilootprojecten levendig te houden (*return on investment*) binnen de donorcoördinatie en op gezette tijden naar het partnerland terug te spelen. Wat dit laatste aspect betreft, is er zeker ruimte voor een actievere opvolging vanuit de ambassade en de DGD.

Betalen voor resultaten, hoe doet België dat? De op prestaties-gebaseerde financiering, een succesverhaal.

We vonden veel projectdocumenten, Belgische studies en een aantal officiële mails over het onderwerp die we voor gebruik in het Kennisdocument samengevoegd hebben. We gebruikten vooral de projectdocumentatie in Burundi, Uganda en Benin waarin Enabel *Performance-Based Finance* toepaste.^{55, 56}

⁵⁵ Paul, E., Dramé, M.L., Kashala, J.P. & al. (2017). Performance-based financing to strengthen the health system in Benin: challenging the mainstream approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 2017, 6(x), p. 1–13. doi:10.15171/ijhpm.2017.42

Wat is Performance Based Finance? PBF beschouw je het best als onderdeel van een hervormingspakket om het gezondheidszorgsysteem te verstrekken en universele dekking van gezondheidszorg te bereiken. PBF is: “het geven van financiële incentives gebaseerd op prestaties”.⁵⁷ Betalingen zijn gericht op individuele gezondheidsfaciliteiten of administraties, meestal met een *trickle-down* effect naar de gezondheidswerkers toe (niet naar patiënten) die daardoor een hoger salaris via een premie ontvangen. Functies zijn, meestal maar niet altijd, opgesplitst: de regulering, het aankopen van de prestaties, beheer van de te storten fondsen, de verificatie of controle van data en de dienstverlening zelf. Als de controlerende instantie de overeengekomen te leveren prestaties na meting via kwalitatieve en kwantitatieve indicatoren kan vaststellen, krijgen de gezondheidsfaciliteiten of -administraties de premie.

Performance Based Finance, the Belgian way. Bovenstaande definitie met de essentiële elementen van PBF, kan de indruk wekken dat het alleen over betalen en verifiëren van resultaten gaat en dat de donor/ontwikkelingsorganisatie verder gerust mag zijn over de gunstige effecten van de PBF-operatie. Het artikel van Renmans en Holvoet (2016)⁵⁸ probeert deze *black box* open te breken door in detail te bespreken wat er als interacties plaats vindt bij PBF en waar het goed of slecht kan lopen. De wijze waarop Enabel PBF toepast, mag gerust “breed” of met-interesse-voor -wat-er-in-de-black-box-zit heten. Er is aandacht voor bijkomende elementen zoals, vormende supervisie i.p.v. alleen controle (Benin)⁵⁹, beter beheer en planning in de gezondheidsstructuren (Uganda), meer reenschap naar overheid en bevolking (Benin), betaalbaarheid door de patiënt via de forfaitaire tarifiering van de medische interventies (Burundi, Benin, de DRC). Enabel ziet PBF namelijk als een belangrijke stap richting universele dekking van gezondheidszorgen. PBF spoort de diensten aan om kwaliteit af te leveren. Als dat het geval is kan men de diensten accrediteren zodat vervolgens de nationale ziekteverzekering de dienstverlening strategisch kan aankopen.

Enabel kan vaak op veel interesse van andere donoren zoals de EU, DFID of Zweden rekenen voor de PBF-aanpak en zowel in Benin, Burundi als Uganda streefden donoren er na verloop van tijd toch naar een gezamenlijke aanpak.

Zo werkt men in Uganda met PBF:

✓ **Accreditation process**

Eerste stap van het project. Het is een soort selectieprocedure omdat het project niet met alle gezondheidsstructuren kan werken.

⁵⁶ Paul, E., Albert, L., Bisala, B.N.S. & al. (2018). Performance- based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health* 2018, (3). doi:10.1136/bmjgh-2017-000664

⁵⁷ Gebaseerd op Enabel-interventie UGA 16 036 11 “Establishing a financial mechanism for strategic purchasing of health services in Uganda” en een uiteenzetting van D. Renmans in DGD op

⁵⁸ Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C., G., & Criel, B. (2016) *Opening the ‘black box’ of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature*. Health Policy and Planning, 31(9), 1297–1309. Geraadpleegd op 26/03/2019 via <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>

⁵⁹ Met de aandacht voor gezondheidspersoneel komen we tegemoet aan de verzuchting van de WHO omtrent personeel wanneer ze stelt dat een land met een goed presterend gezondheidszorgsysteem meer inzet op het gezondheidspersoneel en op infrastructuur en daarom pleit voor meer inspanningen op dit gebied.

Gebeurt op basis van (zelf)evaluatie.

Diegene die meer dan 85% scoorden, mochten meedoen aan het project en kregen een eerste financiële “push”.

✓ **Funds based on Quantity**

Voor elke cliënt/gebruiker krijgt het gezondheidscentrum een bepaald bedrag.

De behandeling van de patiënt gebeurt volgens bepaalde richtlijnen.

✓ **Funds based on Quality score**

De evaluatie per kwartaal, van de kwaliteit van de zorg, vormt de basis voor het project om te oordelen of het een deel van de fondsen kan overmaken. Het *District Health Management Team* doet de controle. Per *star-rating* krijgt het gezondheidscentrum een bepaald bedrag. 25% van de fondsen mag het gebruiken voor *staff motivation*. Het centrum mag de invulling hiervan zelf kiezen. Bijvoorbeeld aan de hand van een ranking, bepaalde aanmoedigingspremies geven of bekijken hoeveel dagen het personeelslid komt werken, etc. Zelfgekozen indicatoren geeft de centra een redelijke autonomie.

Het centrum mag de overige 75% niet gebruiken voor infrastructuurwerken.

Enabel werkte, via algemene richtlijnen, in een later stadium uit hoe *staff motivation* dient ingevuld.

✓ **Quarterly work plan to reach targets**

Dit is een businessplan waarin het gezondheidscentrum bepaalt hoe ze de doelen zal bereiken.

✓ **Lowering of user fees**

De patiëntbijdrage verlagen door *case based payment (tarification forfaitaire)*. Zo kost bijvoorbeeld elke keizersnede even veel geld, ongeacht de moeilijkheid, duur en gebruikte producten. Als het bedrag hoger is dan voorzien, past Enabel bij.

De kosten voor de gebruiker waren voordien een reden om de *Private-not-for-Profit*-instelling niet te gebruiken en te kiezen voor de gezondheidscentra van de overheid (die gratis zijn).

Een vaste bijdrage voor een bepaalde ziekte (bv. malaria: voor heel de behandeling inclusief het verblijf in het ziekenhuis) is ook mogelijk.

Toepassingen van PBF in de Belgische interventies vinden we in Burundi, Uganda en Benin bij de financiering van projectdoelstellingen die systeemversterking van de gezondheidszorg en universele dekking voor gezondheid beogen. In Benin werkte Enabel een zeer goed alternatief⁶⁰ uit dat volgens de studie van Paul et al (2014) een sterker geïntegreerde, minder middelen-rovende benadering uitwerkte en beter is ingepast in bestaande instellingen en netwerken. De wijzigingen in de aanpak uitte zich in het gebruik van *peer reviews* om na te gaan of de gezondheidsstructuren bepaalde kwaliteitscriteria haalden (dataverificatie) en via platformen van gebruikers van de gezondheidszorg die de counter-verificatie uitvoerden.

Het platform van gebruikers van de gezondheidszorg in Benin, uniek in Afrika.

Enabel heeft een interessant element geïntroduceerd in één van de functies die nodig zijn voor een goed functionerende PBF: de tegen-verificatie van de resultaten die gezondheidsfaciliteiten moeten halen. In Benin gebeurde deze controle door platformen van gebruikers van de gezondheidsdiensten. De basis was een brede groep van belanghebbenden samen, zoals vertegenwoordigers van lokale (gemeente)raden, niet-gouvernementele organisaties, civiele maatschappij, gezondheidsorganisaties, gemeenschapswerkers,... Enabel creëerde en ondersteunde deze groepen gedurende meerdere jaren. Deze platformen zijn belast met de controle

⁶⁰ Paul, E, et al. (2017). Performance-based financing to strengthen the health system in Benin : Challenging the mainstream approach. *International Journal of Health Policy*, 6(x), p. 1-13.

op de doeltreffendheid van de verstrekte zorg, steekproefsgewijs en via tevredenheidsenquêtes, bij patiënten van de gezondheidscentra en in district-hospitalen.

Ze verdedigen de rechten van de patiënt door hen een stem te geven. Hun rol is namelijk niet beperkt tot PBF. Ze behandelen ook klachten van gebruikers van de gezondheidsdiensten. Met de jaren bouwden de platformen niet alleen competentie op maar ook legitimiteit. Ze traden in echte dialoog met de verstrekkers, wat een groot voordeel is ten opzichte van wat het geval is als projecten Ngo's contracteren om in het kader van PBF dergelijke taken slechts nu en dan op te nemen.⁶¹

Een erg positief gevolg van de introductie PBF is de beslissing van Uganda om, een beslissende stap te zetten naar *Universal Health Coverage*. Dit verband kwam er door de inspanningen van Enabel. Uganda heeft trouwens de ambitie om geheel in lijn met de SDG3 universele dekking te voorzien voor haar bevolking die nu nog te veel zelf de kosten voor gezondheidszorg moet dragen⁶².

In 2006, samen met de invoering van de gratis-zorgverstrekkingpolitiek voor moeder en kind door het Ministerie van Gezondheid ging de *Politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé au Burundi* (PBF) van start. Enabel heeft voor Burundi een aangepaste werkwijze bedacht met Belgische financiering via het *Projet d'Appui à la Province Sanitaire de Kirundo (2007-2010)*. De resultaten van PBF in het pilootproject waren niet zo'n groot succes.⁶³ Het ministerie besliste desalniettemin in 2010 het systeem over het hele land in te voeren.⁶⁴ Tegen eind 2012, waren 797 gezondheidsfaciliteiten onder een PBF-contract met de overheid, met als grootste sponsors de EU en de Wereldbank. Dit initiatief liet uiteindelijk een gunstige institutionele dynamiek zien. Zo zijn de prestaties en de motivatie van het personeel verbeterd, is het gebruik van de gezondheidsdiensten toegenomen, de kwaliteit van de zorg verbeterd en het zorgsysteem versterkt, beweert een jaarrapport van 2012 van de technische eenheid van het Burundese Ministerie.⁶⁵ Tijdens de tweede helft van 2015 schortte België de bijdrage aan PBF op omwille van de verkiezingsonrust.

⁶¹ De Feyter, M. (2015). *Rapport de la Mission d'expertise en Santé au Bénin et au Niger*. [Onuitgegeven intern document van de Thematische Directie, dienst sociale ontwikkeling (D2.3)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

⁶² Enabel Kampala. (2018). *Universal Health Coverage, everyone, everywhere*. [Concept note ter gelegenheid van de World Health Day 2018 Uganda voor het Seminar on Results Based Financing – a step towards Universal Health Coverage, Africana hotel, 10th April 2018, verzonden door Ambassade van België in Kampala met mail 2018/0189] Kampala: Enabel.

⁶³ De einde-termijnevaluaties van de interventies van Enabel in de gezondheidssector in Burundi, leren ons niet veel over de PBF-piloot. We hebben onze toevlucht genomen tot een publicatie van Sibomana et al. (2015) en gesprekken met de strategische dienst van Enabel. Uit: Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Eindsynthese als bijdrage aan het Kennisdocument van de gezondheidsprojecten in Burundi (2009-2017)*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

⁶⁴ Sibomana, S. & Reveillon, M. (2015). *Improving Health System Efficiency: Burundi, Performance based financing of priority health services*. Geneva: WHO Press, world Health Organisation. Geraadpleegd op 02/04/2019 via https://www.who.int/health_financing/documents/Efficiency_health_systems_Burundi/en/

⁶⁵ Deze Review lijkt beweringen weinig te onderbouwen met gedegen cijfermateriaal. Uit: Sibomana, S. & Reveillon, M. (2015). *Improving Health System Efficiency: Burundi, Performance based financing of priority*

PBF: ook veel bedenkingen. Het overzichtsartikel van Renmans en Holvoet (2016) besluit dat de hoofdspeler (de patiënten, de gezondheidswerkers en de –managers) PBF meestal positief onthalen. Wat daar de onderliggende factoren van zijn, is minder duidelijk. Daarom pleiten ze voor meer onderzoek naar de exacte mechanismen die via aanmoedigingspremies en andere extra maatregelen hun invloed laten gelden. Wel is duidelijk dat het PBF-systeem nog altijd veel discussie veroorzaakt tussen voor- en tegenstanders.⁶⁶ Elisabeth Paul et al. (2018) argumenteren dat PBF in de lijn van de Wereldbankbenadering in veel contexten niet voldoet aan de beloftes en zelfs gezondheidsdiensten en –systemen kan beschadigen. Het principe “do no harm” dat de leidraad is voor beslissingen in fragiele contexten, is dus pertinent als men zich engageert in PBF en er nadien weer uit opstapt. De meest voorkomende overweging is deze rond duurzaamheid. Niet alleen in Uganda, maar ook in andere landen rijst de vraag rond duurzaamheid.⁶⁷ Het Ugandees ministerie wil alleen maar investeren als de Wereldbank het nationaal *framework* ondersteunt gezien het gebrek aan capaciteit in het ministerie. De situatie wordt problematisch als Enabel het programma afrondt. In Burundi wijst de nationale invoering van PBF op een zekere lange-termijncoherentie maar het budget ervoor is sterk hulpafhankelijk en dus “fragiel”.⁶⁸ Idem voor Benin. Daarbovenop komt nog dat PBF in Benin geen echt *home-grown* beleid is maar een sterk donor-gedreven idee. Benin, na intensief lobbyen door de Wereldbank, accepteerde dit. Maar problemen rond duurzaamheid zijn niet noodzakelijk een effect van PBF en stellen zich bij onderbrekingen in eender welk betalingssysteem. In Benin gaat dit samen met het probleem van onduidelijke politieke keuzes.

health services. Geneva: WHO Press, world Health Organisation. Geraadpleegd op 02/04/2019 via https://www.who.int/health_financing/documents/Efficiency_health_systems_Burundi/en/

⁶⁶ Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C., G., & Criel, B. (2016) *Opening the ‘black box’ of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature*. Health Policy and Planning, 31(9), 1297–1309. Geraadpleegd op 26/03/2019 via <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>

⁶⁷ La préoccupation la plus pertinente dans le secteur de la santé est comment garantir que les résultats positifs du FBR sont durables : sans financement du système même, les acquis sont vite perdus. (uit : Consortium hera-ADE. (2015). *Evaluation ex-post de la durabilité de la coopération belge. Rapport pays Bénin*. [In opdracht van de Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE].)

⁶⁸ Vanaf 2010 is de gratis zorgverstrekking voor moeder en kind geïntegreerd in de nationale PBF. De subsidies aan de gezondheidsstructuren waren niet voldoende om de gratis zorgen te dekken. Dit leidde tot een plotse toename van patiënten, waarop de gezondheidsfaciliteiten niet waren voorbereid. Bovendien had de overheid achterstand met het betalen van de ingediende facturen. Door de verminderde bijdrage van de patiënt als resultaat van de Carte d'Assistance Maladie (CAM), ziet men een toename van de schulden aan de district-ziekenhuizen over de jaren. Het is daarom moeilijk om zich uit te spreken over de duurzaamheid van PBF zonder een uitspraak over de invoering van de gratis-zorgverstrekkingpolitiek voor moeder en kind (sinds 2006) en de *Carte d'assistance médicale* (CAM), voorloper van een ziekteverzekering.

Zal Benin geld vinden om het systeem van *Performance Based Financing*, na de verschillende testfases, in het gehele land in te voeren?

De Belgische ontwikkelingssamenwerking mag terecht fier zijn op het efficiënt en eerder goedkoop systeem van uitbetaling van aanmoedigingspremies voor gezondheidsinstellingen en gezondheidswerkers dat Enabel opgezette in Benin via **resultaatsgerichte financiering** in de 3 gezondheidszone van de departementen Mono en Couffo en de 2 gezondheidszones in het departement van Donga. Dit vergroot de kans dat Benin het systeem zelf zal kunnen handhaven en financieren. Het resultaat van PBF was vooral af te meten aan de kwaliteit van de diensten en had minder een effect op het gebruik van de gezondheidsfaciliteiten.

Na een eerste test-case (2008- 2010) in Comé, pasten de donoren in 2015 een geharmoniseerde PBF op nationale schaal toe.⁶⁹ Maar ook voor andere landen van de regio zoals Niger, Mali, Senegal en Burkina Faso leverde dit een mooi voorbeeld op.

Het betreft hier **een mengvorm van de benadering van de Wereldbank enerzijds en deze van Enabel anderzijds**⁷⁰ die de donorcoördinatie als beste praktijk naar voor heeft geschoven. Doch in de opportuniteitsanalyse ter voorbereiding van een nieuw programma, moet de Belgische ambassade vaststellen dat Benin dit systeem in 2017 (nog) niet had “geadopteerd”.⁷¹ De huidige Beninse president heeft PBF ondertussen afgevoerd.⁷²

Uit diverse projecten blijkt verder ook dat datacollectie een problematisch vraagstuk is. Dit omwille van niet-werkende informatiesystemen (Burundi),⁷³ het gebrek aan kennis om gegevens in te voeren of het lukraak invullen van gegevens omdat het nu eenmaal moet (Uganda), enz..... Dit alles leidt ertoe dat data niet altijd betrouwbaar zijn, en PBF daarom niet noodzakelijk op een correcte basis wordt uitbetaald. Men mag het probleem ook niet overdrijven. Met data die “redelijk” goed zijn, kan men ook al werken. Om de werking in kwantitatieve en kwalitatieve termen te verbeteren is het van belang dat men gegevens gebruikt op de plaats waar men ze verzamelt, in dit geval in de gezond-

⁶⁹ De Feyter, M. (2015). *Rapport de la Mission d’expertise en Santé au Bénin et au Niger*. [Onuitgegeven intern document van de Thematische Directie, dienst sociale ontwikkeling (D2.3)] Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

⁷⁰ De Wereldbank had het *Programme de renforcement de la Performance du Système de Santé au Bénin (PRPSS)* lopen en kwam tussen in 8 gezondheidszones. De Bank experimenteerde eveneens met op resultaten gebaseerd financieren (PBF). De aanpak was verschillend wat verificatie en tegen-verificatie betreft.

⁷¹ Ambassade van België in Benin (2017). *Nouveau programme de coopération Benin-Belgique : Analyse d’opportunités*. [onuitgegeven intern document] Cotonou: Ambassade van België.

⁷² Wittoek, I. (2018). *Interview met Karel Gyselinck en Stefaan van Bastelaere over de Enabel-projecten in Gezondheid in de periode 2009-2017 op 22/01/2019*. . [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

⁷³ Bureau Régionale de l’Afrique. (2017) *Stratégie de coopération de l’OMS avec le Burundi, 2016-2018*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. Geraadpleegd op 02/04/2019 via <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272368/ccs-bdi-2016-2018-fre.pdf>

heidsstructuur (een centrum, een hospitaal, enz....) zodat de supervisor behalve controlerend ook vormend kan optreden.⁷⁴

Conclusies over de Belgische PBF-interventies zijn eerder positief. Het PBF-model dat Enabel ontwikkelde zet Enabel op dusdanige wijze in dat het behalve de motivatie en prestaties van het gezondheidspersoneel ook op gerichte en beredeneerde wijze het gezondheidszorgsysteem versterkt en de gemeenschap betrekt in het bepalen van het kwaliteitsniveau. RBF was in Benin, en ook in Burundi en Uganda, positief: prestaties en motivatie van het personeel is verbeterd, het gebruik van de gezondheidsdiensten toegenomen en de kwaliteit van de zorg verbeterd. In Uganda is de koppeling aan een nationaal systeem van dekking van ziektekosten al een feit.

Duurzaamheid is wel een probleem in de gevallen waar de overheid de ingezette financiering niet zelf kan overnemen of overdragen naar een andere actor na de afronding van het project. Dit stelt een probleem in de Belgisch context waarbij er geen garantie bestaat dat een dergelijk PBF-traject voor een langere periode kan uitgerold. In die zin is het lange PBF-experiment in Benin minder positief afgelopen: Benin blijkt nog altijd niet te hebben beslist het systeem op nationaal niveau in te voeren en er dus een budget voor te zoeken.

Anderzijds is invoeren van PBF niet “onschuldig”. Omdat de Belgische aanwezigheid in de gezondheidssector voornamelijk te situeren is in fragiele contexten, is de voorzichtige opstelling met de nadruk op *do-no-harm* hier zeker op zijn plaats. Het ware eveneens nuttig om de aan een fragiele context aangepaste modellen, zoals een aparte structuur onder de vorm van een *Agence d’Achat de Performance*, of externe verificatie uitbesteed aan Ngo’s of consultancybureaus e.d., blijvend in vraag te stellen. Ook de geringe duurzaamheid die samenhangt met het financieringsmechanisme dienen we voor ogen te houden.

Budgetsteun in de gezondheidssector, een positieve onderneming maar een geval apart.

Rwanda doet het goed op vlak van gezondheidszorg. Het land was in 2015 één van de weinige landen in Sub-Sahara-Afrika dat alle *Millennium Development Goals* met betrekking tot gezondheid behaalde.⁷⁵

Het Belgisch parcours. De Belgische budgetsteun aan de Rwandese gezondheidssector ging van start in 2008 en betaalde tot en met 2018 in totaal € 65 miljoen uit in verschillende tranches. De uitbetalingen gebeurden onder de naam *Joint Health Sector Support* (JHSS) in opeenvolgende fases I, II, II bis, IIIa, IIIb en IIIc. De directe budgetsteun aan de Rwandese gezondheidszorg liep samen met projecten die tot doel hadden de toegang tot de basisgezondheidszorg in Rwanda te verbeteren, onder meer via de bouw en de renovatie van gezondheidscentra en capaciteitsversterking van instellingen en personeel. Om te zorgen voor een geharmoniseerde steun aan, en opvolging van de gezondheidssector, rekruteerde Enabel, één expert in beheer van publieke financiën en één expert

⁷⁴ Op die manier kan de beherende entiteit de verschillen tussen centra beter ingeschat. Bepaalde tussenliggende niveaus (van de lokale overheid) die de informatie verwerken vooraleer te rapporteren naar een hoger echelon, kunnen al eens de neiging hebben om bepaalde data weg te werken door ze te aggregeren, “onbelangrijk” of van “slechte kwaliteit” te noemen.

⁷⁵ Ambassade van België in Rwanda (2018). Rwanda: Does aid work? Note 5: Strong progress in health, but is it sustainable? [onuitgegeven intern document]. Kigali: Ambassade van België.

in gezondheidszorg om na te gaan of Rwanda, binnen de setting van een *Sector Wide Approach* gezondheid (SWAp) de gezamenlijk geleverde ontwikkelingsondersteuning doeltreffend en efficiënt zou gebruiken “om de MDGs te halen”. *De facto*, overstegen deze experts de door de DGD toegevoegde *watchdog*-functie m.b.t. correcte besteding van de Belgische financiering. Ze waren beiden erg actief in de verschillende sectorwerkgroepen in Rwanda.

In een sector-brede aanpak met alle actoren. De ontwikkelingspartners die de *Sector Wide Approach* of sector-brede aanpak (SWAp) introduceerden in de Rwandese gezondheidssector, ondertekenden in 2007 een *Memorandum of Understanding* (MoU). Parallel aan de *Health Sector Budget Support* (HSBS), startte in 2008 een *Capacity Development Pooled Fund* (CDPF). In 2014 was België nog de enige CDPF-donor maar Zwitserland bleef nog lid van het stuurcomité tot eind 2017.⁷⁶ De exit van bepaalde donoren uit de sector berustte op de taakverdeling die Rwanda in 2010 uitdacht en oplegde.

De HSBS en het CDPF zullen eindigen met de stopzetting van de Belgische bijdragen. De laatste Belgische betaling voor de *Sector Budget Support* gebeurde in april 2018 geformaliseerd via een *Specific Agreement* dat afloopt in oktober 2019.⁷⁷ Vanaf juli 2019 zou het nieuwe Belgische ontwikkelingsprogramma voor Rwanda beginnen. Gezondheid blijft daarin de belangrijkste sector.

Met duidelijke doelstellingen. De algemene doelstelling van de *Joint Health Sector Support* (JHSS) is om het Rwandese nationale gezondheidssysteem te verbeteren via een sector-brede aanpak (SWAp). Daarbij horen specifieke doelstellingen die teruggaan tot de opeenvolgende Rwandese gezondheidsplannen⁷⁸.

En dito financiering. Rwanda financiert strategische plannen op drie manieren: binnenlandse middelen, *on-budget support* en *off-budget support* van ontwikkelingspartners. Ter illustratie: in het fiscale jaar 2015/16 was de totale financiering voor gezondheid ongeveer 228,1 miljoen dollar. Daarvan komt 9,7% van het gezondheidsbudget van de Rwandese staat en de vierde hoogste begrotingspost. 60% is gefinancierd door externe fondsen, voor andere sectoren is dat “maar” 40% . Het grootste deel van de *on-budget*-steun kwam van het *Global Fund*, dat daarmee 70% van de totale *on-budget*-steun van de externe partners voor haar rekening neemt. Drie donoren – België (via Enabel), Duitsland (via KfW tot 2013) en Groot-Brittannië (via DFID)- verstrekten gezamenlijk sectorale begrotingssteun (SBS). Vanaf 2014 was België in de praktijk nog de enige SBS-donor.

⁷⁶ De Belgische administratieve procedures voor het CDPF zijn anders dan voor budgetsteun. In de beleidsdialoog onder de JHSS komt het CDPF niet ter sprake en al zeker niet in de sinds 2014 door België opgezette bilaterale “High Level Meeting”. België documenteerde ook niet of het CDPF nuttig was voor de vooruitgang in de gezondheidssector. Men kan aannemen dat er toch een kruisbestuiving was tussen de *Health Sector Working Group* (HSWG), met de *Health Technical Working Group Human Resources* die er onder ressorteert en eerder goed functioneert. De JHSS *public health expert* is een vast lid van deze bijeenkomsten en heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van een strategie voor *Human Resources* in de gezondheidssector en aan andere verwante beleidsdocumenten en studies.

⁷⁷ Technisch gesproken loopt het *Health Sector Strategic Plan*, HSSP III, door tot oktober 2019 wanneer het Specifiek Akkoord afloopt.

⁷⁸ Het *Health Sector Strategic Plan* HSSP II dekt de periode 2009-2012 af. Het HSSP III liep van 2012 tot 2018.

Met gestructureerde aansturing en opvolging. De Belgische budgetsteun aan de Rwandese gezondheidssector gebeurde op basis van *Specifieke Overeenkomsten* waarin de voorwaarden voor het vrijmaken van de jaarlijkse schijven staan vermeld⁷⁹. Dit dient te gebeuren op basis van een goede dialoog. De *Health Sector Working Group (HSWG)* is de plaats en het mechanisme voor de sectordialoog. Ontwikkelingspartners, de Ngo's, de organisaties van de civiele maatschappij en het Rwandees Ministerie van Gezondheid op niveau van de *Permanent Secretary*⁸⁰ ontmoeten er elkaar om het beleid en de programma's te bespreken. Enabel en de ambassade waren ook lid. Gespecialiseerde Technische Werkgroepen (TWG) die beleid en plannen voorbereiden, ondersteunen de HSWG. Zo namen de Belgische experts op actieve wijze deel aan de technische werkgroep m.b.t. *human resources*, kennisbeheer, kwaliteit en accreditatie, geestelijke gezondheid, infrastructuur en uitrusting, planning van gezondheidsfinanciering en gezondheidsinformatiesystemen. De nadruk op procedurele kwesties van de gezondheidswerkgroep maakte de discussies minder van belang voor de sectorale budgetsteun van België. Bepaalde typische budgetsteunonderwerpen besprak de HSWG niet zoals budgetallocaties en auditrapporten. Daarom negotieerden de Belgische ambassade en de "Belgische" experts Charlotte Taylor en Johannes Borg, voor de volgende fase (JHSS IIIC, vanaf 2014) een bilateraal forum tussen Rwanda en België, de *high level meeting* die in 2016 aanving. Belangrijk is ook het verplicht mechanisme van de *Joint Health Sector Review* waarbij de ontwikkelingspartners en het Rwandese Ministerie van gezondheid elkaar twee maal per jaar ontmoeten (op instructie van het Rwandese Ministerie van Financiën). Tijdens deze *reviews* rapporteert het Ministerie van Gezondheid over de prioriteiten en de verbeteracties.

Was de budgetsteun doeltreffend? Of de budgetsteun al dan niet doeltreffend en impactvol is (geweest) valt moeilijk te evalueren, omdat er geen rechtstreeks verband is tussen de input en de bereikte resultaten niet tegenstaande de dialoog met alle actoren duidelijke resultatenkaders kon overeenkomen en opvolgen.⁸¹ In de beginperiode vinden de donoren de SBS in de gezondheidssector erg belangrijk omdat de steun beantwoordde aan een duidelijke financiële behoefte om alsnog via gerichte investeringen de MDG's te halen.⁸²

Acht jaar later bevestigen de indicatoren de positieve dynamiek en kunnen we misschien toch spreken van een *informed opinion* mede gebaseerd op data van de onafhankelijke *Demographical and Health Surveys (DHS)*. De steun in de gezondheidssector was positief voor bijna alle belangrijke gezondheidsindicatoren.

⁷⁹ Het *Disbursement Report* (2013) spreekt over 5 condities: (1) Third Health Sector Strategic Plan (HSSPIII) validated and costed, (2) Annual work plan and budget for FY 2013/14, (3) Technical and financial sector report on FY 2011/12, (4) Annual Sector Audit on 2011/12, (5) General Satisfactory evaluation of the CPAF Health Indicators 2011/2012.

⁸⁰ De *Permanent Secretary* (PS) vertegenwoordigt in Engelstalige landen het hoogste gezagsniveau van een Ministerie. De Minister werkt er rechtstreeks met de administratie en dus met de PS.

⁸¹ In technische termen uitgedrukt: attributie is moeilijk omdat van zodra SBS gestort is, de gelden deel uitmaken van de begrotingsmiddelen van Rwanda en dus niet meer toe te schrijven zijn aan specifieke activiteiten en programma's. Nagaan of SBS uiteindelijk het Rwandees staatsbudget voor gezondheid heeft verhoogd is eveneens quasi-onmogelijk omdat er geen *counter factual* bestaat (wat hier betekent dat men niet (meer) kan vergelijken met een Rwanda dat dit geld voor de gezondheidssector niet heeft gekregen).

⁸² Smith, D. (2010). *Evaluation of the Quality of Results of Belgian Technical Co-operation – Rwanda Country Report*.

Ter illustratie: impact-indicatoren in het mid-term review rapport van de HSSP III (oktober 2015)

Indicators	Baseline Vision 2020	HSSPI 2005	MTR Aug 2011	MTR Aug 2015	Target mid 2015	Target mid 2018
<i>Source of information</i>	<i>2000</i>	<i>DHS 2005</i>	<i>DHS 2010 HMIS 2011</i>	<i>DHS HMIS2015</i>	<i>MDG 2015</i>	<i>HSSP III</i>
Population (NISR)	7.7	8.6	10.5	11.2	11.3	11.5
Life Expectancy (NISR)	49		55	65.7	58	68
Infant Mortality Rate/1000 DHS 2014-15	107	86	50	32	28	22
Under Five Mortality/1000 DHS 2014-15	-	152	76	50	30	42
Maternal Mortality Ratio/100.000	1,070	750	476	210	287	220
Total Fertility Rate	6.5	6.1	4.6	4.2	4.5	3.4
HIV prevalence rate 19-45 yrs	1.3	1.0	3.0	1 (RBC)	3.0	3.0

Bij bevraging van ambassade en sectorexperten blijkt de overtuiging dat de sterke investering in de beleidsdialoog, langs Belgische zijde, een positieve invloed had op de kwaliteit van het financieel beheer en de dataverwerking. In de laatste 3 jaar, is het zicht op financiële stromen in de sector met rasse schreden vooruitgegaan dankzij het in Rwanda ontwikkeld *Health Resource Tracking Tool* alle budgetten en uitgaven registreert, ook dat van alle donors en allerhande hulporganisaties. De Belgische keuze om twee experts fulltime in te zetten voor de beleidsdialoog, veel meer dan andere donors plegen te doen, behalve USAID, vindt de ambassade noodzakelijk om te kunnen wegen op de dialoog. Dit weegt meer door dan het financieel gewicht van de donor.⁸³ Het is redelijk om aan te nemen dat bij deze beïnvloeding ook de inzet van de Belgische projecten in de gezondheidssector heeft gespeeld. Maar de geraadpleegde documenten illustreren deze wisselwerking amper, op enkele zinsneden in de evaluatie van 2010 na.⁸⁴

Fragiliteit: geen nadrukkelijke overweging in de gezondheidsstrategie.

De politieke keuze van de Belgische ontwikkelingssamenwerking om vooral in landen in fragiele context te werken, stelt de donor en de uitvoerders bloot aan risico's die per definitie moeilijk voorspelbaar zijn. "Fragiele contexten" duiden voorbijgaande situaties aan in landen met zwakke publieke structuren en een overheid die de schaarse middelen bovendien inefficiënt aanwendt zodat amper voortuitgang kan geboekt in de uitbouw van een performant gezondheidszorgsysteem.

Gericht op mensen versus focussen op systemen. De projectdocumentatie toont niet dat de DGD of Enabel de consequenties voor de programma's in fragiele contexten in overweging nemen bij de

⁸³ Een vergelijking op basis van "hulp (ODA) per capita" met andere partnerlanden toont dat België het vrijgevigst was voor Rwanda.

⁸⁴ De reden daarvoor is dat de rapportering sterk is vastgeklonken aan de aparte interventies. Zie: Smith, D. (2010). *Evaluation of the Quality of Results of Belgian Technical Co-operation 2010*. Rwanda Country Report.

identificatie en formulering (DRC, Burundi, Uganda). Over het algemeen hanteren de projecten dezelfde principes en dezelfde benaderingen. *People-centered werken* is een van de antwoorden van het *State of fragility report 2018* van de OESO.⁸⁵ Het ware nuttig om na te gaan in welke mate de Belgische focus op de versterking op het gezondheidssysteem, het *people-centered werken* insluit dan wel veronachtzaamt.

De facto meer risico-aanvaarding. Er is wel een zichtbaar verschil in de manier waarop interventies zich vertalen naar resultaten, de rol die de ondersteunde overheid opneemt (zie: *It takes two to tango*) en de politieke standpunten van België inzake de wenselijkheid van verder financieel engagement wat resulteert in tijdelijk opschorten of herdenken van de programma's. Zo zijn de projecten in Benin globaal genomen doeltreffender en efficiënter dan deze in DRC en Burundi (zie bijlage 1) waar België de gouvernementele samenwerking geregeld onderbrak. Door te concentreren op landen in fragiele situaties, lijkt dit België naar een grote risico-aanvaarding te duwen. Andere EU-donoren in de DRC vinden ons naïef in de manier waarop we er in de gezondheidssector met de centrale overheid proberen werken (in de DRC). Men accepteert tijdens de uitvoering dat interventies "resultaten kunnen uitstellen" naar volgende programma-cycli omdat ze de doelstellingen niet behalen. Een rollende programmering over een lange termijn zou aanzetten tot realistischere planning. Recent ontwikkelde de DGD (D5) een tool (FRAME) voor risicoanalyse. Dit instrument zegt niet welk niveau van risico acceptabel is. Een vertaling van dit instrument naar de verschillende sectoren en landen dringt zich dan ook op.⁸⁶

Enige vaststellingen die we bij elkaar sprokkelde en een de facto aanpassing inhouden aan een fragiele context. In de DRC stopte, naar aanleiding van diplomatieke crisissen, de gouvernementele samenwerking meerdere malen en namen Belgische gezondheids-Ngo's ze over. Op deze wijze "blijft" België toch geëngageerd, een belangrijk principe bij het werken in fragiele staten. Hier dient evenwel opgemerkt dat dit niet het resultaat is van een weloverwogen strategie maar van voluntaristische initiatieven op het terrein. Het gespendeerde volume van alle Ngo's samen, is in de DRC nog altijd hoger dan dat van de gouvernementele samenwerking. Een dergelijk sterke aanwezigheid van Ngo's is typisch voor een onder-gereguleerde omgeving en kan de versterking van overheidsstructuren op termijn ook tegenwerken.⁸⁷ Wat de EU betreft zien we een soortgelijke, doch duidelijk strategische keuze in de programma's van het 11^{de} EOF. De EU koos expliciet om maar met een klein bedrag het centrale en intermediaire niveau te steunen en vooral op het lokale te focussen. De conclusie was: eerst het lokale niveau opnieuw versterken. De Belgische met meer aandacht voor het centrale niveau, vinden de andere donoren, in de context van de DRC, wat naïef.⁸⁸

⁸⁵ OECD (2018). *States of Fragility 2018*. Paris: OECD Publishing. Geraadpleegd op 20/11/2018 via <https://doi.org/10.1787/9789264302075-en>.

⁸⁶ Vervisch, T., Leclercq, S., Matagne, G., Martini, J. & Klimis, E. (2016). *Guidance on Fragility*. [Beleidsondersteunend onderzoek ACROPOLIS op vraag van de Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.]

⁸⁷ Vervisch, T., Leclercq, S., Matagne, G., Martini, J. & Klimis, E. (2016). *Guidance on Fragility*. [Beleidsondersteunend onderzoek ACROPOLIS op vraag van de Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.]

⁸⁸ Bij navraag, vertelde E. Vanbeveren dat hier allicht de oprichting van de *cellule d'appui à la gestion* op het niveau van het Ministerie wordt bedoeld. België richtte de eenheid op in Ministerie van Gezondheid met het

Er blijkt onder de meeste Belgische actoren een duidelijke eenheid van visie m.b.t. systeemversterking van de gezondheidszorg te bestaan, deels te verklaren doordat dezelfde technische experts zowel voor Enabel, als voor bepaalde Ngo's of voor de EU werk(t)en. Hoewel de Ngo's de gouvernementele samenwerking overnamen, doen ze niet *per se* hetzelfde. We stellen een *de facto* taakverdeling vast: de gouvernementele samenwerking werkt samen met het ministerie, de Ngo's eerder in de periferie en het intermediaire niveau van het gezondheidszorgsysteem. Dit wil niet zeggen dat de er geen ambitie is om een aantal boodschappen naar het centrale gezag toe te brengen. Memisa, de grootste Belgische gezondheids-Ngo, doet dit via haar lokale partner.

Improving the capacity of the State and strengthening the capacity of the society in DRC via Ngo's?

De belangrijkste lokale partner van Memisa in de DRC is op dit moment Caritas Development die wel de legitimiteit heeft om met de overheid te interageren vermits een groot aantal van de zone-ziekenhuizen katholieke ziekenhuizen zijn die op basis van een conventie met de staat samenwerken. In de gezondheidszones is Caritas aanwezig via de *bureaux diocésane d'œuvres médicales* (BDOM) die op 3 plaatsen de directe partner zijn van Memisa voor de uitvoering van het programma (in Kisantu, Bunia en Popokabaka).

Met een donorengagement in fragiele contexten zonder duidelijke risicoanalyse, zit men wat corruptie betreft relatief veilig omdat de gezondheidssector er het minste last van zou hebben. Anderzijds, is corruptie er ook veel "erger", daar ze leven-of-dood rechtstreeks in handen heeft.⁸⁹

Sommige werkwijzen paste Enabel wel aan de context aan. *Performance Based Finance* in de DRC werkt via aparte structuren die de premies uitbetalen. Anderzijds is PBF niet "onschuldig": de aparte structuur onder de vorm van een *Agence d'Achat de Performance*, of externe verificatie uitbesteed aan Ngo's of consultancybureaus dient men daarom blijvend in vraag te stellen. Deze agentschappen kunnen na verloop van tijd de status krijgen van een staat-in-de-staat.

Omdat de functies van de centrale overheid in de DRC afbrokkelen, organiseren de Belgische projecten dekking tegen te hoogoplopende ziektekosten via een gesubsidieerde forfaitaire tarifiering op het niveau van de gezondheidsstructuren. Dit is een manier om een solidariteitsmechanisme in te voeren maar dan wel op de beperkte schaal, m.n. onder de gebruikers van een bepaalde gezondheidsstructuur.

oog op een integratie in de DAF (structuur die in elk Congolees Ministerie bestaat en de financiën dient te overzien (een soort B&B). De donoren waren niet overtuigd en blijven hun eigen parallelle financieringskanalen opzetten.

⁸⁹ However, relative to other government services, the health sector usually is perceived as one of the less corrupt. In Transparency International's Global Corruption barometer: People and Corruption, Africa Survey 2015, public health services were reported to have the least levels of reported corruption amongst government services assessed. The challenge is that even low levels of corruption, integrity and low public confidence are devastating in health, given the 'life or death' nature of the service. In addition, there are few assessments that have focused on corruption in the non-public sector, which is quite significant in many countries. Anecdotal evidence suggests this is also a major problem, particularly in relation to how priorities are selected and funded. Zie: (2018). *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. WHO Regional Office for Africa. p. 69.

In Rwanda geeft België sectorale budgetsteun maar het is de uitdrukkelijke keuze om dat niet te doen in de DRC vanwege de te zwakke overheidsstructuren.

Conclusies.

De **gouvernementele samenwerking in de gezondheidssector is in haar geheel doeltreffend**. Ze opereert in een context van geleidelijk verbeterende gezondheidsindicatoren in de ondersteunde landen. De lectuur van de gezondheidsprojecten in de vijf gekozen landen (2009-2017) over het effect op de respectieve gezondheidssystemen, leert ons dat in actiegebieden van de projecten een verbetering van het doorverwijzingssysteem teweeg bracht en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de bevolking relatief verbeterde. Doch de evaluaties hebben “toegang” tot het gezondheidssysteem niet als vergelijkbare overkoepelende indicator opgevolgd over de periode 2009-2017 zodat stellige uitspraken moeilijk zijn.

Zelfs met een relatief bescheiden budget, ontbreekt het België/Enabel niet aan **ambitie**. De sterke focus op en vasthoudendheid aan de versterking van het gezondheidszorgsysteem, vertaalde Enabel naar het model van *dubbele verankering van interventies* wat een functioneel model is voor de gezondheidssector, het gebruik van een door hen aangepast model van *Performance Based Financing* en de pertinente bijdrage aan de beleidsdialoog via sectorale budgetsteun.

België levert een **grote inspanning om zich af te stemmen op het beleid van de overheid** en leunt daarbij ook sterk op de aangeprezen praktijken en het mandaat van de WHO, de expertise van de Belgische onderzoeksinstituten en de strategische eenheid binnen Enabel-Brussel. Afhankelijkheid van het overheidsbeleid van het ondersteunde land neemt daardoor sterk toe en maakt de gouvernementele samenwerking kwetsbaar voor politieke beslissingen en de sterkte of zwakte van het beleid van het ondersteunde land. Deze afhankelijkheid is des te sterker door de optie om te werken via pilootprojecten die bij succesvolle afloop op veralgemeende toepassing rekenen door de ondersteunde overheid. De duurzaamheid van de geleverde inspanningen staat daardoor altijd sterk onder druk. Sommige praktijkmensen stellen deze aanpak voor de DRC zelfs in vraag.

De **beleids- en politieke dialoog dient daarom des te meer een faciliterende rol te spelen**. Dit was duidelijk het geval voor de sectorale budgetsteun in Rwanda. In het algemeen is de dialoog min of meer gedocumenteerd voor wat Enabel betreft, gelinkt aan de individuele interventies, maar niet zo voor de DGD.

De DGD heeft zich **slecht uitgerust om de daadwerkelijke focus op systeemversterking te ondersteunen en op te volgen**. Er is er geen strategische planning per partnerland die de periode van de programmering overstijgt. Geleerde lessen over bereikte resultaten worden niet systematisch gerubriceerd. De strategie gezondheid reflecteert geen context-gerelateerde informatie (fragiliteit). Juist omdat er een duidelijke focus op systeemversterking bestaat, zou het opvolgingssysteem zoals het *More-results* systeem van Enabel zich sectorspecifiek moeten vertalen naar belangrijke gezondheidsindicatoren, die de Belgische ontwikkelingssamenwerking over alle projecten heen zou dienen op te volgen.

Het was vooral in de fragiele contexten moeilijk om over de gouvernementele samenwerking te spreken zonder het te hebben over de niet-gouvernementele actoren of de EU: omdat er enerzijds veel research en vorming door NGA's plaats vindt en er anderzijds op het terrein een grote permea-

biliteit te observeren valt tussen de EU, de Belgische gouvernementele en niet-gouvernementele activiteiten. Maar dit zien we niet vertaald in de administratieve documenten van de DGD.

Bij het onderzoek naar resultaten in de gouvernementele samenwerking en in het licht van een duidelijke ambitie in de gezondheidssector met focus op systeemversterking, voelt vooral de afwezigheid van een lange-termijnvisie in de partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector, gebaseerd op de ervaringen van België (of andere donoren) uit voorbije periodes, als een grote lacune.

De doeltreffendheid van de niet-gouvernementele actoren beoordelen.⁹⁰

Voor de niet-gouvernementele samenwerking stelden we al gauw vast dat veralgemenende uitspraken over bereikte resultaten niet mogelijk zijn. We beperkten ons daarom tot het bevragen van enkele groter actoren. De eerste vraag waarop we in dit hoofdstuk antwoorden is dan: “Gaan we met de NGA’s op een zodanige manier om dat we redelijkerwijs mogen aannemen dat België bijdraagt aan betere resultaten op het terrein? De tweede vraag luidt dan: En wat leren we hiermee over de DGD?”

Het Kennisdocument bespreekt in detail twee grote organisaties die over de voorbije 9 jaar de meeste fondsen mochten ontvangen: ITG-IMT en Memisa. Bronnen van informatie zijn de gegevens die de NGA verstrekt via de programmadocumentatie, missierapporten van de administratie, evaluaties van S4, verslagen van de door de administratie georganiseerde dialogen, interne evaluaties van de NGA’s indien ter beschikking gesteld, en hun respectieve websites en jaarrapporten. Het Kennisdocument gebruikte ook materiaal dat via interview en mail-uitwisseling ter beschikking kwam.

De Belgische niet-gouvernementele actoren in de gezondheidssector, wie zijn dat?

De administratie deelt de Belgische NGA’s in bij de organisaties van de civiele maatschappij, een divers gezelschap van 74 Ngo’s, syndicaten, organisaties van de diaspora, de organisaties die voortkomen uit Kerken zoals Caritas, *Commission Justice et Paix*, *Rotary Club*, Advocaten zonder Grenzen,... De institutionele actoren zijn een tweede groep van 9 actoren en betreffen de koepels van academische instellingen (VLIR en ARES), de verenigingen voor vorming in het buitenland (APEFE en VVOB), de vertegenwoordigers van de steden en gemeenten (UVCW, BRULOCALIS et VVSG), een organisatie met focus op cultuur (Africalia) en het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen (ITG-IMT).

Gezondheidsactiviteiten gespreid over alle continenten maar vooral aandacht voor Afrika en de DRC. Voor de start van de screening in 2016 werkten zo’n 30-tal NGA’s in de gezondheidssector. Tussen 2009 en 2017 ging 80% van de subsidies voor de gezondheidssector naar 23 landen. Gerangschikt volgens de hoogte van de financiering, van hoog naar laag, gaat het over DRC, Burundi, Mozambique, Zuid-Afrika, Kenya, India, Benin, Bangladesh, Vietnam, Cuba, Rwanda, Peru,

⁹⁰ We spreken over NGA’s als we de institutionele actoren én de niet-gouvernementele organisaties bedoelen. Institutionele actoren zijn: koepels van academische instellingen, verenigingen voor vorming in het buitenland, vertegenwoordigers van steden en gemeenten, een organisatie met focus op cultuur en het ITG-IMT. Ze krijgen hun programma’s voor 100% gesubsidieerd. De Ngo’s krijgen cofinanciering: 20% dient van eigen middelen te komen. De andere 80% van de financiering zijn overheidssubsidies toegekend door de DGD op basis van een ingediende programma.

Cambodja, Mali, Bolivië, Niger, Malawi, Guinea, Uganda, Tanzania, Palestina, Haiti en Nepal. 1/3 van alle officiële ontwikkelingshulp (ODA) die België naae de niet-gouvernementele actoren kanaliseerde, ging naar de DRC. Memisa is één van deze Ngo's die zowel in DRC als in Burundi en Benin actief is. Werken in fragiele staten is daarmee ook voor de NGA's een belangrijk vraagstuk, doch in geen geval zo'n kenmerkende eigenschap als voor de gouvernementele samenwerking.

Geen dwang over actiedomeinen, thema's en aanpak. Aan de strategienota's die de DGD oplegt aan de gouvernementele samenwerking, moeten de NGA's zich niet houden. In de praktijk zijn er toch een aantal gerichte of toevallige financierings-, coördinatie- en rekruteringsmechanismen die leiden tot de redelijk coherente portefeuille van Belgische activiteiten op het terrein in de gezondheidssector van ontwikkelingslanden.

Een federerend multi-actoren platform waar andere donorlanden jaloers op zijn. De Belgische NGA's die actief zijn in gezondheid zijn ook lid van *Be-cause Health*, het Belgisch overlegplatform voor gezondheid in ontwikkelingslanden. Het Tropisch Instituut doet het secretariaat en is actief lid. De DGD is er observator. *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. *Be-cause Health* bereikt ongeveer 400 personen verbonden aan een 50-tal organisaties en instellingen. Doel: het versterken van de rol en de doeltreffendheid van de actoren van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in het wereldwijd toegankelijk maken van kwalitatieve gezondheidszorg via overleg, coördinatie en organisatie van gezamenlijke activiteiten. *Be-cause Health* wil een brug bouwen tussen de academische wereld, Ngo's, overheden en actoren op het terrein. Het netwerk beoogt, als belangrijkste resultaat van haar werking, een effectieve bijdrage aan het Belgische beleid op vlak van internationale gezondheid. Het platform gaat prat op een betere uitwisseling en doorstroming van technische en wetenschappelijke kennis en ziet een gevoelige vooruitgang op vlak van complementariteit, synergie en samenwerking. Tenslotte zegt het platform zo een beter antwoord te kunnen geven op de noden geïdentificeerd door de actoren in het Zuiden.

Specificiteit van elke NGA maar de focus op versterking van het gezondheidszorgsysteem is in de meeste gevallen een punt van convergentie. Een cartografie van de Belgische NGA's werkzaam in de gezondheidssector laat een aantal specifieke interesses zien bij de NGA's. Onderstaand schema rangschikt van groot naar klein 10 Belgische NGA's die via cofinanciering van de DGD aanzienlijke subsidies voor activiteiten in de gezondheidssector ontvingen. Een aantal grote Ngo's zoals Memisa en Artsen zonder vakantie, zetten in op systeemversterking in de gezondheidssector, erg gelijkend op de aanpak van de gouvernementele samenwerking. Vanuit een gedeelde visie rond systeemversterking zien we dat veel van de NGA's met vorming of capaciteitsversterking bezig zijn. Voor APEFE is dit zelfs de kern van het programma. Het Rode Kruis en Handicap International geven preventie een belangrijke plaats. Damiaanactie en Artsen zonder Grenzen focussen op welbepaalde ziektes hoewel ook zij aangeven dat de versterking van het gezondheidszorgsysteem hun ultieme doel is.

De DGD gul ten aanzien van de Belgische niet-gouvernementele actoren.

De Belgische ontwikkelingssamenwerking kanaliseert 29% van de hulp via de NGA's. In vergelijking met een Europees gemiddelde van 18%,⁹¹ blijkt de Belgische niet-gouvernementele samenwerking goed bedeed. Financiering gebeurt op twee verschillende manieren: enerzijds op basis van het zogenaamde initiatiefrecht waarbij de organisaties hun objectieven in alle autonomie definiëren (D3) en anderzijds als dienstverleners, ingaand op *calls for proposals* beheerd door andere directies (D2, D5). De directie Humanitaire -en Transitiehulp (D5) subsidieert trouwens een aantal Belgische Ngo's voor humanitaire dienstverlening. Ngo's die subsidies wensen op basis van hun initiatiefrecht, kunnen programmavoorstellen indienen bij D3. Indien de administratie de programmavoorstellen goedkeurt, ontvangen de Ngo's 80% cofinanciering en passen ze zelf 20% uit eigen middelen bij. De andere NGA's, de zogenaamde institutionele actoren waartoe het Antwerps Tropische instituut of APEFE behoren, kunnen 100% financiering krijgen(zie verder).

België verspreidt de financiering voor gezondheidsdoelstellingen in de periode 2009-2017 over een 30-tal NGA's, wat leidt tot kleine bedragen per programma. IMT springt er in de toptienlijst uit als grootste ontvanger. Met andere sectoren dan gezondheid erbij, ontvangt VLIR-UOS de meeste subsidies. De financiering betreft alleen Belgische NGA's. De Belgische ontwikkelingssamenwerking voorziet geen rechtstreekse ondersteuning meer van lokale Ngo's (in ontwikkelingslanden), een aantal kleinere financieringen voor vredesopbouw, buiten beschouwing gelaten.

⁹¹ Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf> p.36 Het cijfer betreft de periode 2012-2016.

**Top 10 van NGA's die Belgische cofinanciering ontvingen (in miljoen euro) over de periode 2009-2017.
Korte synthese over de focus van de door de DGD gefinancierde activiteiten.**

	<i>in miljoen euro</i>
ITM Institute for Tropical Medicine ANTWERPEN – ANVERS	107,6
Wetenschappelijke vooruitgang in de tropische geneeskunde en volksgezondheid. Fundamenteel, translationeel en toegepast wetenschappelijk onderzoek; gevorderde opleidingen en training; medische, wetenschappelijke en maatschappelijke dienstverlening.	
Ngo Fondation Damien, Association de Lutte contre la Lèpre – FONDAM	45,3
China, Indië , Bangladesh, Burundi, DRC, Mozambique, Niger, Nigeria. Detectie en behandeling van 3 ziekten (lepra, tbc en Leishmaniose) en andere vergeten ziekte gelieerd aan armoede., al dan niet via bestaande gezondheidscentra..	
Ngo Médecins Sans Frontières - Section belge - MSF/AZG	36,9
Voornamelijk Afrika, HIV-zorg via bestaande gezondheidsstructuren.	
Ngo Memisa België (Medische Missie samenwerking) – Memisa	33,3
Actief in DRC, Burundi en Benin, Mauritanië en Indië. Memisa ondersteunt het gezondheidszorgsysteem op perifeer en intermediair niveau. Beoogt toegang tot gezondheidszorgen en beïnvloeding van het gezondheidsbeleid met lokale partners van civiele maatschappij.	
VLIR-UOS - Vlaamse Interuniversitaire Raad - Flemish Interuniversity Council	15,7
Alle continenten. Research en vorming. Research betreft zowel behandelings-, epidemiologische - als medicatievraagstukken.	
Ngo Handicap International Belgium	16,6
Vooraf Azië, ook Burundi en DRC. Focus op preventie van handicaps, autonomie bevorderen en vorming van professionele krachten.	
Ngo Rode Kruis-Vlaanderen Internationaal	14,3
Burundi, DRC, Rwanda, Mozambique, Namibia, Uganda, India, Nepal. Ondersteuning van lokale Rode Kruis-structuren en hun vrijwilligers. Vooral aandacht voor preventie via water- en afvalbeheer, zowel via aanleg van installaties als via sensibilisatie rond hygiëne. Ook aandacht voor eerste hulp en in sommige landen voor verkeersveiligheid. Vorming van lokale vrijwilligers en de ondersteunende organisatie.	
APEFE - Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger	15,1
Vooraf actief in Afrika en Azië: Benin, Burundi, DRC, Rwanda, Boliviaë, Haïti. Ook Palestina. Vorming paramedici: verplegers, kinesitherapeuten, vroedvrouwen. Institutionele aspecten van vorming ook op ministerieel regelgevend en omkaderend niveau: beschikbaarheid van goed opgeleid personeel, aanwezigheid van infrastructuur, pedagogische en didactische basis, permanent leren. Aandacht voor specifieke onderwerpen zoals bloedtransfusie, aangeboren afwijkingen, HIV-AIDS,...	
Ngo Médecins du Monde - DW/MMonde	15,5
Voornamelijk Afrika, autonomie van structuren bevorderen, kwaliteit van de zorgen, materiaal en infrastructuur, vorming van personeel, seksuele en reproductieve zorgen	
Ngo Louvain Coopération (ex. Louvain Développement)	13,9
Alle continenten: versterking van het gezondheidszorgsysteem op het perifere niveau en opzetten en begeleiden van mutualiteiten. De Ngo hanteert daarbij een geïntegreerde aanpak gericht op de kwaliteit en de beschikbaarheid van gezondheidszorgen en ook de toegang tot deze zorgen.	

Wat wil de DGD van de NGA's om goede resultaten voor gezondheid te halen?

Wat de DGD beoogt met het ondersteunen van NGA's was het vertrekpunt van een recent opgestelde Theory of Change.⁹² De 4 strategische objectieven opgenomen in het budget van de Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken zijn : (1) capaciteit van de civiele maatschappij bevorderen om haar rechten te kunnen opeisen en uitoefenen zoals gedefinieerd in de SDG's . (2) Versterking van het engagement van de bevolking ten gunste van een duurzame, globale ontwikkeling gebaseerd op rechten. (3) Het versterken van wetenschappelijk onderzoek en academisch werk en steun voor vormingsactiviteiten. (4) Bijdragen aan de toegang tot wetenschappelijk, academische en technologische vooruitgang. De DGD/D3 schrijft dat het in de uitvoering van haar activiteiten een op rechten gebaseerde aanpak hanteert t.a.v. zowel de *rights holders* als de *duty bearers*.

Een begin van strategische visie op de ondersteuning van de civiele maatschappij. D3 heeft naar aanleiding van evaluaties en de *Peer Reviews* van het *Development Aid Committee* (DAC) al meerdere malen de vraag gekregen om een strategische visie over steun van de civiele maatschappij te ontwikkelen. Deze kreeg in 2018 vorm in een *theory of Change* over de niet-gouvernementele samenwerking vertrekkende van twee vragen: (1) waarop kan de directie invloed uitoefenen en (2) wat zijn daarbij de onderliggende hypothesen. "De Belgische ontwikkelingssamenwerking beoogt een georganiseerde civiele maatschappij, zowel in België als in de ontwikkelingslanden, die zich een globale, inclusieve en duurzame ontwikkeling (SDGs) tot doel stelt." De DGD/D3 kiest ervoor om met een diverse groep van actoren in de samenleving te werken. Zowel de civiele maatschappij als de overheid en privésector moeten een rol kunnen spelen in wat een *whole- of-society*-benadering heet.

Partnerschappen ontwikkelen. Welke partnerschappen? De Directie D3 heeft de subsidiëring van de NGA's als opdracht en de kern van haar werk is de ontwikkeling van partnerschappen. D3 noemt de NGA's daarom consequent "partners". In een zekere zin is dit een problematische terminologie omdat ze niet toelaat op een precieze manier te spreken over de verschillende partnerschappen waarvan sprake is in de (administratieve) documenten over de rol van de Belgische NGA's .

Zo erkent de Belgische ontwikkelingssamenwerking de expertise van haar actoren om onafhankelijke, sterke, flexibele en veerkrachtige partnerschappen te smeden met gelijken in de landen in het Zuiden. Werken via lokale partners is trouwens een verplichting voor de NGA's. Er zijn *ad hoc* contacten met lokale partners, door medewerkers op ambassade, met de administratie tijdens terreinbezoek of om andere uiteenlopende redenen. Sommige overlegmomenten van de GSK's brengen de lokale partners soms ook rond de tafel.

⁹² Hoewel het Kennisdocument zich wil uitspreken over de periode 2009 -2017 en D3 maar met de *Theory of Change* (ToC) in 2018 startte, gebruiken we toch de ToC voor het trekken van de lessen over de rol van de DGD t.a.v. de NGA's. De "theorie" berust namelijk op een traditie van omgang met de NGA's die overleefd is kunnen blijven, ondanks de achtereenvolgende hervormingen. Een goed voorbeeld daarvan is het initiatiefrecht. In de top 10- lijst van organisaties die in de gezondheidssector werken, verschijnen alleen de Ngo's die in 2016 een accreditatie kregen, op Artsen zonder Grenzen na, dat er zelf voor koos om zonder DGD-financiering te werken.

Een Hub-Santé in de DRC, een interessant partnerschap in wording.

Sinds 2017 na de start van de gemeenschappelijke strategische kaders (GSKs) die de DGD in 2016 invoerde, hebben Belgische actoren van de gezondheidssector in de **DRC een *hub-santé*** opgezet, ondersteund door een animator en met een gemeenschappelijk bureau (zonder Damiaanactie dat een bureau vlakbij heeft). De 5 stichtende leden zijn : Memisa, *Médecins sans Vacances*, *Médecins du Monde*, *Via Salud* en Damiaanactie. Het informeel platform van de *Hub* telt nu, anno 2019, al 15 leden zoals de Congolese partners en Enabel. Doel is informatie uit te wisselen over bestaande opportuniteiten, om elkaars capaciteiten, ervaring en praktijk te versterken en te kunnen aanwenden.

Be-cause Health wil de dynamiek rond de strategische as gezondheid van de GSK in de DRC gebruiken om de lokale partners van de Ngo's meer op de voorgrond te laten treden. Impliciet is dit een kritiek op het dispositief van de GSK's dat een te Belgische aangelegenheid is. *Be-cause Health* plant een seminarie in de loop van 2019-2022 in de DRC met de leden van het platform.

Tot de partnerschappen behoren ook de formele samenwerkingsovereenkomsten onder Belgische Ngo's. Zo sloot Memisa een overeenkomst af met Damiaanactie voor 9 convergentiezones in de DRC met de bedoeling om er zowel operationele, logistieke als financiële informatie uit te wisselen als er samen te werken in de contacten naar de hogere niveaus van het gezondheidszorgsysteem.

**De waarde van partnerschappen door een specifieke bril:
zijn de DGD en de Damiaanactie partners in hun kritiek op de werking van het *Global Fund*.**

Blijkt dat Damiaanactie door een duidelijk focus op tuberculose een interessante, doch onderbenutte bron van informatie en expertise is over het functioneren van het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria* (GFATM). In het tekstdeel over het *Global Fund*, tonen we aan dat de DGD geen formeel gebruik maakt van de specifieke expertise van de Ngo's.⁹³ In die zin speelt de DGD de wederkerigheid van de partnerrelatie niet uit. We hebben het hier niet over het ITG-IMT die als academische instelling juist omwille van de productie van ontwikkelingsrelevante expertise, financiering krijgt.

⁹³ Men zou kunnen argumenteren dat *Be-cause Health* daartoe het forum is. Doch hier is de DGD maar aanwezig als observator en is het forum dus in eerste instantie een plek die ten dienste staat van de actoren die er lid van zijn.

Wie is AMCES?

Een lokale partner met een apart verhaal.

Best een interessante lokale partner. Bleek dat al sinds 2009 « België » in de overzichten van het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria* (GFATM) in de lijst verscheen van leden van het *Country Coordinating Mechanism* (CCM) te Benin. Bij nader onderzoek blijkt het om AMCES te gaan, een lokale Ngo die van de Belgische Ngo Memisa ondersteuning krijgt.⁹⁴ Deze rol is niet minnetjes zeker als men weet dat zitting hebben in het CCM een voor de hand liggende manier is om activiteiten van het *Global Fund* in Benin te beïnvloeden. Het CCM werkt de projecten uit en presenteert ze aan het *Global Fund* in een constellatie van 1/3 leden van de nationale autoriteiten, 1/3 maatschappelijk middenveld en 1/3 donoren. Het duidt de hoofdontvanger van de fondsen aan, keurt eventuele veranderingen aan het programma goed en superviseert de aanvragen tot verlenging. Bovendien heeft het CCM ook tot taak om de coherentie te bewaken tussen de door het *Global Fund* gesubsidieerde activiteiten en de andere gezondheidsprogramma's, zowel de nationale als de extern gefinancierde. AMCES is in Benin een koepelorganisatie van verschillende ziekenhuizen van privé-, confessionele of sociale signatuur die werken op basis van een conventie met de staat en is partnerorganisatie van Memisa in Benin voor steun aan het gezondheidssysteem in 4 provincies.

Hoe gaat de DGD om met de niet-gouvernementele actoren?

Om de doelstelling “een georganiseerde en SDG's-geëngageerde civiele maatschappij” te bereiken, zette de DGD/D3 een aantal mechanismen op die ze in 3 stappen opdeelt: (1) selectie van de partnerorganisaties door *screening* en accreditatie (2) financiering op basis van respect voor initiatiefrecht en aandacht voor gecoördineerde actie in de ontwikkelingslanden en (3) opvolging en evaluatie.

De DGD kiest de NGA's waarmee ze wil samenwerken: screening en accreditatie. In 2016 verrichtte op vraag van Minister A. De Croo, een extern bureau een *screening* van de Belgische Ngo's. De gebruikte criteria: transparantie van de organisatie, capaciteit van financieel-, personeels-, proces- en resultaatsbeheer. De *screening* bekeek ook of de organisatie strategisch werkt, partnerschappen goed beheert en of gender en leefmilieu voldoende aandacht krijgt. Bij een positieve uitkomst, verwierf de Ngo het recht op een 5-jarige programmafinanciering (van 2017 tot 2021). Twintig Ngo's haalden de *screening* niet. Het was een pijnlijk proces, voor zowel Ngo's als administratie, met veel tegenwerping van verschillende zijden, vooral omwille van de gebruikte criteria die weinig met ontwikkelingsdoeltreffendheid hadden te maken. Een nieuwe accreditatieronde start eind 2019. De accreditatie wordt voor 10 jaar toegekend.

⁹⁴ In het Rapport Narratif Programme Memisa-DGD-Benin 2015 staat: « La contribution au fonctionnement et aux salaires du personnel clé de l'AMCES a permis à l'AMCES d'assister à plus de 80% des réunions et ateliers organisés par le Ministère de la santé où elle était invitée. AMCES est membre du Conseil National de Coordination et Orientation des Interventions financée par le Fonds Mondial pour la lutte contre les maladies de Sida, Tuberculose et Paludisme. AMCES y joue le rôle de veille citoyenne au niveau de conseil. AMCES est impliqué dans les évaluations de la qualité au niveau des hôpitaux publics. »

Certificering is vrijwillig en beoogt de beoordeling van het M&E-systeem van de NGA. De werkwijze die het adviesbureau daarvoor onder begeleiding van de Dienst van de Speciale Evaluator uitwerkte, is geen audit maar een *assessment*. Het neemt de vorm aan van een leerproces dat start met een zelf-evaluatie en een aantal aanbevelingen die organisatie naar een verbeterplan leiden. De *assessment* gaat na of de actoren *Fit for Purpose* zijn en richt zich op de kwaliteit, resultaten en lange-termijneffecten van de interventies. Gecertificeerde NGA's die in de gezondheidssector werken zijn *Louvain Coopération* (score: eerder sterk, certificaat afgeleverd), *Médecins sans Vacances* (score eerder sterk, certificaat afgeleverd), *ULB-Coopération* (samensmelting in 2014 van de 3 Ngo's CEMUBAC, CLCD, CEDIF, score: sterk, certificaat afgeleverd). Omdat Memisa het proces van de certificering nog niet doorliep, kunnen we onze bevindingen niet cross-checken met de eigen vaststellingen.

De uitrol van de hervorming van 2016 is bezig en het is dus nog wachten op de eindevaluaties van de lopende programma's zoals de hervorming ze heeft gewild, om te oordelen of de DGD daarmee informatie in handen krijgt over ontwikkelingsresultaten voor de ultieme doelgroepen en niet alleen over het gedrag van de NGA's zelf en hun lokale partners.

De DGD/D3 wil de Ngo's helpen zich verder te ontplooien. Voor de DGD/D3 vormen vooral de reeks van formele dialogen met de Ngo's een moment van krachtige sturing (*pilotage vigoureux*⁹⁵). Andere vormen van interactie met de Ngo's zijn: (1) de instelling van een prestatie-meetsysteem dat van start ging met de nieuwe programma-cyclus (2017-2021),⁹⁶ (2) de eis om een midden- en eindevaluatie uit te voeren en de resultaten ervan te publiceren op de website van de betrokken organisatie, waarbij de DGD/D3 suggesties kan maken voor de *Terms of Reference* van de evaluatie, (3) een rapportering via het *International Aid Transparency Initiative* die vooral een financiële rapportage is, maar ook gegevens wil over de locatie en de lokaal begunstigde partners.

⁹⁵ De DGD/D3 heeft over 'un système de dialogue renforcé a été mis en place, permettant un pilotage vigoureux de l'ensemble » met 3 types van op elkaar inspelende dialogen : « (1) **Dialogue « secteur »** : dialogue entre la DGD et les acteurs représentants des secteurs. À l'agenda des discussions se trouvent notamment l'application de l'Arrête royal ainsi que les points de vue politiques (NGSOC); (2) **Dialogue « organisation »** : **dialogue institutionnel** avec les organisations en Belgique ; (3) **Dialogue « pays » stratégique**: dialogue entre l'administration centrale ou son représentant en ambassade et les acteurs de terrain sur les cibles stratégiques du programme, l'évolution de synergies et complémentarités.

⁹⁶ Ook aangeduid als "morele verantwoording". Het **meetsysteem bevat 7 criteria** met één of meerdere subvragen (in totaal 12). Deze criteria zijn gebaseerd op de **OESO-DAC criteria (efficiëntie, doeltreffendheid, relevantie, potentiële duurzaamheid)**, aangevuld met de criteria gender, milieu en bijdrage aan het Gemeenschappelijk Strategisch Kader. Deze criteria gelden zowel voor Zuid-interventies als interventies in België. Alleen het criterium duurzaamheid vult het meetsysteem verschillend in. De NGA beoordeelt zichzelf **jaarlijks** op elk van de vragen, volgens een **vierpuntenschaal**. Voor de narratieve toelichting bij de scores, geldt de logica van *exception reporting*. Met een "C"- of "D"-score dient de organisatie een toelichting te geven aan de administratie waaruit de oorzaak van het probleem en de getroffen corrigerende maatregelen blijken (KB art. 45 § 1). Bij score "A" en "B" is toelichting niet vereist, maar kan de NGA ze op eigen initiatief toevoegen. Alle scores zijn gebaseerd op een **zelfinschatting** van de actor.

Andere kennisbronnen die de interactie met de Ngo's kunnen voeden, zijn de verbeterplannen van de eerder vermelde certificeringen, en enkele impactevaluaties van S4.⁹⁷ Omdat deze *pilotage* van de directie veel aandacht en tijd krijgt, is het wenselijk dat het nut van de geleverde inspanningen van de administratie ten aanzien van de Ngo's zou kunnen beoordeeld worden op.

Initiatiefrecht een onduidelijk maar gevrijwaard concept dat de gemoederen steevast beroert. De wijze waarop DGD/D3 de financiering toekent, zo stelt de directie, weerspiegelt respect voor het initiatiefrecht. De Belgische NGA's hebben, sinds hun creatie, autonomie en initiatiefrecht verworven. Ze bepalen zelf waar en wat voor interventies ze opzetten. De administratie wil dit recht garanderen en respecteren door te financieren op basis van programmavoorstellen die van de NGA's zelf komen. De administratie staat daarmee voor de opdracht om deze enorme diversiteit aan programmavoorstellen te beheren. Door op deze wijze te financieren, wenst men de autonomie en het pluralisme van de civiele maatschappij nog verder te versterken. Het initiatiefrecht, vaak aanleiding voor discussie, is niet verankerd in formele of wettelijke documenten, met uitzondering van een vermelding in de jaarlijkse verantwoording van het budget. Ze berust op een lange traditie.

Bij de beoordeling van de programma's houdt de administratie toch rekening met de mate waarin de voorstellen passen in de doelstellingen van de Belgische ontwikkelingssamenwerking en in de strategienota's van DGD.⁹⁸ Maar daar zijn zelden opmerkingen over en een negatief antwoord is zeker geen reden om een NGA niet te financieren. De strategienota's van de Belgische ontwikkelingssamenwerking bieden door hun algemeenheid trouwens weinig houvast om te oordelen of de programma's van de NGA's er in passen. Universele toegang tot gezondheid is een cruciaal begrip in de nota maar het model en de weg daar naar toe, geeft de strategienota niet aan.

**Weigert de DGD een programma te financieren
omdat een Ngo gratis gezondheidszorg verstrekt aan de doelgroep?**

Onderwerpen waarover onder (Belgische) gezondheidsexperts een duidelijke mening bestaat zoals "geen gratis gezondheidszorgen verstreken", staan niet expliciet vermeld in de strategienota gezondheid. Zodoende is het ook geen formeel criterium om een NGA al dan niet te financieren. Uit gesprekken met dossierbeheerders begrepen we dat dit in de beoordeling voor sommige dossierbeheerders wel een breekpunt zou zijn.

De principiële houding van de directie is dat mits een onderbouwd argument een Ngo moet kunnen afwijken van de strategienota gezondheid. NGA's behoeven zich trouwens alleen te positioneren. De ondersteunende instrumenten in de administratie bieden de dossierbeheerders in kwestie trouwens geen enkele houvast om hier toch een breekpunt van te maken.

Viva Salud een erkend Belgisch Ngo kreeg financiering voor o.m. activiteiten in de DRC en verdedigt in een manifest gratis publieke gezondheidszorg op haar website: nl.VIVASALUD.be

⁹⁷ De impactevaluatie die S4 uitvoert bij NGA's vragen een zware investering van menselijke en financiële middelen. Het is niet verdedigbaar dat deze gebeuren voor alle NGA's. Onderhand zijn de volgende impactevaluaties beschikbaar:

⁹⁸ Vragen in de beoordelingsfiche hier omtrent zijn (1) Houdt de interventie rekening met de doelstellingen van de Belgische internationale samenwerking? (Cf Wet van 19 maart 2013 gewijzigd bij de wet van 16 juni 2016, Hoofdstuk 2, artikelen 3 tot 8) en (2) Is de interventie in overeenstemming met de strategienota's van de DGD?

In de toekomst zullen de strategische keuzes van de NGA's dienen te gebeuren op basis van het "Gemeenschappelijk Strategisch Kader": Belgische NGA's die in éénzelfde ontwikkelingsland actief zijn, analyseren de context en dienen op deze basis een aantal gezamenlijke strategische doelstellingen te bepalen. De volgende programma-cyclus (2022-2026), stelt de goedkeuring van een GSK, als voorwaarde voor programmasubsidies. De administratie zal vanaf 2022 30 GSK's goedkeuren. Ze hoeven zich niet specifiek te positioneren t.a.v. het Belgische beleid in een bepaald land.⁹⁹

Het kan verrassend klinken maar de activiteiten in de gezondheidssector geven blijk van een behoorlijke eenheid van visie. In de praktijk zijn er namelijk een aantal gerichte of toevallige financierings-, coördinatie- en rekruteringsmechanismen die bijdragen aan een eerder coherente Belgische visie en *dito* activiteiten van zowel NGA's als de Belgische gouvernementele ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidszorg. De mechanismen die o.m. een rol spelen zijn: de beoordeling van de administratie van de ter financiering ingediende programma's, de strategienota's gezondheid van de DGD, de academische opleidingen en de productie van wetenschappelijke publicaties door het ITG, de universiteiten UCL en ULB, de uitwisseling van ideeën tussen alle Belgische actoren in de gezondheidszorg via het multi-actoren platform *Be-cause Health*,¹⁰⁰ de beleidsdialoog met de ontwikkelingslanden al dan niet in multi-donorverband, het formeel en informeel overleg met de Belgische actoren ter plaatse via de Belgische ambassades die gevestigd zijn in de partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking en het formeel advies van de ambassades sinds 2014 bij de beoordeling van de programma's van de niet-gouvernementele actoren. Doch bij nader inzoomen op het onderwerp *Universal Health Coverage* lijkt de aanpak van de gouvernementele en de niet-gouvernementele samenwerking dermate te verschillen, dat de onderzoekers van het HIVA het problematisch vinden (zie verder).

Synergie en complementariteit formaliseren via gezamenlijke landenanalyses. De laatste jaren streeft de administratie voor NGA's die actief zijn in éénzelfde ontwikkelingsland, naar coherentie. De geijkte termen daarvoor zijn "synergie" en "complementariteit". Samenwerking tussen NGA's is sinds 2016 verplicht en door de DGD geformaliseerd onder de vorm van de GSK's die de NGA's per land groeperen rond een aantal door henzelf gekozen strategische doelstellingen, geïdentificeerd na gezamenlijke analyse van de respectieve actieterreinen. Heden staat deze oefening nog los van de in 2017 gestarte NGA-programma's. De resultaten van de dynamiek in de GSK's op de toekomstige programma's zal zich pas na de volgende programmacyclus in 2026 kunnen laten vaststellen.

Er bestaat een *de facto* taakverdeling tussen de gouvernementele en niet-gouvernementele ontwikkelingssamenwerking in gezondheid. De grootste concentratie aan NGA's vinden we in DRC en Burundi. In de DRC is het gezamenlijk gespendeerd volume van de Ngo's, nog altijd hoger dan dat van de gouvernementele samenwerking. Er blijkt onder de meeste Belgische actoren een duidelijke eenheid van visie te bestaan m.b.t. systeemversterking van de gezondheidszorg, deels te verklaren doordat sommige van de technische experts zowel voor Enabel als voor de Ngo's of de EU

⁹⁹ Binnen de GSK kiest de NGA één of meerdere strategische assen waarin de activiteiten passen en waaraan ze een ontwikkelingsbijdrage zullen leveren. Dat kunnen sectoren zijn waarin de Belgische gouvernementele samenwerking geen activiteiten ontwikkelt.

¹⁰⁰ De administratie geeft het *Be-cause-Health*-platform een belangrijke rol bij het tot stand komen van de Belgische strategienota voor gezondheid. De nota is in principe alleen van toepassing op de gouvernementele, multilaterale en EU-samenwerking. Het IMT-ITG heeft de vorige nota geëvalueerd.

werk(t)en. Hoewel de Ngo's de gouvernementele samenwerking "overnamen", doen ze niet *per se* hetzelfde. We stellen een *de facto* taakverdeling vast: de gouvernementele samenwerking gaat rechtstreeks in dialoog en werkt samen met het ministerie, de Ngo's werken eerder in de periferie en het intermediaire niveau van het gezondheidszorgsysteem. Dit wil niet zeggen dat er geen ambitie is om een aantal boodschappen naar het centrale gezag toe te brengen. Memisa, de grootste Belgische gezondheids-Ngo, doet dit via haar lokale partner.

Bloedtransfusieveiligheid in Benin: APEFE en Enabel werken samen.

Enabel voerde een 3-jaardurend project uit voor verbetering van de bloedtransfusieveiligheid in Benin in 4 pilotsites: Atacora/Donga en Mono/Couffo. De keuze voor bloedtransfusieveiligheid was ingegeven door de demografische kenmerken van Benin. Ongeveer 50% van de bevolking is er jonger dan 15 en daarom niet geschikt om bloed te geven, terwijl deze leeftijdsgroep net de meeste bloedproducten nodig heeft. Daarenboven zijn er maar een klein aantal vrijwillige en regelmatige bloeddonoren. De transfusiesector kreeg een negatieve beoordeling, maar dankzij de ondersteuning van Enabel en haar partners is er enorme verbetering.

Over het algemeen was het een doeltreffend project, en is de kwaliteit van de transfusies in alle stappen van het proces verbeterd. Er zijn mobiele collectes ontwikkeld. De inzameling gebeurde zo goed als kon door het toepassen van een splitsingsstrategie bij de voorbereiding van pediatrische dosissen. Er kwam meer waakzaamheid en traceerbaarheid voor incidenten en de interne organisatie van bloedtransfusiediensten is versterkt. De inzameling in alle departementen is globaal gestegen met 35%, mede dankzij de manier waarop het project heeft gesensibiliseerd. Antropologisch onderzoek identificeerde een aantal elementen voor de communicatie. In samenwerking met een communicatieadviseur en **APEFE**, ontwikkelde het project tijdens workshops sensibiliseringsberichten. Een lokale radio en gemeentelijke verenigingen verspreidden de berichten en bouwden zo een belangrijk en reactief communicatienetwerk op.

Uit: Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle dans les Départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo (PASTAM)

Resultaten van de financiering.

De huidige bevraging van NGA's door de administratie over resultaten, legt vooral het accent op de *outcome* (de uitkomst of de resultaten/effecten van een programma) eerder dan op de verantwoording over de *output* (wat een programma doet, of de activiteiten). De geleerde lessen, ook een aandachtspunt, dient men met de andere niet-gouvernementele actoren te delen.

Evaluatieverantwoordelijkheid lag niet en ligt nog altijd niet bij de DGD. De meta-evaluatie van 2013 stelt vast dat de evaluatieverantwoordelijkheid bijna volledig bij de NGA's lag en dat DGD zichzelf een belangrijk instrument ontnam om (1) verantwoording af te leggen over het gebruik van overheidsgeld, (2) om kennis te verzamelen en (3) om de voortgebrachte informatie te benutten

voor haar besluitvorming.¹⁰¹ Voor de programma's van 2014-2016, in antwoord op deze vaststelling, ontwierp en bracht de administratie informatie samen in uniforme opvolgingsfiches per programma. Voor de programma's 2017-2021 starten een hele reeks nieuwe rapporteringseisen voor de NGA's. Vooreerst de prestatiemetingen via de bekende DAC-criteria van relevantie, efficiëntie, doeltreffendheid en duurzaamheid. De prestatiemeting vraagt ook naar de bijdrage van de Ngo aan het gemeenschappelijk strategisch kader van alle Belgische NGA's in één bepaald ontwikkelingsland, welke de synergie en complementariteit is en welke hieromtrent de geleerde lessen zijn. Ten slotte dient ook gerapporteerd over de bijdrage aan de gelijkheid van mannen en vrouwen en aan het milieubehoud. Een tweede soort rapportage is deze die peilt naar de geleerde lessen en is bedoeld om met de andere NGA's te delen. De geleerde lessen zijn toegankelijk op een extranet. Een derde vorm van rapportering is deze via het *International Aid Transparency Initiative*, dat vooral een financiële verslag is, maar ook gegevens wil verbinden aan een welbepaalde locatie en aan de lokale begunstigden. Het *format* vereist ook dat de NGA de uiteindelijke uitkomst (*outcome*) van het project koppelt aan indicatoren. Behalve de zelfrapportering, eist de administratie ook dat de NGA een midden- en eindevaluatie uitvoert. De Belgische NGA's stellen de referentietermen zelf op om ze vervolgens ter discussie en goedkeuring aan de DGD voor te leggen, eventueel tijdens de jaarlijkse institutionele dialoog.

Geen informatie over de eindbegunstigden van de acties. Het is onduidelijk of met deze oplossingen het monitoring- en evaluatiesysteem alleen de *outputs* en de *outcomes* voor de directe begunstigden zal beoordelen, dus alleen voor de partners, of ook de resultaten zal meten bij de eindbegunstigden (*outcomes* en impact) of m.a.w. de achtergestelde bevolkingsgroepen. De evaluatie over de toekomst van impactevaluatie bij NGA's stelt namelijk vast dat in 2016, van de 12 deelnemende NGA's, de monitoring- en evaluatiesystemen wel voldoen om bij de partners *output* en *outcome* op te volgen, maar niet om de resultaten na te gaan bij de eindbegunstigden.¹⁰² De lokale dynamiek rond de *hub-santé* in de DRC zou eventueel een ideale ankerplaats zijn ter promotie van de opvolging van de gezondheidstoestand bij de ondersteunde (ultieme) doelgroepen. De vaststelling van de meta-evaluatie van 2013 indachtig, is het nog onzeker of de vraag naar de bijdrage van de NGA's aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking in de ontwikkelingslanden, *überhaupt* in de toekomst zal kunnen beantwoord en of er genoeg *incentives* zijn gecreëerd om

¹⁰¹ Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2013). *Meta-evaluatie van de programma's van de niet-gouvernementele actoren*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

¹⁰² Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2016). *Welke toekomst heeft impactevaluatie binnen de Belgische NGO-sector? Lessen uit vier casestudies*. [Syntheseverslag. Volume I]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

De impact-evaluatie van 2016 stelt: "hoewel alle actoren het erover eens zijn dat ontwikkelingsacties als finale doel het welzijn van de bevolking dienen te verbeteren, evalueren ze de veranderingen op dat vlak maar zelden ". Rekenschap afleggen van de resultaten van de partners is noodzakelijk, maar volstaat niet om de resultaten bij de begunstigde bevolking eruit af te leiden. Deze evaluatie ontkracht de onderliggende assumptie die stelt dat wanneer de actie om de capaciteiten van de partners te versterken relevant is en goed wordt uitgevoerd, ze zeker de gewenste effecten zal hebben bij de eindbegunstigden.

verantwoording af te leggen over welke resultaten de niet-gouvernementele samenwerking haalt bij de uiteindelijke doelgroepen.¹⁰³

Onduidelijk of in de toekomst de DGD, in termen van ontwikkelingsresultaten, de financiering van NGA's beter zal kunnen verantwoorden. We stellen vast dat de zelfrapporteringen van 2017, volgens het nieuwe *format* bijzonder optimistische rapporten oplevert over de graad van uitvoering van de programma's. Het valt af te wachten of de opgelegde mid- en eindevaluaties interessant zullen zijn. Alleen al omwille van de grote tijdsinvestering van de administratie (en de NGA's) in de uitwisseling (*pilotage*) via allerhande dispositieven (rapportage, dialogen, missies) met de NGA's, is het van belang dat de administratie het effect ervan aantoonst. Dit betekent dat inspanningen in relatie dienen gebracht met de resultaten bij de eindbegunstigden, wat dan weer een gedegen M&E-systeem veronderstelt bij alle partijen. Gezien de afwezigheid van een interne evaluatiedienst op de DGD, zijn incentives, middelen en expertise nodig voor zowel de DGD als de actoren op het terrein om de verplicht gemaakte evaluaties door zowel de DGD als de NGA's maximaal te laten renderen. Voor de actoren in de gezondheidssector vraagt dit hoe dan ook om gezondheids-specifiek denkwerk.

Vaststelling in het Kennisdocument rond bereikte resultaten zullen anekdotisch blijven. De fiches van 2014-2016, die het Kennisdocument zou gebruiken, zijn te summier en te ongelijk in kwaliteit. Ze zijn amper te aggregeren rond de sector gezondheid. Als dit reusachtig werk toch mogelijk zou zijn geweest, had het maar een periode van 3 jaar overspannen, terwijl het rapport zich wenst uit te spreken over een periode van minstens 9 jaar. Dit had evenmin inhoudelijke informatie over de activiteiten opgeleverd. Vandaar de keuze om op een aantal grote NGA's afzonderlijk in te zoomen met behulp van intern beschikbare documentatie, informatie op websites, interviews en gegevens en rapporten die de NGA ter beschikking stelde.

Inzoomen op een grote Ngo: Memisa.

Meer dan 20 jaar actief in de DRC. Memisa is voornamelijk actief in de periferie van het gezondheidssysteem¹⁰⁴. De Ngo ondersteunt er 25 gezondheidscentra. In 2018 waren 46% van de fondsen van DGD, 38% van de EU, 7% van diverse giften o.m. van privépersonen en van LUMOS en 5% van WBI, provincies en gemeentes. De doelstelling van Memisa is dezelfde als deze van de EU en de Belgische gouvernementele samenwerking, nl. versterking van het gezondheidszorgsysteem.

Coördineren om samen te werken, hoe gaat dat in de DRC? Het akkoord van 2016 over de *contrats uniques* in de nationale donorcoördinatie (GIBS), spoorde Memisa aan tot meer lokale coördinatie. De actieplannen van de provincies (DPS) bepalen namelijk wat de externe partners aan ondersteuning kunnen geven. De inventaris van alle zones en actoren die in de provincie willen samenwerken,

¹⁰³ Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2016). *Welke toekomst heeft impactevaluatie binnen de Belgische Ngo-sector? Lessen uit vier casestudies*. [Syntheseverslag. Volume I]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

¹⁰⁴ Om de Afrikaanse situatie te begrijpen, is een vergelijking met de Belgische niet erg leerzaam. In België is veel geprivatiseerd. De eerste lijn, is de huisarts. In de meeste Afrikaanse landen is dat het gezondheidscentrum waar een verpleger de dienst uitmaakt. De gezondheidsstructuren werken er met overheidspersoneel. De centra zijn verantwoordelijk voor een welbepaalde geografische zone. Ook dit is niet het geval in België. Het Afrikaanse systeem is het best te vergelijken met het Engelse of Spaanse systeem.

is voor Memisa een basis om de eigen acties mee te plannen. Het is duidelijker waar er nog veel noden zijn en waar er al te veel organisaties werken.

De acties van Memisa zijn sterk complementair aan de Belgische gouvernementele ontwikkelings-samenwerking die aanwezig is op centraal niveau, in het ministerie, en op het intermediaire niveau in de provincies. Het helpt uiteraard ook dat medewerkers van Memisa soms zelf voor Enabel hebben gewerkt of omgekeerd. Samenwerking is in het verleden wel even moeilijker geweest.

Financiering uit 25 verschillende bronnen, heeft bij Memisa voor een complexere boekhouding gezorgd. “De taak om het gezondheidssysteem in het perifere en intermediaire niveau te ondersteunen, moet primeren op welke administratieve ingreep dan ook”, aldus Memisa. Het personeel in een gezondheidscentrum weet in principe niet welk donorgeld ze uitgeven. De wijze waarop de DGD financiert, laat toe middelen vrij te verdelen over de zones die ondersteuning nodig hebben. Memisa werkt, in de mate van het mogelijke, op dezelfde manier met de andere donorgelden. In de praktijk ondersteunt de DGD-financiering 19 zones en EU 10. Omdat Memisa aanwezig is in 25 zones, zijn er 4 zones waar de financiering overlapt. Dat hoeft geen probleem te zijn. Sinds 2015 heeft Memisa een nieuw systeem van analytische dubbele boekhouding ingevoerd waarbij een code staat voor de oorsprong van het geld en een andere code voor de bestedingscategorie. Dit neemt niet weg dat de boekhouding bijzonder veel tijd opsloort: 2 voltijdse boekhouders in Brussel en boekhouders ter plaatse.

Meer een technisch- dan een advocacy-Ngo. Anderzijds voelt Memisa ook wel de noodzaak van een goed communicatiekanaal met bijvoorbeeld het Congolese ministerie. Memisa’s werk in de gezondheidszorg toont aan de Congolese overheid dat verandering mogelijk is. De koppeling van wat er in de periferie gebeurt naar het intermediaire en centrale niveau is belangrijk. Maar Memisa is veeleer een technisch dan een *advocacy*-Ngo. Het gevoerde pleidooi naar de overheid is meer technisch dan sociaal of politiek. De lokale partner speelt een belangrijke rol als spreekbuis voor het doorgeven van boodschappen van het lokale naar het centrale niveau.

Met welke lokale structuren werkt Memisa samen? In DRC ontwikkelt de lokale civiele maatschappij zich maar moeilijk en eerder opportunistisch. Door de lastige omstandigheden geworden vele lokale organisaties tot een lucratieve overlevingsstrategie voor een minderheid. Bovendien hebben deze organisaties niet het mandaat om het publieke systeem te ondersteunen. Vandaar dat Memisa er veelal zelf lokaal personeel aanwerft. Memisa heeft 5 regionale bureaus in de DRC (BAT: *bureau d’accompagnement technique*).

Ook in Burundi heeft Memisa door de moeilijke werkomstandigheden een eigen bureau. In India, Mauritanië, Bénin en Guinea daarentegen, kunnen de activiteiten er perfect verlopen zonder lokaal bureau en zonder eigen personeel, Belgisch of lokaal. Er werken bijvoorbeeld ook Beninse Memisa-medewerkers in de DRC-programma’s. De belangrijkste lokale partner in de DRC is op dit moment *Caritas Development* die wel de legitimiteit heeft om met de overheid te interageren vermits een groot aantal van de zoneziekenhuizen katholieke ziekenhuizen zijn die op basis van een conventie met de staat samenwerken. In de gezondheidszones is Caritas aanwezig via de *bureaux diocésane d’œuvres médicales* (BDOM) die op 3 plaatsen de directe partner zijn van Memisa voor de uitvoering van het programma (in Kisantu, Bunia en Popokabaka). Men werkt intens met de BDOM, die op ter-

mijn de BAT moeten kunnen vervangen.¹⁰⁵ Ze zijn trouwens nu al uitvoerders voor verschillende andere donoren, o.m. voor het *Global Fund*.

Waarover gaan de programma's? Eerst en vooral het aanbod: betere gezondheidszorgstructuren.

Het programma van Memisa bestrijkt enerzijds het aanbod in de gezondheidszorg en anderzijds de vraag: de bevolking. In de uitvoering kiest Memisa bij voorkeur voor het verbeteren van de gezondheidszorgstructuren.¹⁰⁶ De Ngo speelt sterk in op de beschikbaarheid en de kwaliteit van de zorgen: infrastructuur en personeel, doorlopende vorming, medicatie en materiaal. Toen de Minister in 2013 besliste om de steun in de gezondheidssector stop te zetten, suggereerde de toenmalige verantwoordelijke voor ontwikkelingssamenwerking van de Belgische ambassade aan Memisa om een deel van de activiteiten over te nemen. De gouvernementele samenwerking financierde toen de zone Kisantu met een budget dat 5 maal groter was dan wat Memisa normaal in een gezondheidszone stopt. Het idee om Kisantu met het ziekenhuis om te turnen tot een demonstratiezone voor het hele land was dan een logische stap. Het ziekenhuis van Kisantu kan bogen op een hoog-technisch platform dankzij de jarenlange ondersteuning van LUMOS, een initiatief van artsen-specialisten van het Gasthuisbergziekenhuis die tijdens hun vakantie ziekenhuizen in het Zuiden heleen. LUMOS werkt met een budget dat voornamelijk van de erelonen komt van deze specialisten. De ondersteuning omvat kennis en medisch materiaal. Sinds de samenwerking met Memisa (2014) in Kisantu is LUMOS ook actief in drie andere "demonstratiezones" in DRC (Drodro, Monsango en Budjala). Bij het overnemen van de activiteiten van de gouvernementele samenwerking in Kisantu heeft Memisa de complementariteit met LUMOS uitgespeeld.¹⁰⁷ Voor Memisa is capaciteitsversterking iets van en door Congolezen. Dat werkt sterk motiverend. Het is niet de blanke die stevast de rol krijgt van opleider en expert.

De programma's gaan ook over de vraagzijde: toegankelijkheid en solidariteit. Aan de vraagzijde is de toegankelijkheid en solidariteit van belang. Het opzetten van een forfaitair betalingssysteem en van solidariteitsfondsen maken de gezondheidszorg voor de gebruiker betaalbaar en de kosten op z'n minst voorspelbaar. Vooral het uitgewerkte systeem van forfaitaire betaling van de Belgische ontwikkelingssamenwerking, verdient speciale vermelding, aldus Memisa. In de DRC werken veel gezondheidsstructuren en ziekenhuizen via een *payement à l'acte* of betaling per prestatie waardoor de kosten voor de patiënt onvoorspelbaar zijn en snel hoog oplopen. Het forfaitair betalingssysteem werkt via de betaling *par épisode de maladie*. Achter dit systeem zit een heleboel werk verscholen. Want dergelijk betalingssysteem houdt in dat het personeel een salaris krijgt, dat er een studie is gebeurd om de kosten van het gezondheidssysteem in de zone te kennen, dat men de koopkracht

¹⁰⁵ De BDOM zijn meestal kleiner dan een provincie. Er zijn er meerdere per provincie. Ze respecteren wel de grenzen van de provincies.

¹⁰⁶ Andere Belgische actoren die zich inschrijven op deze strategische as van het Gemeenschappelijk Strategisch kader in de DRC van de Belgische niet-gouvernementele actoren zijn: ACTEC, Action Damien, APEFE, Benelux Afro Center, Cap Santé, Chaîne D'Espoir, Congodorpen, Croix-Rouge de Belgique, Fracarita Belgium, Handicap International, ITG, Light For The World, Louvain Coopération au Développement, Médecins du Monde, Médecins Sans Vacances, Memisa, ULB-Coopération.

¹⁰⁷ Niet alle geïnterviewden deelden het enthousiasme voor LUMOS. Volgens Karel Gyselinck is Kisantu een beetje te veel doorgeslagen naar een gespecialiseerde instelling, waar de antwoorden die LUMOS brengt niet noodzakelijk ingaan op het probleem maar eerder gedreven zijn door het aanbod dat binnen de mogelijkheden van LUMOS ligt.

van de mensen juist heeft ingeschat en voldoende subsidies kan inzetten om de werkelijke kost te financieren en dat er een functioneel doorverwijzingssysteem is opgezet tussen de eerste lijn (het gezondheidscentrum) en de tweede lijn (het hospitaal). Een forfaitair betalingssysteem is bijzonder belangrijk voor de arme bevolking omdat ze zich anders niet laat behandelen vanwege geen inschatting van de kosten. Een publicatie van Stephanie Stasse toonde duidelijk aan dat door toedoen van de Belgische Coöperatie het gebruik van het ziekenhuis sterk omhoogging.¹⁰⁸ De Belgische gouvernementele samenwerking had dit forfaitair betalingssysteem willen uitrollen voor een periode van 10 jaar. De solidariteitsfondsen zijn bedoeld voor de armen van een gemeenschap. Het beheer ervan is een hele uitdaging. Memisa wil de gemeenschap betrekken bij de identificatie. De sociale dienst van de gezondheidsstructuren maakt meestal de lijsten op. De gemeenschappen richten de noodkassa's op voor het ziekentransport. Dit systeem lijkt trouwens goed te functioneren. De Ngo is niet bezig met het opzetten van micro-mutualiteiten. Memisa ondersteunt de bestaande mutualiteiten maar zal zelf niet het initiatief nemen. De Ngo ziet veel mutualiteiten die niet leefbaar zijn. Kisantu is allicht een uitzondering. Maar in het algemeen zijn er zeer uiteenlopende interpretaties over de weg naar *Universal Health Coverage* (UHC). Dit laatste moet een duidelijke keuze van de overheid zijn, aldus de Ngo. De staat moet subsidies voorzien. Een mutualiteit op gemeenschapsniveau kan geen optie zijn als men grote risico's en ziekenhuiskosten wil dekken. Een dekking van gezondheidskosten opvolgen (en liefst digitaliseren) vraagt om professionele organisaties. De overheid moet ze verplicht maken en idealiter een formele link met het gezondheidszorgsysteem voorzien. Het forfaitaire betalingssysteem is al een goede basis om een universele dekking in te voeren.

Memisa heeft ook andere financieringsbronnen. Tot 2012 was 80% van de financiering van DGD. In 2018 kwam 46% van de middelen van Memisa van de Belgische staat. 38% van de EU, 7% van privé-donaties en 5% van WBI, provincies en gemeentes. Memisa voert ook projecten uit voor andere donoren zoals de EU, de WB, het *Global Fund*,... In 2016 deed de EU een projectoproep voor programma in de DRC ter waarde van 14,4 Miljoen euro « *Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo (PRO DS)* » met dat tot doel had bij te dragen aan het nationaal plan voor publieke gezondheid (PNDS) en (het bredere doel was armoedebestrijding) aan het verbeteren van de gezondheid van de bevolking van de gezondheidszones in de provincie Ituri en Centraal-Kongo.¹⁰⁹ Daarmee zou Memisa potentieel 1,6 miljoen mensen bereiken. Met het EU-project kan Memisa een vorm van aankoop opzetten van gezondheidsdiensten. Het Belgische stokpaardje van *tarification forfaitaire* vindt hierin volledige toepassing. Het project zal ook een verbeterde samenwerking tussen humanitaire hulp en ontwikkelingsactiviteiten tot stand brengen door humanitaire hulporganisaties te overtuigen geen eigen tijdelijke gezondheidsvoorzieningen uit de grond te stampen, maar ze te “kopen” bij lokale gezond-

¹⁰⁸ Stasse, S., Vita, D., Kimfuta, J., Campos da Silveira, V., Bossyns, P. & Criel, B. (2014) . *Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. Global Health Action*, 2014(7). Geraadpleegd op 8/11/2018 via <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.25480>

De Belgische Stefanie Stasse was expert in het Enabel-project in de DRC. Voor het ogenblik is ze tewerkgesteld in de Europese delegatie in de DRC waar ze verantwoordelijk is voor de financiële en contractuele aspecten van de Europese ontwikkelingsamenwerking en waar ze halftijds werkt voor de GIBS, de donorcoördinatie in de gezondheidsector.

¹⁰⁹ Het programmavoorstel komt van Dr. Jean-Pierre Noterman, die voordien als assistent attaché ontwikkelingssamenwerking voor de Belgische ambassade werkte.

heidsstructuren. Dit kan uiteraard alleen maar als de toevloed van vluchtelingen de capaciteit van de bestaande structuren niet overstijgt. Of Memisa hierin zal slagen moet nog duidelijk worden.

In 2018 deed de EU voor Burundi een projectoproep van 40 miljoen euro voor gezondheidszorg. “*Mesure d'Appui à la résilience des populations du Burundi.*” De laatste onderhandelingen voor het afsluiten van de contracten zijn aan de gang. Memisa zal hiervan een deel uitvoeren. Ten eerste via een consortium met Memisa als leidend Ngo, Artsen zonder Vakantie, Enabel en *Louvain Coopération*. een ander consortium met Enabel als leidende organisatie, i.s.m. IOM, WHO en Memisa schreef zich in op een tweede project van 10 miljoen.

En de resultaten? Om de impact van de lange-termijnactiviteiten van Memisa in bijvoorbeeld Congo te meten, deed de Ngo nog weinig systematisch werk.¹¹⁰ Een piste die Memisa nu volgt, is het systematisch bijhouden van cijfers over het gebruik van de gezondheidsstructuren: gezondheidscentra en hospitalen die ze ondersteunt.¹¹¹ De hypothese is dat als de bevolking de structuren meer bezoekt, de gezondheidstoestand moet verbeteren. Maar jammer genoeg is datacollectie een ramp. Over het algemeen laten de cijfers toch een eerder laag bezoek aan de gezondheidszorgdiensten zien. E. Van Belle geeft ook te kennen dat het vergaren van degelijke data een zware taak is die extra aandacht en leiderschap vraagt en vaak de minste aandacht krijgt. Data komen uit de nationale *database* van de DRC die er kwam dankzij een Wereldbankproject.

De DGD dient duidelijker de verwachtingen te verwoorden t.a.v. Memisa over gegevens verzamelen en gebruiken zodat de Ngo effecten kan aan tonen van de geleverde inspanningen (met de Belgische financiering). Idealiter overstijgen en verbinden goed gekozen indicatoren de achtereenvolgende programmacycli. Rapportering dient evenwel rekening te houden met de *core business* van Memisa en de context waarbinnen de Ngo haar activiteiten ontplooit. “Aantal bezoeken aan een gezondheidsstructuur” kan een goede dataset zijn om effecten van inspanningen te meten maar mag men niet gebruiken als een gemiddeld cijfer van alle zones omdat in crisisgebieden waar mensen wegvluchten, de cijfers van de ondersteunde gezondheidszones te veel dalen en de stijging in de andere zones uitvlakken. Cijfers dienen daarom de juiste contextuele informatie te krijgen en per gezondheidszone bekeken, aldus Memisa.

¹¹⁰ Memisa toonde een stageverslag met resultaatsgegevens over 20 jaar activiteit in de DRC. Doch sommige datacollecties zijn onbruikbaar en wetenschappelijk niet correct te interpreteren. Het strekt Memisa tot eer dat ze data uit het lokale datacollectie-systeem ASNIP haalt, een informatiesysteem dat o.m. met de hulp van de Belgische samenwerking werd opgezet. De cijfers blijven een moeilijke punt en zijn weinig betrouwbaar. Bovendien is de keuze van een goede indicator om de inspanningen aan af te toetsen moeilijk.

¹¹¹ Het betreft de zogenaamde “*Taux d'utilisation consultation curative*” of gebruik van de gezondheidsdiensten. Het cijfer geeft het aantal nieuwe gevallen in een bepaald jaar, gedeeld door het aantal inwoners van het gebied waarvoor de gezondheidsstructuur verantwoordelijk is. Dit getal is dus geen percentage! In België is het met ongeveer 8 consultaties/inwoner/jaar (na te kijken KCE) aan de hoge kant. Dit is trouwens een schatting omdat ons gezondheidszorgsysteem niet werkt met duidelijk omlijnde geografische zones. Memisa meldt cijfers voor DRC tussen 0,34 en 0,55.

Toch een aantal cijfers over inspanningen van Memisa om moedersterfte in de gezondheidsstructuren tegen te gaan.

Memisa voerde een project uit in samenwerking met het ITG Antwerpen en Liverpool *School of Tropical Medicine*, met cofinanciering van de Margareth A. Cargill *foundation*. De interventie zocht naar gerichte en innovatieve wijzen om slaapziekte te detecteren. Daarvoor was een goed functionerend gezondheidszorgsysteem een voorwaarde. Lage moedersterfte is daar een goede indicator voor. Er zijn **drie hoofdredenen waarom vrouwen verloskundige zorgen niet op tijd ontvangen**: (1) tijd die verloren gaat tijdens het beslissingsproces om aangepaste medische hulp te zoeken; (2) de te overwinnen moeilijkheden om tot bij een passende hulpstructuur te geraken en (3) de kans op gepaste hulp wanneer de zwangere vrouw de gezondheidsfaciliteit uiteindelijk bereikt. Rekening houdend met deze 3 te overwinnen hinderpalen tekende Memisa een aangepast project uit dat volgende essentiële voorwaarden probeert in te bouwen:

- Informatie verspreiden en gezondheid bevorderende activiteiten opzetten,
- beschikbaarheid van infrastructuur, uitrusting en materiaal verzekeren,
- gezondheidswerkers opleiden,
- geografische toegankelijkheid en systemen voor transport van zieken opzetten,
- financiële toegankelijkheid organiseren.

Cijfers betreffen de gezondheidszones van Mosango en Yasa Bonga (provincie van Kwilu, DRC) waar Memisa over 3 jaar (2015 – 2017), met succes 24 gezondheidscentra renoveerde of bouwde, middelen voorzag voor noodtransport en het moederhuis van beide hospitalen renoveerde zodat er uiteindelijk 350.000 mensen toegang hadden tot betere gezondheidszorgen.

Evolutie van moedersterfte in de gezondheidsstructuren van de zones van Monsago en Yasa Bonga in de provincie Kwilu, DRC) van 2015 tot en met 2017

<i>Estimated population</i>		121.380	125.076	129.804
Mosango	2014	2015	2016	2017
Utilization Rate (#NC/inhab/year)	0,35	0,41	0,48	0,55
proportion assisted deliveries	54%	79,00%	98,00%	98,00%
hospital mortality rate > 48h	2,9%	2,30%	1,40%	1,70%
counter-reference rate (hospital to HC)	5%	8,30%	87,40%	99,00%
<i>Estimated population</i>		215.350	221.952	228.472
Yasa Bonga	2014	2015	2016	2017
Utilization Rate (#NC/inhab/year)	0,32	0,4	0,53	0,56
proportion assisted deliveries	48%	79,30%	98,20%	89,20%
hospital mortality rate > 48h	3,2%	2,30%	1,20%	1,40%
counter-reference rate (hospital to HC)	3,7%	8,30%	74,10%	90,70%

Het is belangrijk om te begrijpen dat bovenstaande cijfers verschillen van het moedersterftecijfer dat eerder werd besproken. Cijfers boven geven het aantal **overlijdens binnen de gezondheidsstructuur weer**. Een moedersterftecijfer geeft daarentegen weer hoeveel kans een moeder heeft om te overlijden door zwanger te zijn en een kind te baren. Door sensibiliseren kan men de moeder beïnvloeden, haar omgeving, de kosten en de transportmogelijkheden. Door andere cijfers aan de tabel toe te voegen (gebruik, begeleide geboortes) kan men in dit geval zien dat het percentage vrouwen dat al tot in het gezondheidscentrum is geraakt, al dan niet in kritieke toestand, niet per se de uitzondering vormen.

Inzoomen op het ITG-IMT: nuttige beleidsondersteuning voor de Belgische ontwikkelingssamenwerking.

Het ITG mag best de pionier en “uitvinder” van het concept van basisgezondheidszorg heten. Omdat de organisatie in haar beginperiode minder op *research* inzette dan nu, en er dus weinig over heeft gepubliceerd, kan ze er internationaal niet het krediet voor krijgen dat ze verdient. Maar deze *fait divers* schetst wel ten voeten uit dat deze instelling en de DGD het conceptueel nog goed met elkaar kunnen vinden. We gaan in dit tekstdeel alleen in op de beleidsondersteuning. We doen daarmee geen eer aan de institutionele en individuele capaciteitsversterking van het ITG-IMT van (19) partnerinstellingen in 11 ontwikkelingslanden. Het ontwikkelingsbelang van het beurzenprogramma, kwam regelmatig terug in gesprekken. Hoewel de impact van deze beurzen doorgaans positief wordt ingeschat, hebben we deze vorm van academische ondersteuning met het Kennisdocument niet bestudeerd.

De DGD betaalt het ITG om zich te laten helpen bij het formuleren van haar beleid. ITG-IMT¹¹² krijgt van alle NGA's de meeste financiering. Daarvan gaat een deel naar beleidsondersteuning van de DGD. De samenwerking tussen het ITG-IMT en de DGD kwam in de evaluatie van 2016 positief in beeld.¹¹³ Ze is een onderdeel van de meerjarige programma's die DGD al sinds 1998 met het ITG-IMT onderhandelt.¹¹⁴ Voor het ITG gaat het erom "DGD te ondersteunen in de formulering, de uitvoering en de opvolging van het beleid op het gebied van de internationale gezondheidsontwikkeling". In het driejarige algemene programma 2014-2016, waarvoor het ITG 48 miljoen euro ontving, vertegenwoordigt het aandeel beleidsondersteuning ongeveer 2,5 %. Dit aandeel was 1,4 %

¹¹² Sinds het einde van de jaren 1980 financiert de Belgische Ontwikkelingssamenwerking beleidsondersteunende activiteiten en/of wetenschappelijk advies voor politieke besluitvorming in ontwikkelingssamenwerking. Deze financiering, aanvankelijk alleen voor universiteiten, ging later ook naar diverse wetenschappelijke instellingen (Instituut voor Tropische Geneeskunde – ITG, Koninklijk Belgisch Instituut voor Natuurwetenschappen – KBIN, Koninklijk Museum voor Midden-Afrika – KMMA), de *Think Tank European Centre for Policy Development Management* – ECDPM, en detacheringen van gespecialiseerd personeel naar het Directoraat-Generaal Ontwikkelingssamenwerking (DGD).

¹¹³ Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE (2016) *Evaluatie van de beleidsondersteuning door de institutionele actoren*. (2016). Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. Brussel.

¹¹⁴ De derde kaderovereenkomst voor de periode 2008-2013, getiteld *Switching the Poles*, heeft als algemeen doel gezondheidszorgsystemen en beleid te verbeteren samen met de toe-eigening ervan door de ontwikkelingslanden zodat de gezondheidstoestand van de bevolking te verbetert en ze bijdraagt aan de vermindering van armoede en ongelijkheden. De DGD-hervorming van 2012 gaf aanleiding tot een verlenging van kaderovereenkomst voor een periode van drie jaar. Er liep dus een extra meerjarig programma van drie jaar (2014-2016).

voor het programma 2008-2010 en 2,5 % voor de jaren 2011-2013. 90% hiervan zijn personeelskosten.

Een wetenschappelijke productie die er mag zijn. Het ITG-IMT is een academische instelling die op verschillende financieringsbronnen kan rekenen, en zo ook een zekere duurzaamheid kan garanderen. De instelling heeft een zeer goede wetenschappelijke productie, publiceert in tijdschriften van internationale faam, met referenties in wetenschappelijke databanken en referentiekaders voor evaluatie en wetenschappelijk vastgestelde effecten. Wetenschappelijk werk komt in tijdschriften die in de top 15 en zelfs in de top 5 van tijdschriften in het vakgebied staan. In 2012- 2014 verschenen bijvoorbeeld 62 artikels, in *peer reviewed*-tijdschriften.

Het ITG-IMT zet veel personeel in voor de beleidsondersteuning van DGD. Vanaf 2010 startte op vraag van DGD, het proefproject voor de terbeschikkingstelling van personeel van het ITG binnen DGD, met het oog op voortdurende technische ondersteuning. Dit hield toen rechtstreeks verband met het "Belgische voorzitterschap van de EU" en de voorbereiding van de vergadering van de UNO over de millenniumontwikkelingsdoelstellingen in september 2010 in New York. Een expert van het ITG neemt van dan af deeltijds deel aan de activiteiten van de DGD in Brussel. Zijn aandacht gaat vooral naar het internationale gezondheidsbeleid. In 2011 was de algemene teneur positief over dergelijke ondersteuning. Daarom voorzag het driejarige plan (2014-2016) er opnieuw middelen voor. Over de periode 2011-2013 stonden bovendien 13 personeelsleden bij voorrang ten dienste van de problematiek inzake beleidsondersteuning en voor de periode 2012-2014 een tiental personeelsleden of 6,25 voltijdse equivalenten, naast twee aanspreekpunten die de relatie met de DGD verzorgen, één aanspreekpunt voor de beleidsondersteuning (G. Laleman)¹¹⁵ en een tweede voor de band met de verschillende platformen (T. Roosen).

¹¹⁵ Midden 2019 gepensioneerd en in september 2019 nog te vervangen.

Wat krijgt de DGD terug voor haar financiering van het ITG

Beleidsondersteuning brengt drie belangrijke soorten producten voort:

Een eerste verbindt het ITG zich ertoe, inzake internationale gezondheid, **antwoorden, informatie en input te geven op technische en beleidsvragen** van de beleidsmakers en de DGD. Het antwoord op dit soort vragen neemt zeer verschillende vormen aan, zoals bijvoorbeeld de organisatie van seminars die de verschillende betrokken partijen verenigen; nota's, beleidsnota's, technische nota's, *concept notes*, enz. die de vorm kunnen aannemen van een grondige analyse van een specifiek thema, zoals het geval is voor de slaapziekte in de DRC (zie verder); analysenota's met betrekking tot strategische documenten of plannen van multilaterale organisaties; *concept notes* met het oog op de uitwerking van beleidsnota's; of evaluaties van de gezondheidsprogramma's voorgesteld door de Ngo's, enz.

Ten tweede kan de DGD aan het ITG vragen om **een onderzoeksproject** uit te voeren over een specifieke wetenschappelijke kwestie. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld ook voor de evaluatie van de bijdrage van de Belgische ontwikkelingssamenwerking inzake seksuele en reproductieve gezondheid in de programma's die ze ondersteunt.

De derde soort resultaten bestaat uit het verlenen van **wetenschappelijke ondersteuning aan Belgische vertegenwoordigers in de internationale instanties** zoals bijvoorbeeld het geval is met de vergaderingen van het beleids- en coördinatiecomité van de WHO of door deelname aan de *board* van het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria* (GFATM of *Global Fund*).

Een ondersteuning die zich niet beperkt tot de dienst gezondheid van de DGD en hoge ogen gooit in de evaluatie van 2016. Binnen de DGD zijn de belangrijkste begunstigden van de ondersteuning van het ITG het gezondheidsteam binnen D2.3. Alle diensten, maar vooral D3, genieten van de ondersteuning van het ITG, net zoals de posten naar aanleiding van de voorbereiding van samenwerkingsprogramma's. Het ITG helpt eveneens bij de voorbereiding van internationale ontmoetingen. Naast deze ondersteuning die zich richt op de DGD is er ook een effect op het geheel van Belgische actoren via het platform *Be-cause Health*. De evaluatie van 2016 besluit dat het ITG-IMT op de vier transversale doelstellingen inzake beleidsondersteuning positief mogen heten, zijnde : (1) voorbereiding van het beleid, (2) versterking van de kennis van de DGD, (3) de versterking van de kennis van andere actoren, (4) internationale zichtbaarheid . De samenwerking met het ITG-IMT lijkt het daarmee beter te doen dan de andere beleidsvoorbereidende vehikels van andere sectoren.

Toch een warning. Bij veelvuldig gebruik door de DGD van beleidsondersteuning of detacheringssystemen om deel te nemen aan internationale ontmoetingen, brengt dit een bewezen risico op verzwakking met zich mee en maakt het zelfs mandaten en verantwoordelijkheden van de DGD tot een externe kwestie. Hetzelfde geldt voor de aanwezigheid van onderzoekers of experts die alleen naar bepaalde internationale vergaderingen gaan.

Conclusies.

De Belgische ontwikkelingssamenwerking is, in vergelijking met andere donoren, erg genereus voor de niet-gouvernementele actoren. De vraag over de resultaten van de niet-gouvernementele samenwerking valt niet te beantwoorden omdat er geen geharmoniseerd opvolgingssysteem voor resultaten van de NGA's bestaat en onvoldoende informatie in de DGD aanwezig is. De enkele NGA's waarover het Kennisdocument informatie heeft verzameld, vormen geen representatief staal zodat een veralgemeend antwoord niet mogelijk is op de vraag of de DGD/D3 met de NGA's op een zodanige manier omgaat dat we redelijkerwijs mogen aannemen dat dit bijdraagt tot betere resultaten op het terrein.

De twee organisaties waarop het Kennisdocument kort inzoomt, laten erg interessant werk zien. Indien de hoogte van de financiering een appreciatie criterium zou zijn, besluiten we dat de NGA's ook in het verleden een positieve beoordeling kregen. De NGA's werken in lijn met de Belgische strategienota gezondheid maar voeren ook projecten uit voor andere donors. Memisa is bezig met werk rond *outcomes* en impact op het niveau van de bevolking. Als grote Ngo, met veronderstelde capaciteit, blijkt dit werk minder voor de hand liggend. Anderzijds zien we dat een veelzeggende resultaatgerichte rapportering van de Ngo, mogelijk is, als men daar met de organisatie duidelijke afspraken over zou maken en de nodige impulsen geeft voor het zoeken naar aggregeerbare en toch betekenisvolle indicatoren. Dit vraagt om sectorspecifiek werk waarbij de DGD betrokken partij dient te zijn. De lokale dynamiek rond de hub-santé in de DRC kan een ideale ankerplaats zijn voor een gezamenlijke rigoureuzere opvolging van de inspanningen bij de doelgroepen. Dit vraagt middelen, expertise en incentives voor zowel de DGD als de spelers op het terrein op het vlak van monitoring en evaluatie.

Het antwoord op de tweede vraag, "Wat leren we uit antwoorden op bovenstaande vraag over de werking van de DGD?", luidt dan: dat we geen gedocumenteerd verband kunnen leggen tussen de inspanningen van de administratie via de veelheid aan dispositieven (dialogen, rapportage) en de kwaliteit van de resultaten van de NGA. De administratie heeft de diversiteit bij de NGA's willen valoriseren en de programmafinanciering behouden en bovendien een reeks dispositieven voor rapportering en dialogen in het leven geroepen. Voor deze te zware administratieve last is de toegevoegde waarde onbewezen en zal dit allicht zo blijven.

We financieren en beïnvloeden de EU voor betere resultaten in de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden zonder duidelijke strategie.

Als lid van de EU is België medevormgever van het EU-beleid inzake ontwikkelingssamenwerking. De vraag naar wat de resultaten zijn van onze ontwikkelingshulp gedurende de periode 2009-2017 via financieringen van de EU zijn, is dus een legitieme vraag.

Belgische uitgaven voor Gezondheid en Reproductieve gezondheid 2009-2017 via de DGD in miljoen euro verdeeld over de 4 kanalen.

Kanaal	miljoen euro	Verdeling
Europees Ontwikkelingsfonds (51.4 miljoen) en Instrumenten voor ontwikkelingssamenwerking	176,0	12,0%
Niet-gouvernementele actoren	401,1	27,2%
Multilaterale organisaties	458,5	31,1%
Gouvernementele samenwerking via Enabel	425,9	28,9%
rest (staatsleningen,e.d.)	11,1	0,8%

Omdat de DGD alleen op indirecte wijze de inzet van de EU-fondsen kan bepalen, hebben we de initiële onderzoeksvraag naar wat de resultaten zijn van 9 jaar Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector, aangepast naar: “Beïnvloeden we de EU op een zodanige manier dat we redelijkerwijs mogen aannemen dat België bijdraagt tot betere resultaten op het terrein voor gezondheid?” De tweede onderzoeksvraag blijft dezelfde: “Wat leren we uit de antwoorden op de eerste vraag over de werking van de DGD?”

EU en ontwikkelingssamenwerking.

De EU-financiering voor ontwikkelingssamenwerking komt uit twee bronnen: het Europees Ontwikkelingsfonds (EOF) en de algemene EU-begroting. Het EOF, verstrekt hulp aan 79 landen uit de Afrikaanse, Caribische- en Stille Oceaan-regio (ACP-landen). Met elk van deze landen komt de EU een meerjarige landenstrategie overeen. Het 11^{de} en huidige EOF dat van 2014 tot en met 2020 loopt, heeft een budget van 30,5 miljard euro.¹¹⁶ De EU-lidstaten spijzen het fonds rechtstreeks, buiten het EU-budget om Het heeft een andere verdeelsleutel en eigen financiële regels. Alle andere ontwikkelingssamenwerking van de EU komt uit het EU-budget en wordt gespendeerd via een veelheid van geografische - en thematische instrumenten maar de focus is vooral geografisch.¹¹⁷

¹¹⁶ 9^{de} EOF (2000-2007) 8 jaar; 10^{de} EOF (2008-2013) 6 jaar; 11^{de} EOF (2014-2020) 7 jaar.

¹¹⁷ Andere **geografische instrumenten** zijn:

- Het Europees Nabuurschapsinstrument (**European Neighbourhood Instrument – ENI**) financiert ontwikkelingsactiviteiten in landen rond de EU, die (nog) ver af staan van een eventueel lidmaatschap (zowel in Oost-Europa als in Noord- Afrika) en bedraagt 15,4 miljard euro op de EU-begroting voor de periode 2014-2020.
- Het Instrument voor pre-toetredingssteun (**Instrument for Pre-Accession – IPA**) financiert ontwikkelingsactiviteiten in kandidaat-lidstaten met een budget van 11,7 miljard euro op de EU-begroting voor de periode 2014-2020. Huidige kandidaat-lidstaten zijn de Westelijke Balkanlanden en Turkije.

Via het directoraat-generaal voor nabuurschapsbeleid en uitbreidingsonderhandelingen (DG NEAR) verantwoordelijk voor het EU-beleid inzake toetredingen en samenwerking met de oostelijke en zuidelijke buurlanden van de EU en via het directoraat-generaal voor ontwikkelingssamenwerking (DG DEVCO) verantwoordelijk voor het formuleren van de internationale samenwerking en het ontwikkelingsbeleid van de EU, wordt een groot deel van de officiële EU-ontwikkelingssamenwerking geprogrammeerd en uitgevoerd. Het directoraat-generaal voor de Europese civiele bescherming en humanitaire hulp (DG ECHO) is verantwoordelijk voor humanitaire hulp. Het Kennisdocument heeft het niet over humanitaire hulp maar raakt het even aan via de ontwikkelingssamenwerking in de DRC. De EU poogt deze beleidsdomeinen beter op elkaar af te stemmen.¹¹⁸ De programmatie wordt samen met de *European External Action Service* uitgevoerd. Dat moet synergie garanderen tussen het ontwikkelingsdomein en andere gebieden van externe actie door de EU.

EU maakt werk van taakverdeling en vrijwillige samenwerking onder EU-leden in ontwikkelingssamenwerking via een over meerdere jaren uitgespreid proces. De EU heeft al een lang parcours van initiatieven achter de rug om tot een gemeenschappelijk, gecoördineerde visie en actie tussen alle EU-donoren te komen. *Agenda for Change* (de Raad, 2012) en *the New European Consensus on Development* (de Raad, lidstaten, Europees Parlement, en de EC, 2016) zijn daarvoor de geldende, richtinggevende documenten. Meer dan 10 jaar geleden detailleerde de *EU Code of Conduct on Division of labour in Development Policy* (EC, 2007) al dat de EU-donoren hun activiteiten bij voorkeur dienen te concentreren op een beperkt aantal sectoren in een beperkt aantal landen.

Joint programming, recent herdoopt tot *Working Better Together*, is de laatste en meest verregaande ontwikkeling in de rij. *Joint programming*, als politiek voornemen prominent aanwezig in de *Agenda for Change*, is, in navolging van de Verklaring van Parijs, een inspanning van de Europese Commissie en van de lidstaten om ontwikkelingssamenwerking in de partnerlanden waarin men gezamenlijk optreedt, doeltreffender te maken.¹¹⁹ Uiteindelijk moet het proces uitmonden in de

-
- Het Instrument voor Ontwikkelingssamenwerking (***Development Cooperation Instrument – DCI***) financiert voornamelijk ontwikkelingsactiviteiten in niet-ACP-landen (waaronder nabuurschapslanden die ook ontwikkelingslanden zijn). Het heeft een budget van 19,66 miljard euro in lopende prijzen voor 2014-2020 en komt uit de algemene EU-begroting. 40% van dit budget wijst de EU niet geografisch maar aan bepaalde thema's (al dan niet in geografische zones van het EOF) via twee thematische programma's: (1) het *Global Public Good and Challenges* (GPGC) programma dat onder meer werkt rond *human development* (met inbegrip van *decent work, social justice & culture*) en waar het geld dat naar gezondheid gaat vooral via het *Global Fund to fight Aids Tuberculosis and Malaria* en de *Global Alliance for Vaccines & Immunization* en het *Pan-African Programme* loopt en (2) het *Civil society organisations and local authorities programma* dat de civiele maatschappij een groter rol wil zien spelen in ontwikkelingsstrategieën.

Daarnaast bestaan er ook **thematische instrumenten** voor specifieke thema's zoals mensenrechten (via het Europees Initiatief voor Democratie en Mensenrechten – EIDHR) vrede en veiligheid.

¹¹⁸ Een belangrijke vaststelling in de evaluatie van het 10^{de} EOF was dat DG ECHO en DG DEVCO hun activiteiten onvoldoende op elkaar afstemmen. De inspanning die men zich getroost om het anders te proberen, pleit voor de EU als lerende organisatie. Uit het Memisa-project in de DRC waar de integratie van humanitaire hulp in de ontwikkelingssamenwerking centraal staat, kunnen we op relatief directe wijzen meevolgen of deze betrachting goede slaagkansen heeft.

¹¹⁹ Objectieven van *EU Joint Programming* zijn te vinden in de *Council Conclusions* van mei 2016: “*Stepping Up Joint Programming*,” uitvoering van de *Global Strategy* en de *New Consensus on Development*. Een “*credible, joined up and responsive Union*” dient hier uit voort te vloeien.

vervanging van de bilaterale programmeringsdocumenten van de lidstaten door gezamenlijke EU-programmering. *Joint programming* wordt opgesplitst in een aantal stappen die zich grotendeels in de lokale EU-donorcoördinatie afspelen: (1) een gedeelde EU-analyse en een gezamenlijk antwoord op de ontwikkelingsstrategie van het ontwikkelingsland. De EU en de lidstaten geven (2) een aanwijzing van de sector waarin ze zullen tussenkomen. (3) Dit leidt uiteindelijk tot duidelijke afspraken rond taakverdeling en (4) aanwijzingen omtrent meerjarige budgetten per sector en per donor. De stand van zaken in 2018 was de volgende: in een zestigtal ontwikkelingslanden maakten de EU-lidstaten met de EC wat vooruitgang in het *Joint Programming*-proces: in 24 landen kwamen lidstaten een gezamenlijke strategie overeen, in 7 partnerlanden vervangen gezamenlijke programmeringsdocumenten de bilaterale en in 11 partnerlanden volgen de EU-lidstaten en de delegatie een gemeenschappelijk resultatenkader op. In Uganda heeft België het werk geleid rond een *Joint Strategy*, maar stagneert de uitvoering ervan door o.m. de politieke situatie, zoals ook het geval is in Burundi.

Burundi: fragilité oblige?

Of hoe politieke positionering afleidt van een daadwerkelijke gezamenlijke programmatie.^{120 121}

In de loop van 2012 maakten de EU-donoren (België, Duitsland, Frankrijk en Nederland) in Burundi een gemeenschappelijke analyse van het *Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte Contre la Pauvreté* (CSLP II) en een stand van zaken van de lopende ontwikkelingsprogramma's. Pas nadien, begin 2014, rondde de EU-donoren het document van de *Programmation Conjointe Intermédiaire* af. Alle ambassadeurs - aanwezige EU-lidstaten en de delegatie - betuigden hun steun aan dit gemeenschappelijk programma. De gezamenlijke programmatie nam ook het *Programme Indicatif National* (PIN) van het 11^{de} EOF van de EU-delegatie de voornaamste punten met de lidstaten besprak. De bedoeling van deze oefening is om op termijn veel meer coherentie in te bouwen tussen de programma's van de Commissie en de lidstaten. Naast een contextanalyse voor elke sector, bleef het echter een opeenstapeling van individuele programma's weliswaar onder een gezamenlijk "kopje". De oefening liet wel toe om de acties beter op elkaar af te stemmen en elkaar aan te vullen.

In 2014 en 2015 nam het Europees Parlement verschillende strenge resoluties aan over de situatie in Burundi waarin het Parlement bijvoorbeeld vraagt om consultaties overeenkomstig artikel 96 te overwegen.¹²² Om dit

Zie: Council of the European Union (2016). *Stepping up Joint Programming*. [Council conclusions 12 May 2016, document number 8831/16] Geraadpleegd op 8/11/2018 via <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-8831-2016-INIT/en/pdf>

¹²⁰ Ambassade van België in Bujumbura (2015). *Burundi – Document de Programmation Conjoint Intermédiaire* [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Bujumbura met nummer 2015/100.] Bujumbura: Ambassade van België.

¹²¹ Ambassade van België in Bujumbura (2016). *Burundi – EU Joint Programming Council Conclusions en State of Play in Burundi*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Bujumbura met nummer 2015/655.] Bujumbura: Ambassade van België.

¹²² In de werking van het EOF zijn **politieke voorwaarden** een sterk ontwikkelde as. De juridische basis daarvoor is te vinden in de in 2000 aangenomen Overeenkomst van Cotonou die de Overeenkomst van Lomé van 1975 vervangt. De EU en de ACP-landen verklaren in de Overeenkomst van Cotonou dat mensenrechten, democratische beginselen en de rechtsstaat essentiële elementen van het partnerschap en belangrijke pijlers voor lange-termijnontwikkeling zijn. Ten aanzien van de ACP-landen eist men dus o.m. goed bestuur, democratie en, respect voor mensenrechten. In het geval van Burundi oordeelde de EU dat Burundi deze essentiële elementen van het *Cotonou Partnership Agreement* niet respecteert. Het artikel 8 slaat op de

te vermijden 2015 voerden de aanwezige EU-donoren en de delegatie, met Burundi een “versterkte artikel-8 dialoog”, met weinig resultaat. De consultatie op 8 december 2015 mondde tenslotte uit in de onvermijdelijke vaststelling dat Burundi tekort schoot in het respecteren van de bepalingen van het Cotonou-akkoord over mensenrechten, de rechtstaat en de toepassing van democratische principes. Uiteindelijk besliste de EU-Raad van 15 maart 2016 over een lijst van door Burundi te realiseren concrete acties in voornoemde domeinen. Die beslissing verplichtte de EU bijna ¾ van het voorziene 430 miljoen Euro samenwerkingspakket onder het 11de Europees Ontwikkelingsfonds te heroriënteren naar projecten gericht op directe noden van de bevolking.

Door het Artikel-96-proces was de bereidheid tot gezamenlijk optreden vooral op politieke boodschappen gericht. Daaruit volgden afspraken over heroriëntering van de programma’s van de commissie en de vier Europese lidstaten.¹²³ De Belgische ambassade betreurde toen dat de politieke beslissing het proces van gezamenlijke programmering vertraagde en pleitte voor een verderzetting richting gezamenlijke analyse en beheer van de risico’s, zoals aanbevolen door het *OESO/DAC International Network on Conflict en Fragility*.

De EU is een kleinere speler in de gezondheidssector dan men zou verwachten.

De EU besteedt 5% van de ontwikkelingssamenwerking aan gezondheid. De Europese Raad bepaalt de algemene prioriteiten maar het Directoraat-generaal voor internationale samenwerking en ontwikkeling (DG DEVCO) is belast met de uitvoering van het Europees beleid en thematische programma’s rond gezondheid (*global health*). Binnen de DG DEVCO is het de eenheid B4 (*Education, Health, Culture*), vallend onder het directoraat B (menselijke ontwikkeling en migratie) dat het onderwerp behartigt.¹²⁴

In 2016 was 5% of 0,9 miljard Euro van de *EU-Official Development Aid* (ODA) voor gezondheid bestemd.¹²⁵ Het bovenstaande cijfer bevat ook de berekende bijdragen van de Europese instellingen aan het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria*, *Global Alliance for Vaccines & Immunization* (Gavi), *United Nations Relief and Work Agency for Palestine Refugees in the Near East*

politieke dialoog die voorzien is in de Overeenkomst van Cotonou. Bij stagnatie van de politieke dialoog kan men een aantal voorwaarden instellen waaronder de (gedeeltelijke) opschorting van de hulp. Dit pakket van *appropriate measures* en het proces om deze in te voeren, is geregeld via artikel 96 van de Overeenkomst van Cotonou.

¹²⁴ Omdat de Europese Commissie het uitvoerend orgaan is voor de EU, heeft het wat ontwikkelingssamenwerking betreft, voor alle beleid het initiatiefrecht behalve in het domein van het gemeenschappelijk buitenlands- en veiligheidsbeleid (*Common Foreign and Security Policy* (CFSP)). Daarom zullen we in dit stukje vooral over “**Commissie**” spreken.

¹²⁵ <https://donortracker.org/eu/globalhealth>

Het gaat hier over de *Official Development Aid* van de EU-instellingen. Het is een berekend bedrag. De basis is: enerzijds uitgaven voor ontwikkelingssamenwerking die de Europese Commissie aan het *Development Committee* (DAC) rapporteert en uit de DAC-database te halen zijn en anderzijds verdeelsleutels die de multilaterale organisaties ter beschikking stellen. Het DAC berekent voor de Europese instellingen bijvoorbeeld geen (theoretische) bedragen voor hulp naar landen (en sectoren) als dat via bijdragen aan de respectieve algemene budgetten (*core contributions*) van de multilaterale organisaties gebeurt. In de DAC-terminologie heet dit *multilateral imputed contributions*.

Over het algemeen geeft de EU trouwens weinig *core fundng* (1% van het totale budget). Maar voor de gezondheidssector ligt dit percentage wel hoog. In 2017 bijvoorbeeld, kreeg UNICEF van de EU 65% van de bijdrage onder de vorm van *core funding*. De commissie is trouwens een belangrijke donor van UNICEF (derde donor), het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria* en de *Global Alliance for Vaccines & Immunization*. Zie: https://www.unicef.org/about/annualreport/files/PPD_2017_AR.pdf

(UNRWA), UNICEF en de WHO. Bijdragen aan het algemeen budget van multilaterale organisaties in de gezondheidssector bedroegen in 2016 27% van de EU-ODA of 242 miljoen Euro.

De belangrijkste financieringsinstrumenten voor de EU-steun aan gezondheid in ontwikkelingslanden waren het *Europees ontwikkelingsfonds* en het *Development Cooperation Instrument*.¹²⁶ De commissie gaf via deze instrumenten 5,8 miljard euro aan gezondheid over de periode 2009-2017. Ter vergelijking: de Belgische ontwikkelingssamenwerking besteedde in dezelfde periode in totaal 1,5 miljard aan gezondheid, waarvan 12% via de EU.

België legt in de EU-experten-vergadering systematisch de relatieve daling van het aandeel van de financiering voor gezondheid in de totale EU-ODA voor, doch met matig succes.¹²⁷ De *Peer Review* van de EU merkte eveneens een eerder lage besteding voor *human development*.¹²⁸ We stellen vast dat gezondheid niet het gewicht krijgt in de EU-portefeuille die het in de Belgische heeft.^{129 130} Op wereldschaal ging er in 2016 21,4 miljard euro ontwikkelingssamenwerking naar gezondheid: 13% van de totale ODA. Dit aandeel fluctueert over de jaren tussen de 13 en de 15%.

Omdat de EU nog altijd veel algemene budgetsteun geeft, zou men kunnen argumenteren dat bovenstaande cijfers het belang van de EU in gezondheid enigszins onderschatten. In 2016 zou op deze manier nog 187 miljoen euro extra aan gezondheid ten goede zijn gekomen.¹³¹

¹²⁶ De totale EU-financiering voor ontwikkelingssamenwerking over de periode 2014-2020 komt voor 60,8% uit het DCI en het EOF. (zie: <https://ec.europa.eu/europeaid/node/102322>)

Er is geen overzicht beschikbaar van de sectorale toewijzing van de EU-middelen uit de diverse financiële instrumenten. Het **eerste EU results report van 2015** maakt deze koppeling wel maar dan tussen gerapporteerde resultaten en de respectieve financiële instrumenten. De resultaten in de gezondheidszorgsector blijken vooral via financiering uit het Europees ontwikkelingsfonds of het *Development Cooperation Instrument* te zijn gerealiseerd. Dit leidde tot de redenering dat middelen van voornoemde financieringsinstrumenten meer op gezondheid inzetten dan de andere financiële instrumenten van de EU. Dit staat ons toe te zeggen dat voor gezondheid het DCI en het EOF de belangrijkste bronnen van financiering zijn. https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/eu-results-report_2013-2014_en.pdf

¹²⁷ Dit is ook stevast de tussenkomst van G. Spanooghe in de *EU-expert meeting* over gezondheid, medewerker van de Vlaamse administratie bevoegd voor ontwikkelingssamenwerking.

¹²⁸ OECD (2018). *Review of the Development Co-operation Policies and programmes of the European Union*. [Draft Secretariat Report DCD/DAC/AR(2018)2/25/PART2]. Paris: OECD Publishing.

¹²⁹ Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2008). *Beleidsnota: het recht op gezondheid en op gezondheidszorg*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

¹³⁰ Internationaal beveelt men aan om 0,1% van het BNI aan hulp voor gezondheid te besteden. Voor een donor die de afspraak nakomt om 0,7% van het BNI aan ontwikkelingshulp te besteden, zou 1/7^{de} of ongeveer 14% van de ODA naar gezondheid dienen te gaan. Geherformuleerd naar een *benchmark* die past in een EU-context zou de aanbeveling kunnen luiden dat 1/7^{de} of 14% van de totale Europese ODA voor gezondheid moet dienen, nu is dat 1/20^{ste} of 5%. De vraag moet uiteraard gesteld (en beantwoord) het wenselijk is dat de EU prominenter aanwezig is in de gezondheidssector. In de DGD is dit, in tegenstelling tot de Vlaamse administratie voor buitenlands beleid, geen *standing instruction*.

¹³¹ Zie <https://donortracker.org/eu/globalhealth> Deze gebruikt de *Muskoka methodology*, die aanneemt dat ongeveer 10% van *general budget support* de gezondheidssector ondersteunt.

Officiële Ontwikkelingssamenwerking (ODA) voor gezondheid Globaal, EU, topvijfdonoren en België vergeleken			
<i>ODA naar gezondheid van:</i>	<i>Bedrag in euro</i>	<i>Periode</i>	<i>Relatief belang</i>
Gezondheid Europees Ontwikkelingsfonds en Instrumenten voor Ontwikkelingssamenwerking	5,8 miljard	2009-2017	=5% van totale EU ODA.
België (inclus de uitgaven via EOF en DCI die ongeveer 12% van de Belgische ODA voor gezondheid vormen)	1,5 miljard	2009-2017	Financieel gewicht van België hierin is 4%.¹³² =13% voor gezondheid van totale Belgische ODA
Alle EU-instellingen: totale uitgaven voor ontwikkelingssamenwerking aan gezondheid	906 miljoen¹³³	2016	Financieel gewicht van België hierin is 4%
<i>Waarvan:</i>			
<i>EU sectorale budgetsteun in gezondheid</i>	<i>96 miljoen</i>	<i>2016</i>	<i>=7% van alle EU budgetsteun</i> <i>10% van GBS theoretisch toegekend aan gezondheidssector, bovenop de 906 miljoen euro EU-ODA</i>
<i>Europees ontwikkelingsfonds: algemene budgetsteun</i>	<i>187 miljoen</i>	<i>2016</i>	<i>Waarvan 40% of 110 miljoen naar UNICEF</i> <i>27% van de totale uitgaven voor gezondheid, met focus op het Global Fund</i>
<i>Geoormerkte bijdragen aan multilaterale organisaties</i>	<i>285 miljoen</i>	<i>2016</i>	
<i>Core funding</i>	<i>242 miljoen</i>	<i>2016</i>	
Wereldwijd	21,4 miljard	2016	=13% van alle ODA
Verenigde Staten	8. 923 miljoen	2016	Grootste donoor voor Gezondheid

¹³² Omdat **België 4% bijdraagt aan het budget van de EU**, kunnen we stellen dat 4% van het vermelde bedrag voor het DCI “Belgisch” geld is. De 4 % is een berekening: om een algemeen percentage te geven van het Belgische aandeel in de totale EU-ODA (DCI en EOF samen) over de periode 2009-2017 zijn “3,5%” maar nog eerder “4%” goede afrondingen. Ze houden rekening met de relatief grotere bijdrage aan het EU-budget dan aan het EOF. Het Belgische aandeel in de totale ODA van de EU hangt namelijk af van de verhouding tussen Belgische bijdragen in het EU-budget en de EOF-bijdragen die buiten het EU-budget om gebeuren. Het Belgische aandeel in het EOF was voor 2009-2013 :3,92%; voor 2014-2020: 3,24927%. Voor de Belgische bijdrage aan het EU-budget verschilt het percentage al naar gelang de berekenwijze (op basis van ons BNI is het 2,83%. Op basis van algemene bijdragen in 2014 = 3,98% en voor 2017 = 4,25%). 4% is dan een gewogen gemiddelde van 3,25% en 4,25%.

¹³³ Het jaar 2016 is o.m. voor gezondheid een “goed” jaar wat EU-ODA betreft. Hoewel de stijging vooral naar economische infrastructuur en humanitaire hulp ging, was er ook een stijging voor het budget van basisinfrastructuur en nutritionele gezondheid vast te stellen. Dat maakt het tot een minder goed referentiejaar. De keuze is toch op 2016 gevallen omwille van de beschikbaarheid van de gegevens in de *donor tracker*. <https://donortracker.org/eu/globalhealth>.

<i>ODA naar gezondheid inclusief de bijdragen aan het EOF en EU-budget van:</i>	<i>Bedrag in euro</i>	<i>Periode</i>	<i>Relatief belang</i>
Verenigd Koninkrijk	2.190 miljoen	2016	2 ^{de} donor
Duitsland	1034 miljoen	2016	3 ^{de} donor
Frankrijk	853 miljoen	2016	4 ^{de} donor
Japan	814 miljoen	2016	5 ^{de} donor
België	145 miljoen	2016	14 ^{de} donor

Bron: <https://donortracker.org/eu/globalhealth>

Overheden van partnerlanden willen liever EU-hulp voor economische infrastructuur. Dat EU-hulp relatief minder naar gezondheid gaat, ligt deels aan de keuzes van de ontwikkelingslanden zelf. Bij de onderhandelingen over de landenstrategie van het Europees Ontwikkelingsfonds kunnen de ontwikkelingslanden twee sectoren kiezen en dat blijkt meestal niet de gezondheidssector maar wel economische infrastructuur te zijn,¹³⁴ vandaar een besteding aan gezondheid in het EOF van net geen 4%.¹³⁵ Een andere reden is dat de EU sinds 2004 een 20% *benchmark* instelde voor allocaties naar gezondheid en vorming zonder ze evenwel te halen. De begrenzing bleef maar de sector gezondheid en onderwijs werd verbreed tot “sociale inclusie en menselijke ontwikkeling”. Daarmee concurreert gezondheid nu ook met sociale zekerheid en waardig werk. Iets meer dan de helft van de middelen voor “sociale inclusie en menselijke ontwikkeling”, 57% namelijk, ging in de periode 2007-2013 nog naar gezondheid. Na 2013 is de toewijzing aan gezondheidsactiviteiten nog eens sterk gedaald.¹³⁶

De bilaterale hulp van de EU is sterk geconcentreerd. Voor het ogenblik zijn er 17 landen waarin gezondheid belangrijk is.¹³⁷ Dat is een pak minder dan het vorige meerjarig financieel kader van 2007-2013 waarin dat voor 44 landen het geval was.¹³⁸ Het 11^{de} EOF heeft ook een Intra-ACP strategie voor typisch gemeenschappelijke uitdagingen van ACP-landen dat de nadruk legt op

¹³⁴ Development Co-operation Directorate Development Assistance Committee (2018) *Review of the Development Co-operation Policies and Programmes of the European Union* [draft secretariat report DCD/DAC/AR(2018)2/25/PART2] Paris: OECD.

¹³⁵ De vaststelling dat de EU weinig spendeert aan « human development », waarvan gezondheid een onderdeel is, lezen we ook in de *Peer Review* van de EU van 2018.

¹³⁶ Op basis van een presentatie van Europeaid die we ontvingen door de inspanningen van Marc Laplasse over de besteding in de sector humane ontwikkeling in de periode 2007-2013 zien we de volgende verdeling: **cultuur** 50 miljoen euro (5%), **gender** 67 miljoen euro (7%), **sociale cohesie en tewerkstelling** 82 miljoen euro (8%), **Kinderen en jeugd** 90 miljoen euro (9%), **onderwijs en vaardigheden** 137,9 miljoen euro (14%), **gezondheid** 587 miljoen euro (57%).

¹³⁷ Afghanistan, Belize, Burkina Faso, Burundi, Centraal-Afrikaanse Republiek, DRC, Ethiopië, Grenada, Guinee-Conakry, Guinee-Bissau, Mauritanië, Marokko, Nigeria, Soedan, Zuid-Soedan, Tajikistan en Zimbabwe.

¹³⁸ Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf> p43.

uitwisselen van ervaring en synergie tussen de ACP-landen. Deze financiering gaat voor gezondheid bijvoorbeeld naar een EU/ACP/WHO-partnerschap dat toegang tot medicatie wil verzekeren.

Global Fund en UNICEF goed bediend door de EU. De middelen voor het thematisch programma *Global Public Goods and Challenges* (2014-2020) en voor de *Global Health Initiatives* komen uit het *Development Cooperation Instrument*. In 2016 ging 27% van de totale EU-hulp voor gezondheid via *core funding* naar multilaterale organisaties, wat overeen komt met 242 miljoen euro. De helft daarvan gaat naar de *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, wat deze organisatie tot de belangrijkste ontvanger maakt van EU *core funding*. UNICEF ontving in 2016 110 miljoen euro wat de organisatie net achter het *Global Fund* rangschikt.

Wat willen we van de EU om goede ontwikkelingsresultaten voor gezondheid te halen?

De vraag wat we willen van de EU, kunnen we niet beantwoorden op basis van een uitgeschreven DGD-strategie. Het antwoord op de vraag wat we van de EU willen kwam pas met het Kennisdocument naar boven, meer bepaald door de vastgestelde coherentie tussen EU- en Belgische standpunten en *dito* aanpak in de gezondheidssector in voornamelijk de DRC en Burundi.

De Commissie en België zijn de *hardliners* van de versterking van gezondheidszorgsystemen. Voor België en de EC is de steun voor gezondheid in ontwikkelingslanden in de eerste plaats steun voor de uitbouw van een functioneel gezondheidszorgsysteem. L. Steurs (2018) deelt België in bij de type 1-donoren, samen met de EU, Zwitserland, Spanje, Denemarken en Vlaanderen en noemt ze *hardliners* door de sterke focus op de versterking van basisgezondheidssystemen.¹³⁹ Een resolutie in 2010, gepubliceerd door het Europees Parlement over gezondheidszorgsystemen in Sub-Sahara-Afrika en de globale gezondheidsproblematiek, vermeldt trouwens dat de Commissie dient te focussen op systeemversterking omdat de verticale aanpak nooit een substituut kan zijn voor een duurzame horizontale benadering van basisgezondheidszorg.¹⁴⁰

¹³⁹ **Type 1-donoren** (België, de EU, Zwitserland, Spanje, Denemarken en Vlaanderen) heten *hardliners* in de versterking van basisgezondheidssystemen. **Type 2-landen** (Nederland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk) hebben een erg **flexibelere benadering** door zich minder te richten op de staat en hun houding te laten afhangen van de *governance*-situatie en zich te richten op welbepaalde onderwerpen. Ze hebben zowel van de basisgezondheidszorg als van systeemversterking de voorbije jaren wat afstand genomen. **Type 3-donoren** (Italië en Ierland) hebben een minder duidelijke aanpak. Hoewel ze de staat meer betrekken dan de type 2-donoren, hebben ze een minder uitgesproken visie over systeemversterking dan de type 1-donoren. Bovendien focussen ze in sommige gevallen op erg specifieke onderwerpen (zoals type 2) afhankelijk van de met het ondersteunde land genegotieerde programma's en projecten. Een **type 4-donor** (Frankrijk) geeft dan weer meer **voorrang aan mondiale gezondheidsinitiatieven** (zoals het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria*, *Global Alliance for Vaccines & Immunization*) maar pleit voor een brede focus en een grotere mate van betrokkenheid van de staat in de beleidsdialoog met deze organisaties.

Zie: Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf>

¹⁴⁰ European Parliament (2010). Resolution of 7 October 2010 on health care systems in sub-Saharan Africa and global health. [2010/2070(INI)]. Geraadpleegd op 8/11/2018 via <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2010-0355&language=EN&ring=A7-2010-0245>

Ter illustratie: de objectieven van het 11de ontwikkelingsfonds voor de DRC

Het 11^{de} EOF in gezondheid wil (1) toegang tot kwalitatieve gezondheidsdiensten ondersteunen, en dan vooral voor de arme bevolking zoals vrouwen en kinderen, (2) de gezondheidszones waar humanitaire hulp en verticale interventies lopen, integreren in de doel-provincies en (3) de institutionele capaciteit van het Ministerie van gezondheid op centrale en provinciale niveau ondersteunen. Totaal budget: 145 miljoen euro.

Voor Burundi, DRC, het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria* en de WHO op dezelfde duidelijke lijn. We verhelderen met concrete voorbeelden verderop in de tekst, dat de EC en België op het punt van systeemversterking van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, elkaar goed weten te vinden. Dat is het geval in Burundi en de DRC en dat is ook zo voor de positionering van de EC en België ten aanzien van het *Global Fund*.

Uitvoering door Enabel voor de EU van een programma onder de vorm van Performance Based Finance, maakt de Belgische voetafdruk veel groter en zou tot betere resultaten kunnen leiden.¹⁴¹

Enabel voert in Burundi een programma uit dat DEVCO financiert : *Programme d'appui au système de santé à travers l'outil de Financement Basé sur les Performances* met een budget van 18.338.268 euro. Tijdens de tweede helft van 2015 schortte België, omwille van de verkiezingsonrust, de hulp op.¹⁴² Door toedoen van de donoren (*Groupe des Partenaires en Santé/GPFS*) verving de EU- en Wereldbankfinanciering de Belgische. Naar aanleiding van de politieke crisis in Burundi had de EU beslist om de sectorale budgetsteun in de gezondheidssector van 2010 tot 2015, volledig om te zetten in *Performance Based Financing*. De Europese Delegatie selecteerde Enabel om het PBF-programma uit te voeren. Enabel paste de initiële werkwijze aan, om rechtstreekse samenwerking met de overheidsinstanties die in PBF normaliter een actieve rol hebben, te vermijden, een gevolg van de Artikel 96 dialoog.

De EC zetelt in de raad van beheer (*board/conseil d'administration*) van het *Global Fund* die 2 maal per jaar bijeenkomt. De EU-kiesgroep bestaat uit de EC, België, Italië, Portugal en Spanje.¹⁴³ Samen is

¹⁴¹ Zie bijlage 3.

¹⁴² De politieke veroordeling van België van het toenmalig bewind in Burundi, leidde tot de beslissing van Minister A. De Croo om alle gouvernementele samenwerking op te schorten die niet rechtstreeks aan de bevolking ten goede komt.

¹⁴³ EU-donors zijn in het *Global Fund* vertegenwoordigd via de *board* die bestaat uit 28 kiesgroepen: 10 donor kiesgroepen, 10 kiesgroepen van uitvoerders en 8 niet-stemgerechtigde leden. De EU-donoren zijn verdeeld over 5 kiesgroepen: (1) de EU, België, Italië, Portugal en Spanje, (2) Frankrijk, (3) Duitsland, (4) het VK (5) de 7-koppige groep met Denemarken, Noorwegen, Ierland, Luxemburg, Nederland en Zweden). Een document van de DGD beschrijft **welke beheersorganen** er, behalve de raad van beheer, het GF verder nog instelde: een **secretariaat met een directeur** die verantwoordelijk is voor financiële en administratieve procedures van het GF zoals het opstellen van de akkoorden m.b.t. de giften, een **technische beoordelingscomité (TRP)** van 25 tot 40 onafhankelijke wetenschappers, **gespecialiseerde comités voor de opvolging**, opgezet door de beheerraad en een 2-jaarlijks **partnerplatform** ter overleg. Op lokaal/nationaal niveau komt een **Nationaal Coördinatie Comité (CCM)** samen dat de financieringsaanvragen voor het GF ontwikkelt en nadien toezicht houdt op de uitvoering. Het CCM benoemt een **hoofdontvanger (Principal Recipient, Récipiendaire Principal)** die de gelden

de kiesgroep 6 à 7% van de middelen van het *Global Fund* waard. Een niet onaanzienlijk gewicht. De EC zit op dezelfde lijn als België wat aandachtspunten betreft. Een aantal weken voor de raad van bestuur van het *Global Fund* overleggen de respectieve hoofdzetels.

De EC-kiesgroep heeft altijd gestreefd naar een “horizontalisering” van het *Global Fund* door een duidelijke stem te laten horen in een tot op heden onbeslecht debat over het belang van de versterking van het gezondheidszorgsysteem enerzijds versus de impact van gefocuste, ingeperkte kosten-efficiënte interventies anderzijds.¹⁴⁴ We mogen veronderstellen dat de discussie zich baseert op observaties van het terrein over de werking van het *Global Fund*. Lokale coördinatie, in de GF-landen blijft al bij al beperkt, met als uitzondering de keren dat de *Groupe inter-bailleur de Santé* (GIBS) in de DRC de voorbereiding van de raad van bestuur van het *Global Fund* heeft geagendeerd en het fonds ook zo veel mogelijk in de donorcoördinatie probeerde te betrekken.

De EU kan zich als grote donor relevant uitspreken over een sector. Uitspraken over een Belgische aanpak in een sector, gebeuren op basis van een steekproef die te klein is voor relevante vaststellingen in de hele sector. Een grote donor zoals de EU, met een uitgebreide portefeuille is daarvoor beter geplaatst. De audit in de DRC is een mooie *case* om conclusies over de Congolese gezondheidssector te trekken die het potentieel hebben om voor alle gezondheidsactoren nuttig te zijn.

Een klinische audit in 2018 over de kwaliteit van de zorgverlening in de DRC in de zones die de EU ondersteunt.

De Belgische ambassade is overtuigd dat ziet de EU-oefening voor alle provincies in het land, onafhankelijk van de ondersteunende partner, getrokken lessen en aanbevelingen kan veralgemenen naar alle gezondheidsactoren die werken aan:

- het belang van informatisering voor medische en farmaceutische doeleinden
- zo goed mogelijk beheer van medicatie om hun beschikbaarheid te verhogen,
- beter financieel beheer en relatie tot de forfaitaire tarifiering,...

rechtstreeks ontvangt en ze al dan niet kan doorstorten naar (andere) uitvoerende organisaties (*sous-réceptiendaires*) of zelf uitvoert. Het GF contracteert zelf een lokale **zaakwaarnemer** (*Local Fiduciary Agent*, LFA), een onafhankelijke firma, die ogen en oren van het GF, die advies geeft aan het GF over de capaciteit van de hoofdontvanger, de uitvoering van de programma's controleert en daarover het GF informeert en adviseert en vooral een rol speelt in het risicobeheer van de gelden en fraudebestrijding.

.Zie : Direction générale de la coopération au développement – DGD (2011). *Cadre de coopération avec le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria 2011 – 2018*. Bruxelles : Service Public Fédéral Affaires Etrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement.

¹⁴⁴Een horizontale aanpak legt de focus op basisgezondheidszorg en op het geheel van het gezondheidszorgsysteem. Dit betekent vaak: inspanningen leveren om de bestaande gezondheidsstructuren te versterken. Men stelt dat dit op de lange termijn, duurzamer is. Nadeel is de abstractheid van het concept en de moeilijkheid om de resultaten ervan te meten. (zie: Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf> p. 5.)

Ter besluit: hoewel we geen strategie formuleren m.b.t. de gewenste EU-gedragslijn in de gezondheidssector, blijkt de Belgische ontwikkelingssamenwerking volgende aspecten te verwelkomen: (1) de focus op systeemversterking, (2) de uitvoering via Enabel, (3) de financiële *leverage* van de EU om invloed te kunnen uitoefenen in de *board* van het *Global Fund*, (4) de evaluatiecapaciteit van de EU om zich als grote donor relevant uit te spreken over de resultaten van de hulp in gezondheidssector in een bepaald land.

De EU werkt met Belgische fondsen: wat hebben we over dit Belgisch geld dan te zeggen?

Een financieel lichtgewicht kan toch zwaar wegen. Afgerond draagt België ongeveer 3,5 à 4 % bij aan de EU-fondsen voor ontwikkeling (EOF en budget). Binnen de Raadswerkgroepen, geeft dat dus een theoretisch soortelijk gewicht van 3,5% à 4%.¹⁴⁵ Ook in de uiteindelijke beslissingen over de interventies zelf, via de *comitologie*, kan België eenzelfde gewicht in de schaal werpen. In de praktijk is België veel actiever binnen het EOF-comité, en de raadswerkgroepen zoals de *Working Party on Development Cooperation* CODEV (normering van ontwikkelingssamenwerking) en ACP (opvolging en uitvoering van het Cotonou akkoord). Aanwezigheid en actieve deelname zijn, wat België betreft, stevast verzekerd. Een aantal landen vinden hun aanwezigheid in de comités –in de werkgroepen niet belangrijk genoeg en gebruiken daarmee hun potentiële invloed niet. Omdat bepaalde lidstaten regelmatig verstek laten gaan, vergroot het gewicht van de aanwezigen.

Het beleid van de commissie beïnvloeden gebeurt ook via allerlei expertengroepen. Naast de expertise van de Commissie, vraagt men ook (extern) onderlegd advies via groepen van experts uit de lidstaten, consultants of studies. Op basis van een specifiek mandaat bediscussiëren de groepen onderwerpen waarvoor input van hoog niveau nodig is, uit verschillende bronnen, onder de vorm van opinies, aanbevelingen en rapporten en met diverse deelnemers. De input is niet bindend voor de commissie. De commissie is volledig onafhankelijk over de wijze waarop ze deze expertise en zienswijzen zal gebruiken. Dit belet bijvoorbeeld niet dat België in samenwerking met de commissie kon verkrijgen dat de 3 operationele objectieven van het huidig strategisch plan, de versterking van het gezondheidssysteem, de mensenrechten en het verminderen van de last van malaria, tuberculose en aids zijn.

Bij de uitwerking van nieuw beleid en maatregelen, zal de Commissie in principe naar de beste oplossing zoeken in belang van de EU en de EU-lidstaten. Deze groepen zijn, behalve de Commissie, niet de enige bron van expertise. Studies, Europese agentschappen, *green papers*, publieke consultaties, hoorzittingen, zijn dit ook.

¹⁴⁵ On 1 November 2014, the rules for establishing a qualified majority changed (Article 16 of the Treaty on European Union). For a proposal by the Commission or the EU's High Representative to be adopted, a qualified majority is reached if two conditions are met: (1) 55 % of the members of the Council vote in favor (i.e. 16 out of 28); and (2) the members of the Council voting in favor represent EU countries representing at least 65 % of the total EU population. This is known as the **double majority** rule. A blocking minority must include at least four EU countries.

When the Council votes on a proposal not coming from the Commission or the High Representative a decision is adopted when: (1) at least 72 % of Council members vote in favour and (2) they represent at least 65 % of the EU population.

In de Experten- groep van de EU over gezondheid speelt België boven haar gewicht.

Via de *EU Member States Experts Group on Global Health, Population and Development* laat de EU zich informeren door experts om haar beleid te bepalen. **België zit altijd de sessie rond *Universal Health Coverage* of Universele dekking voor gezondheid voor.** Dat is het onderwerp waarvoor de EU onze deskundigheid erkend.

In de EU-experten-vergadering voor gezondheid is de administratie (DGD) vertegenwoordigd. Deze informele experts-groep komt 2 maal per jaar samen. De taak, zoals geformuleerd in de EU-documenten, bestaat uit coördineren en visies uitwisselen. België zit de vaste sessie over *Universal Health Coverage by 2030 and Health Systems Strengthening* voor (Ignace Ronse (DGD) of bij afwezigheid door Catherine Dujardin (DGD) of Sander Spanooghe (Vlaanderen). Voorzitten houdt ook de verantwoordelijkheid in voor de besluiten van de sessie.

Tijdens het Belgisch voorzitterschap van de EU in 2010 nam deze groep het voortouw om, in samenwerking met Spanje, een communicatie voor te bereiden over de rol van de EU in de *Global Health Agenda*. De expertengroep vond al lang dat er verduidelijking diende te komen over de rol van de EU bij haar wereldwijde inzet voor gezondheid die verschillen wil wegwerken en wil beschermen tegen wereldwijde bedreigingen. Er moest ook aandacht gaan naar de coherentie van het intern en extern beleid en de daaruit voortvloeiende acties.

Normerende werk met blijvende impact op de EU-activiteiten in gezondheid. België speelt een actieve rol in de normatieve werkzaamheden van de EU-raadswerkgroepen. De CODEV-groep, een groep van medewerkers uit de permanente vertegenwoordigingen van de lidstaten bij de EU, zet de lijnen uit waarbinnen samenwerkingsprogramma's van de EU-instellingen dienen te passen. Soms betreffen de conclusies ook de lidstaten. Deze documenten hebben hoe dan ook een groot belang. Omdat ze, in het geval van ontwikkelingssamenwerking, een beleidsdomein betreffen dat ook de lidstaat zelf actief ontwikkelt, de zogenaamde gemengde competenties, dienen de lidstaten de beslissingen met unanimiteit te nemen. Dat houdt in, werken aan teksten waarover alle lidstaten hun akkoord zullen moeten geven.

Rond seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRHR) bestaat geen unanimiteit in de EU maar België bracht in 2015 een aanvaardbaar compromis tot stand, toegejuicht door de Ngo's.¹⁴⁶

Geboorteregeling, voorbehoedsmiddelen en abortus, het zijn erg gevoelige onderwerpen. De EU-lidstaten hebben er onderling sterk verschillende opvattingen over. De Commissie kreeg al meerdere malen af te rekenen met een veto van Polen, Hongarije en Malta rond programmavoorstellen. In 2015 probeerden een groep lidstaten aan een oplossing te werken. Een hele opgave omdat de meningen ver uiteen liggen.

België smeedde toen met een groot aantal gelijkgezinde landen een **coalitie om de standpunten rond Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten verder te verduidelijken**. Een gezamenlijke brief, ondertekend door de bevoegde ministers, bracht het onderwerp opnieuw op de discussietafel. Zoeken naar concrete taal op werkgroep-niveau, naar aanleiding van de opstelling van een set **raadsconclusies over gender in ontwikkeling**, leidde uiteindelijk naar een in mei 2015 goedgekeurde tekst. Het compromis, vrucht van letterlijk tientallen uren onderhandelen, beslaat 5 zinnen en is nog niet ideaal maar de betrokken diensten van de Commissie en alle Ngo's die in dit domein werken, vonden het een grote stap vooruit. Polen, Hongarije en Malta vielen sindsdien de tekst nog herhaaldelijk aan maar tot hertoe houdt hij nog altijd stand.

In het nieuw Financieel Meerjarig Kader (2021-2027) werd deze tekst ook opgenomen. Daar hij **nu in een juridisch raamwerk** zit, krijgt hij nog meer gewicht omdat daardoor de Commissie een basis heeft om rond Seksuele en Reproductieve Rechten te werken.

Programmering beïnvloeden. Niet alle EU-landen zijn actief in dezelfde partnerlanden en het zijn de aanwezige landen die ter plaatse bij de voorbereiding en goedkeuring zijn betrokken. De keuzes in het Europees Ontwikkelingsfonds gebeuren vooreerst in samenspraak met de respectieve partnerlanden maar dienen uiteindelijk goedgekeurd door de EU-lidstaten. Dat over het EOF, op het terrein, de donorcoördinatie gezamenlijke standpunten inneemt, zoals in de *Groupe inter-bailleur Santé* (GIBS) in de DRC, geldt als een goede praktijk die zeker ook in andere landen navolging verdient.

In programmeringsfase kunnen de lidstaten de EU dus beïnvloeden, zowel op het terrein via de EU-delegaties en donorcoördinaties, als in Brussel, via werkgroepen en comités maar ook met (politiek) lobbywerk t.a.v. andere lidstaten en de Commissie. Normaal keuren de lidstaten goed wat de Commissie voorstelt en agendeert. Indien voorstellen politieke problemen zouden opleveren, is het beter op voorhand druk uit te oefenen om ze van de agenda te laten halen.

Elkaar beïnvloeden door samen te werken: een belangrijke compagnon de route in de context van fragile partnerlanden. In de periode 2009-2017 was België actief in de gezondheidszorg van 11 ontwikkelingslanden waarvan Benin, de DRC, Rwanda, Uganda en Burundi de belangrijkste zijn. In drie landen overlappen de Belgische activiteiten in de gezondheidssector in belangrijke mate met deze van de EU: Burkina Faso, Burundi en DRC. De EU bediende Burundi voor de gezondheidssector het best. Als we België en de EU vergelijken op basis van jaarlijkse uitgaven in gezondheid over de periode 2009-2017, dan zien we dat de EU in Burundi vijf maal meer spendeert dan België aan gezondheid maar in DRC maar 1,4 keer meer.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Met dank aan Dirk Brems, in 2015 actief als vertegenwoordiger van België in de CODEV voor het delen van dit verhaal waarin hij een actieve rol speelde.

¹⁴⁷ In Burundi geeft België (alle kanalen) gemiddeld 7 miljoen per jaar aan gezondheid. De EU geeft er 37. In de DRC besteedt België 22 miljoen per jaar. De EU geeft er 30.

In Burundi werkt de EU al sinds 1990, het 7^{de} EOF (1990-1995) in gezondheid. De EU-delegatie liet er twee belangrijke gezondheidsprogramma's uitvoeren. Het geld van het 11^{de} Europees Ontwikkelingsfonds besteedt 140 miljoen euro aan steun voor het gezondheidszorgsysteem. Een tweede fase voorziet nog 34,5 miljoen euro. Omwille van de conflictueuze toestand in Burundi zet de EU in de gezondheidssector een programma van 45 miljoen euro ter ondersteuning van de veerkracht (*resilience*) van de bevolking op.¹⁴⁸

In de DRC is de EU al actief sinds 1990 in het versterken van het gezondheidszorgsysteem. De laatste 20 jaar is deze steun afgestemd op *le Plan National de Développement Sanitaire* en andere nationale strategieën. DEVCO besteedt 180 miljoen euro onder het 11^{de} ontwikkelingsfonds (2014-2020), waarmee het zowel het nationale niveau als het provinciale niveau van het gezondheidszorgsysteem ondersteunt. Doel is de toegang te verbeteren tot kwalitatieve dienstverlening voor de bevolking en institutionele steun aan de provinciale – en zonale gezondheidsautoriteiten. De EU wil ook de verticale en humanitaire interventies beter integreren in het bestaande gezondheidssysteem, m.n. in de gezondheidszones. Het huidige programma is een verderzetting van het 10^{de} EOF (2008-2013) van 98,7 miljoen euro, dat 53 miljoen euro voorzag voor opbouw van het gezondheidszorgsysteem.

De EU kiest geregeld Belgische actoren om bepaalde programma's uit te voeren. Memisa, een Belgische gezondheids-Ngo, actief in de DRC en Burundi diende in 2016, succesvol, een programma-voorstel in voor de DRC.

¹⁴⁸ In Burundi deed de EU in 2018 een projectoproep voor 45 miljoen euro voor gezondheidszorg. « *Mesure d'Appui à la résilience des populations du Burundi.* » De laatste onderhandelingen voor het afsluiten van de contracten zijn aan de gang. Memisa zal hiervan een deel uitvoeren. Ten eerste via een consortium van Memisa als leidend Ngo met als andere leden Artsen zonder Vakantie, Enabel en Louvain Coopération. Op een tweede project van 10 miljoen schreef een ander consortium zich in met Enabel als leidende organisatie en IOM, WHO en Memisa als deelnemende partners.

De EU valt voor het Belgisch stokpaardje van de *tarification forfaitaire* in de DRC en ziet met deze aanpak een kans om de integratie te testen van de humanitaire hulp in het lokale gezondheidssysteem. De EU weerhoudt een programmavoorstel van Memisa.¹⁴⁹

In 2018 kwam 38% van de middelen van Memisa van de EU. Memisa ging in 2016 in op een projectoproep van de EU voor DRC van 14,4 Miljoen euro « *Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo (PRO DS)* » dat wou bijdragen aan het nationaal plan voor publieke gezondheid (PNDS) meer bepaald aan de verbetering van de gezondheid van de bevolking in de gezondheidszones van de provincie Ituri en Centraal-Kongo.¹⁵⁰ Daarmee zou Memisa potentieel 1,6 miljoen mensen bereiken. Het Memisa-EU-project zet een vorm van aankoop op van gezondheidsdiensten. De Ngo past hierin het Belgische stokpaardje van *tarification forfaitaire* toe. Het project wil ook een verbeterde samenwerking tussen humanitaire hulp en ontwikkelingsactiviteiten tot stand brengen. De Ngo zal daarvoor de humanitaire hulporganisaties overtuigen om geen eigen tijdelijke gezondheidsvoorzieningen uit de grond te stampen, maar ze te “kopen” bij de lokale gezondheidsstructuren, een aanpak die maar kan lukken als de toevloed van vluchtelingen de capaciteit niet overstijgt. Of Memisa hierin zal slagen moet met het vorderen van het programma nog duidelijk worden.

Resultaten van de EU, ook (een beetje) onze resultaten.

Hoewel we maar indirect greep hebben op wat er op het terrein gebeurt, dient dit toch de focus te blijven van de beïnvloeding die België aan de dag legt in de verschillende EU-werkgroepen, comités en overlegmechanismen. Kennisname van evaluaties en ze op een gebruiksklare wijze in het courante kennisbeheer inbrengen zodat we ze kunnen gebruiken in onze positionering ten aanzien van de EU is nog braakliggend terrein. Dat er her en der wel wat interessants te rapen valt, illustreren de voorbeelden van de budgetsteun voor gezondheid en de klinische evaluatie in de gezondheidscentra in de DRC.

Eerst een oordeel over de wijze waarop de EU met resultaten omgaat. De peer review van 2012 van de Europese ontwikkelingssamenwerking door de OESO/DAC stelt dat de aanpak van de Commissie wat *monitoring* en evaluatie betreft beslist grondig is, met een hele resem van intern en extern ontwikkelde instrumenten, doch te veel op financiële verantwoording en te weinig op resultaten en leren is gericht. De prestaties van het 11^{de} EOF bepalen zonder indicatoren die op een legale basis kunnen terugvallen, buiten de overeengekomen SDG's, is moeilijk, zo stelt een evaluatierapport van het 11^{de} EOF. Hoewel vooruitgang, is er nog onvoldoende focus op resultaten.¹⁵¹ In de DAC *Peer Review* van 2018 ziet men wel verbetering in de omvattende op

¹⁴⁹ The assistance on the local level is transferred through Ngo's and so-called EUP-FASS (les établissements d'utilité publique fonds d'achat de services de santé), which are intermediary agents that receive money from the EU and which have to report to them. As stressed by one of the respondents, the EU pays particular attention to making sure that these Ngo's and the EUP-FASS operate according to an approach which strengthens the system.

¹⁵⁰ Dr. Jean-Pierre Noterman schreef het programma-voorstel. Hij was voordien werkzaam als assistent attaché ontwikkelingssamenwerking voor de Belgische ambassade. Elies van Belle van Memisa verstrekke de informatie.

¹⁵¹ European Commission. (2017). *Mid-term review report on the External Financing Instruments*. [No. COM(2017) 720 final.] Brussels: European Commission. p.3. Geraadpleegd op 14 januari 2019 via https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/swd-mid-term-review-edf_en_0.pdf

resultaten gebaseerde plannen. Doch dienen deze systemen, over de verschillende Europese instellingen heen, naar nog meer samenhang te streven en de resultateninformatie beter gebruiken om te leren, te programmeren en strategisch te plannen.¹⁵² Begin 2019 werkte de DGD mee aan een lijst van indicatoren in de *Ad Hoc Working Party on the Multiannual Financial Framework Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument* (AH WP - MFF NDICI¹⁵³) die o.m. gebaseerd zijn op indicatoren van de sub-doelstellingen (*targets*) van de SDG's. Het akkoord over deze lijst zal, in de lijn van de aanbevelingen van de bovenvermelde evaluatie de legale basis vormen voor het gebruik van indicatoren in een EU-resultatenkader.

Betere resultaten door samen te werken. Een recente evaluatie van de Europese commissie stelt vast dat de demarches m.b.t. gezamenlijk programmering een toegevoegde waarde zijn voor de ontwikkelingssamenwerking van de EU en haar lidstaten door pragmatisch te harmoniseren rond gedeelde analyses, overeengekomen doelstellingen en een betere taakverdeling en samenwerking binnen de sectoren maar dat het potentieel van samenwerking met lidstaten nog niet ten volle is benut.¹⁵⁴ Wat de gezondheidssector betreft, is er de laatste jaren voldoende expertise in de EU-delegatie in de DRC voor wat de gezondheidssector betreft. De Belgische S. Stasse, die er deel vanuit maakt, zorgde voor goed overleg en samenwerking met de andere donoren. Idem voor de vaststelling dat er in andere organisaties, werkzaam in de DRC, vaak Belgen, opgeleid in ULB, UCL en ITG-IMT, de expertise voor gezondheid leveren. Deze experts delen éénzelfde denkkader wat samenwerking achteraf makkelijk maakt. In de EU-delegatie te Geneve was in 2013-14 de aanwezigheid van 2 gezondheidsexperts een belangrijke meerwaarde in de coördinatie van de EU-lidstaten rond de gezondheidsagenda's van de multilaterale organisaties.¹⁵⁵

EU, succesvol in budgetsteun voor gezondheid. 7% van de sectorale budgetsteun van de EU of sectorale hervormingscontracten zoals sectorale budgetsteun er heet,¹⁵⁶ zou naar gezondheid gaan.¹⁵⁷ Voor de negen landen (Burkina Faso, Ethiopië, Filipijnen, Ghana, Liberia, Marokko, Peru, Vietnam en Zuid-Afrika) waar de EU sectorale budgetsteun gaf, stelde de evaluatie van de Europese

¹⁵² OECD (2018). *Review of the Development Co-operation Policies and programmes of the European Union*. [Draft Secretariat Report DCD/DAC/AR(2018)2/25/PART2]. Paris: OECD Publishing. p.75.

¹⁵³ NDICI: *Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument*.

¹⁵⁴ European Commission. (2017). Mid-term review report on the External Financing Instruments. [No. COM(2017) 720 final.] Brussels: European Commission. p.22. Geraadpleegd op 14 januari 2019 via https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/swd-mid-term-review-edf_en_0.pdf

¹⁵⁵ Dit zou een partieel antwoord kunnen zijn op de vraag die men zich in de *Peer Review* van de EU (2018) stelt over de toegevoegde waarde van de multilaterale bijdragen van de EU. OECD (2018). *Review of the Development Co-operation Policies and programmes of the European Union*. [Draft Secretariat Report DCD/DAC/AR(2018)2/25/PART2]. Paris: OECD Publishing. p.43.

¹⁵⁶ De *State-building contracts* (SBCs) zijn dan weer opgevat om landen in fragiele situaties te ondersteunen. Deze SBC's groeiden aan belang in de EU-portefeuille. ODI is hier heel positief over in een studie van 2015 omdat deze de EU toelaten snel hulp in te zetten in moeilijke omstandigheden, helemaal in lijn met de aanbevelingen in de "*New deal for engagement in fragile states*".

¹⁵⁷ <https://donortracker.org/eu/globalhealth>

Commissie in 2017 vast dat de kindersterfte tussen 2005 en 2015 van 76% naar 46% was gezakt.¹⁵⁸ In al deze landen blijkt het beheer van de overheidsfinanciën een cruciaal punt voor de gezondheidssector. Deze vaststelling strookt met de ervaringen van België met sectorale budgetsteun in de Rwandese gezondheidssector. (zie bijlage 4)

EU mag resultaten claimen voor haar inzet in de gezondheidszones in de DRC

Een klinische audit in 2018 over de kwaliteit van de zorgverlening in de DRC in de zones die de EU ondersteunt.

De evaluatie bestudeerde 9 gezondheidszones in 3 provincies : Kabinda in de provincie **Lomami**, Musienene, Vuhovi, Kyondo et Katwa in de provincie Noord-Kivu, Tshilenge, Kitenge, Miabi en Kasansa in de provincie Oost-Kasai. Twee gezondheidszones, Katwa in Noord-Kivu en Kitenge in Oost-Kasai, genoten geen EU-ondersteuning en gebruikten de evaluatoren als vergelijkingspunt (getuige-zone).

In zowel gezondheidscentra als algemene referentieziekenhuizen ging de evaluatie na of men er de patiënten goed verzorgt. De evaluatoren wilden ook begrijpen wat de interferentie is van de omgeving van het moment af dat het medische personeel een pathologie en behandeling vaststelt tot de uiteindelijke klinische beslissingen. Ten slotte wilde men weten of de EU-inspanningen rond kwaliteit van de zorgen **pertinent en doeltreffend** zijn geweest.

Van de EU-ondersteunde gezondheidszones kreeg **meer dan 80% van de kinderen onder de 5 jaar een correcte diagnose**. Meer dan **65% van de kinderen kreeg ook de passende behandeling**. Er is een groot verschil met de niet ondersteunde zones waar maar 22% van de kinderen een juiste diagnose kregen en minder dan 40% van de kinderen een behandeling die paste bij de diagnose. De ambassade besluit in zijn commentaar dat met dergelijke diagnoses het zelfs gevaarlijk is voor de gezondheid om in de DRC naar een ziekenhuis of gezondheidscentrum te gaan (dat de EU niet ondersteunt).

Betaalbaarheid is de hoofdfactor die de toegang bepaalt tot gezondheidszorg. In de EU-ondersteunde gezondheidsstructuren heeft tussen de 40 en 90% van de bevolking toegang tot zorgen. In gezondheidsstructuren die de EU niet ondersteunt is dat maar 10%. De duurste en ongeplande interventies zoals chirurgie, blijven voor de meesten onbetaalbaar. De zieken proberen zicht te verplaatsen naar de EU-ondersteunde zones die gereputeerd zijn voor hun goedkopere, en kwalitatief betere zorgen.

De eerste resultaten van de evaluatie laten alvast toe te besluiten dat steun aan het eerste en tweede echelon van de gezondheidspiramide terecht is. Het staal van de evaluatie is te klein om er wetenschappelijk verantwoorde beweringen uit te halen maar de resultaten stemmen tot nadenken. **Allicht is de situatie gelijkaardig in andere gezondheidszones die ook correcte hulp ontvangen, zoals de 9 gezondheidszones die België via Enabel ondersteunt.**

Conclusies.

Onze kaarten voor gezamenlijke actie met de EU in de gezondheidssector liggen goed maar de DGD benut niet alle mogelijkheden. Kansen om gezondheidsinterventies van de EU in de partnerlanden te beïnvloeden zijn er zeker. Dat kan zowel in Brussel als op het terrein. Sommige mechanismen zitten ingebed in werkgroepen en comités. Anderen zijn van informele aard. Hoewel België op papier een

¹⁵⁸European Commission (2017) *Budget support. Trends and Results*. Geraadpleegd op 14 januari 2019 via https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/budget-support-trends-results-2017_en.pdf

gewicht van 4% in het totale EU-budget vertegenwoordigt, komt ons land in de gezondheidssector niet over als een kleine onbetekenende donor. De EU blijkt ook een heuse *leveraging companion* van de Belgische ontwikkelingsambities in de gezondheidssector in Sub-Sahara-Afrika. Er ontbreekt alleen een strategie over hoe België met de EU rond gezondheid doeltreffend kan samenwerken. Er is geen overzicht beschikbaar van wat er voor gezondheid door de EU, al dan niet samen met België, gebeurt. België krijgt erkenning van de EC voor de expertise in *Universal Health Coverage* en versterking van gezondheidszorgsystemen.

Het beïnvloedend vermogen berust op: éénzelfde visie van België en de EU aangaande systeemversterking, de Belgische reputatie en in het verlengde daarvan, Belgische actoren die met EU-fondsen programma's uitvoeren. Met de rol die de DGD toebedeeld krijgt in de EU-deskundigenvergadering bijvoorbeeld, speelt België boven haar gewicht. Indien België een geloofwaardige pleitbezorger wil blijven van een systeemversterkende aanpak in de ondersteuning van de gezondheidszorg, dan zal men de afkalvende deskundigheid in de DGD en de ambassades moeten tegengaan. De Belgische gezondheidsactoren dienen namelijk in de administratie en op de ambassades een evenwaardige gesprekspersoon te vinden.

Om te leren uit de successen en missers zal de DGD de interacties met de Europese Commissie moeten beoordelen en er lering uit trekken, ook in het geval de administratie zich laat vertegenwoordigen door externe deskundigen.

De EU heeft beleidsmatig sterk ingezet op coördinatie van "Europese" hulp op het terrein. Ook België is sterk gericht op harmonisatie. Maar er is veel meer mogelijk. Er bestaan, dankzij Belgische inspanningen, een aantal goede praktijken van gecoördineerde afspraken en acties ter ondersteuning van de gezondheidssector in de partnerlanden. België moet zich veel beter uitrusten met lokaal in te zetten expertise om de EU-intenties van *better together* concreet en geloofwaardig te helpen maken.

De invloed van de EU in bijvoorbeeld het *Global Fund* is dan weer een spijtig voorbeeld van een, in een multilaterale omgeving, tekortschietende overleg tussen EU-lidstaten door het "plus" van coördinatiemechanismen in de partnerlanden niet te baat te nemen.¹⁵⁹

Wat resultaten betreft, bestaan er een aantal interessante EU-evaluaties met potentieel interessante lessen voor andere (EU)-donoren. Dat veronderstelt uiteraard dat de EU haar gezondheidsfinanciering groot genoeg houdt zodat evaluaties zich kunnen uitspreken over een hele sector en de EU de vaststellingen in de toekomstige programmering gebruikt. In het verleden hield België nooit systematisch het succes of mislukken van de EU-programma's bij, en al helemaal niet welke lessen dit voor België en de EU kon opleveren. Het Kennisdocument toont aan dat beide donoren wél interessante ervaringen uit te wisselen hebben. Omdat België en de EU rond systeemversterking van de gezondheidszorg op dezelfde lijn zitten, geldt deze conclusie allicht vooral voor de gezondheidssector.

¹⁵⁹ Gezamenlijk geven de EU-lidstaten en de EC 50% van de fondsen.

België financiert en beïnvloedt multilaterale organisaties zonder duidelijke opvolging van de resultaten.

Om iets te vertellen over de resultaten van onze ontwikkelingshulp via welbepaalde multilaterale organisaties in de gezondheidssector in de periode 2009-2017 beperkten ons tot het nagaan of de DGD iets zinnigs kan zeggen over de resultaten van twee multilaterale organisaties die belangrijk zijn in de gezondheidssector. We pasten de initiële vraagstelling aan naar: “Oefenen we op zo’n wijze invloed uit op de multilaterale organisaties dat dit een positief effect heeft op de resultaten die worden behaald door de multilaterale organisaties?” De tweede vraag luidt dan: “Wat leren we uit antwoorden op bovenstaande vraag over het functioneren van de DGD?”

We kozen twee grote organisaties die over de voorbije 9 jaar de meeste fondsen mochten ontvangen: het Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria en de UN World Health Organisation.

Multilateralisme zit in de Belgische genen.

De WHO krijgt veel Belgisch krediet en omgekeerd. Gezondheid definiëren we net als de WHO als een holistisch concept verwijzend naar een toestand van volkomen welzijn, zowel lichamelijk als psychisch en sociaal en niet alleen als afwezigheid van ziekte of gebrek (WHO, 1946). De WHO en haar lidstaten formuleerden de Verklaring van Alma Ata die oproept om tot inspanningen voor een gezondheidsniveau dat iedereen moet toelaten een sociaal en economisch productief leven te leiden. De twee hoofdtaken van de WHO komen uit de Verklaring: vooreerst, de leiding en coördinatie van werk met een internationaal karakter in het domein van gezondheidszorg en ten tweede, de bevordering van technische samenwerking ten gunste van de publieke gezondheid in de lidstaten. Het werkprogramma van 2019-2023 is volledig opgebouwd rond de SDG’s en betreft alle landen.

De Verklaring van Alma Ata van 1978 *Health for All* en de notie *Universal Health Coverage* zoals gedefinieerd in 2010 door de WHO, zijn trouwens nog altijd de belangrijkste strategische verwijzingen van de beleidsnota voor de Belgische ontwikkelingssamenwerking.^{160 161}

Het Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria (GFATM of *Global Fund*) gelanceerd onder de dreiging van de HIV/AIDS epidemie, is het meest succesvolle Globale Gezondheidsinitiatief. Sinds in 1996 antiretrovirale medicatie beschikbaar kwam, werd HIV/AIDS in Noord-Amerika en Europa een behandelbare ziekte. Maar voor de ontwikkelingslanden was behandeling onbetaalbaar. Het actief lobbyen van allerlei groepen en niet-gouvernementele organisaties met mensenrechten van besmette patiënten als argument, bovenop het besef van de globale bedreiging die de HIV/aids-pandemie inhield, leidde er uiteindelijk toe dat Westerse politici deze antiretrovirale medicatie voor

¹⁶⁰ Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2012). *Universele dekking van de gezondheidszorg. Addendum tot de beleidsnota. Het recht op gezondheid en gezondheidszorg*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2018). *Het recht op gezondheidszorg waarmaken. Consensus over richtlijnen voor duurzame steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

¹⁶¹ Geheel in het verlengde van deze strategische afstemming van België op de WHO, bevat het Kennisdocument meer dan 100 betekenisvolle verwijzingen naar de WHO: normerende elementen, maar ook statistiek rond financiering van de gezondheidszorg in Afrika, enz....

iedereen die ze nodig had, ter beschikking wilden stellen. Het antwoord kreeg via het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria*. Het GAFTM wist en weet nog altijd enorme hoeveelheden fondsen aan te trekken.

België was een trouwe donor vanaf de creatie en steunde jaarlijks met aanzienlijke bedragen. We zitten samen met de EC Italië, Portugal en Spanje in dezelfde kiesgroep.

Aan gezondheid werken via voorspelbare financiering om de mandaten van de multilaterale organisaties te ondersteunen.

De multilaterale organisaties voldoende armslag geven met *core funding* om ze correct te kunnen laten functioneren volgens de bepalingen van hun mandaat, is altijd de ambitie geweest van de Belgische multilaterale samenwerking. Gedurende de periode 2009-2017 ontvingen de multilaterale organisaties 31,1% van alle DGD-financiering voor ontwikkelingssamenwerking. Daarmee ondersteunt de DGD verschillende multilaterale organisaties en initiatieven in de gezondheidssector met bijdragen die rechtstreeks naar het werkingsbudget gaan, de zogenaamde *core contributions* of vrijwillig, niet-geoordeelde bijdragen die de administratie onder de vorm van meerjarige overeenkomsten vastlegt.¹⁶² De *core funding* aan VN-ontwikkelingsentiteiten (VNOE)¹⁶³ vormen, samen met verplichte bijdragen, de basis voor de financiering van het strategisch plan van elke entiteit. Het in mei 2019 goedgekeurde *Funding Compact* acteert de vraag van de VNOE naar meer *core funding* met als tegenprestatie een verhoogde transparantie, verantwoording en efficiëntie terwijl de VN-lidstaten erin beloven om de *core funding* te laten stijgen tot minstens 30% van hun gezamenlijke financiering.

100% *core funding* voor de WHO en het GAFTM

België is sinds vele jaren een grote voorstander van *core funding*. In 2017 kondigde de Minister een meerjarige bijdrage aan voor 10 geselecteerde VN-ontwikkelingsentiteiten (VNOE). Daardoor is nu al 69% van de Belgische financiering *core funding* en voor 6 van deze VNOE, waaronder de WHO en UNAIDS, is *core funding* al 100% van onze bijdragen. Dat is binnen de groep van de 20 belangrijkste donors aan deze VNOE het hoogste %. Ook de jaarlijkse bijdrage van 15 miljoen euro aan het GFATM is 100% *core funding*.

De EU geeft ook *core funding* voor gezondheidsdoelstellingen: in 2016 was dat 27% van de totale EU-hulp voor gezondheid, wat overeen komt met 242 miljoen euro. De helft daarvan ging naar de het *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (123 miljoen euro in 2016)¹⁶⁴ wat deze

¹⁶² Het kan contradictorisch lijken dat we enerzijds over *core contributions* spreken en anderzijds over de fondsen die naar gezondheidsdoelstellingen gaan. De toewijzing van de financiering aan bepaalde sectoren is een operatie die achteraf gebeurt op basis van een aantal in het *Development Aid Committee* (DAC) overeengekomen verdeelsleutels die de multilaterale organisaties zelf berekenen. In de PRISMA-database kan men aldus sinds 2008 nagaan welke sectoren en sub-sectoren België ondersteunt via multilaterale *core funding*.

¹⁶³ *United Nations Development Entities* is een term die Marc Denys (DGD) bedacht en nu courant is bij de VN in New York. Het verwijst zowel naar de fondsen als programma's, de gespecialiseerde instellingen en de *high commissions* en past beter dan "organisatie", vermits sommige van de entiteiten geen afzonderlijke organisatie zijn.

¹⁶⁴ <https://www.theglobalfund.org/en/financials/>

organisatie tot de belangrijkste ontvanger maakt van EU *core funding*. UNICEF ontving in 2016 110 miljoen wat de organisatie, na het *Global Fund*, tot de tweede best bediende organisatie maakt.

De financiële transfers tussen 2009 en 2017. Onderstaande organisaties ontvingen van de DGD tussen 2009 en 2017 fondsen waarmee ze activiteiten ontplooiden in de gezondheidssector. Van alle multilaterale organisaties, ging het meeste geld naar het *Global Fund (to combat Aids Tuberculosis and Malaria)*. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) komt op de tweede plaats. Sinds 2009, stortte België bijna alle vrijwillige bijdragen aan de multilaterale ontwikkelingssamenwerking in het algemeen budget van deze organisaties. Deze beslissing was vooral erg welkom voor de WHO dat in 2009 80% van de vrijwillige bijdragen onder geoormerkte vorm kreeg, een ingewikkelde toestand om als organisatie toch nog een eigen strategie te kunnen aanhouden. Voor het budget 2016-17 bleek de toestand nog altijd niet verbeterd: 88% van de vrijwillige bijdragen kon de WHO niet flexibel besteden.¹⁶⁵

Van de UN-familie kregen, in volgorde van belang, de WHO, het UNFPA, de WB, UNAIDS en UNICEF aanzienlijke bijdragen.

¹⁶⁵ <http://open.who.int/2018-19/budget-and-financing/gpw-overview>

WHO hanteert bovendien verschillende kwalificaties die aanduiden in welke mate de vrijwillige *core contributions* toelaten te schuiven binnen het budget.. Van alle vrijwillige bijdragen in 2017 ondersteunde maar 3% het *General Budget* ondersteunt. https://www.who.int/about/finances-accountability/funding/A71_INF2-en.pdf?ua=1

Belgische bijdragen voor Gezondheid aan multilaterale organisaties van 2009 tot en met 2017 van groot naar klein.

Via	in euro	
GFTAM	163.150.000	40%
UN WHO	71.955.499	18%
UNFPA	67.318.355	16%
WB	49.984.370	12%
UNAIDS	28.720.686	7%
UNICEF	19.163.535	5%
Afrikaanse Ontwikkelingsbank		1%
replenishment	5.935.187	
UNDP vrijwillige bijdragen	2.128.646	1%
UNV (zonder UNV intern)	1.477.258	0%
UNWOMEN	1.000.000	0%
TOTAL multi	410.833.536	

Wat wil België van de multilaterale organisaties om goede ontwikkelingsresultaten voor gezondheid te halen?

Om deze vraag te beantwoorden, gebruikten we, in tegenstelling tot uitspraken over de EU-financiering voor gezondheid, op degelijk opgemaakte kaderfiches per multilaterale organisatie. J. Laruelle startte ze op en de gezondheidsploeg van de DGD zorgde dat ze actueel bleven. In het verleden gaf het *gele boek* onder supervisie van C. Panneels, een overzicht van de DGD-financiering samen met een korte beschrijving van de respectieve instelling. Gradueel (in 2000, in 2008 en 2015) verminderde de Belgische ontwikkelingssamenwerking het aantal begunstigde multilaterale organisaties. In 2017 selecteert Minister De Croo er tien die in aanmerking komen voor *core funding*. België financiert de bovenstaande organisaties omwille van de gedeelde (gezondheids)-doelstellingen (SDGs). In het geval van de WHO kunnen we zelfs zeggen dat het 100% onderschrijven van het mandaat van de WHO, zich heeft vertaald in 100% vrijwillige *core funding*. De voorbeelden die volgen tonen bovendien aan dat België de rol van de WHO in de partnerlanden ondersteunt en versterkt. Met beïnvloeden bedoelen we hier “de rol van de WHO beter tot haar recht laten komen”.

Wat willen we van de *World Health Organization*?¹⁶⁶

De Belgische steun voor gezondheid in ontwikkelingslanden is in de eerste plaats steun voor de uitbouw van een functioneel gezondheidszorgsysteem. L. Steurs (2018) deelt België in bij de type 1-donoren, samen met de EU, Zwitserland, Spanje, Denemarken en Vlaanderen en de *hardliners* als het gaat om het versterken van basisgezondheidssystemen¹⁶⁷. Het is het model dat de WHO promoot en ook de meeste ontwikkelingslanden volgen.¹⁶⁸ De systeembenadering staat in de Belgische strategienota voor gezondheid centraal.¹⁶⁹ Ook de ontwikkelingslanden volgen de visie van de WHO m.b.t. de *Health Systems Building Blocks*. Zo is het conceptueel kader van het Rwandese *Health Sector Strategic Plan* hier een afgeleide van.

We kunnen gerust stellen dat België en de WHO het bijzonder goed met elkaar kunnen vinden op strategisch vlak. Maar ook op het terrein werkt de tandem België-WHO bijzonder goed wat betreft de ondersteuning van een aangepast gezondheidsbeleid in ontwikkelingslanden. (zie verder)

¹⁶⁶ We spreken voornamelijk over de DGD-bijdragen die onder de vorm van vrijwillige *core contributions* overmaakt aan de WHO en de verplichte bijdragen van België (*assessed contributions*) die eveneens uit het budget komen van de DGD. Dit mag vreemd klinken want de regel is dat het Ministeries van Gezondheid zijn die in de algemene vergaderingen vertegenwoordigd zijn, wat ook voor België het geval is. Het Belgisch Ministerie van Gezondheid bepaalt mee wat de relaties zijn tussen de WHO en België. Dat is historisch gegroeid. Minister Michel wenste de financiering van aantal organisaties met duidelijk ontwikkelingsbelang onder te brengen bij de DGD. Deze beslissing voegde het WHO-budget van het Belgisch Ministerie van Gezondheid toe aan het DGD-budget. Standpuntinname gebeurt daarom samen en is een taak voor het Ministerie van Buitenlandse Zaken in de zogenaamde *Coormulti*. Dat verloopt vlot omdat het Ministerie van Gezondheid ook gevoelig is voor de problematiek in het Zuiden die trouwens moeilijk te scheiden valt van de globale of internationale gezondheidsproblematiek. “One World, One Health” is het devies van het Ministerie van Gezondheid. Er bestaat een Belgische *Country Cooperation Strategy* (2016-2022) met de WHO, die vooral detailleert hoe België voor haar inwoners conform afspraken met de WHO voor gezondheid ijvert. Het is een initiatief van Minister van Gezondheid M. De Block. België is het tweede Europese land dat dit heeft gedaan, na Zwitserland, geheel in de lijn en uitgedaagd door de SDG’s, die een uitdaging zijn voor alle landen.

¹⁶⁷ “Type 1-donoren (België, de EU, Zwitserland, Spanje, Denemarken en Vlaanderen) heten *hardliners* in het versterken van basisgezondheidssystemen. Een type 4-donor (Frankrijk) geeft dan weer meer voorrang aan mondiale gezondheidsinitiatieven (zoals GAVI en het Wereldfonds voor aids-,tbc- en malariabestrijding) maar pleit voor een brede focus en een grotere mate van betrokkenheid van de staat in de beleidsdialoog met deze organisaties.” Zie: Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf>

¹⁶⁸ De EU en de lidstaten van de EU zijn de belangrijkste donors van de WHO, een afspiegeling van een groot begrip voor de aanpak van de WHO?

¹⁶⁹ De WHO deelt het gezondheidssysteem in zes kerncomponenten of “bouwstenen” in: (1) dienstverlening, (2) gezondheidswerkers, (3) gezondheidsinformatiesystemen, (4) toegang tot essentiële middelen, (5) financiering en (6) leiderschap/bestuur.

België en de WHO: wat we willen van de organisatie?¹⁷⁰

Wat wil België niet van de WHO?

- inefficiëntie,
- aanwezigheid in landen die niet afgestemd is op de noden,
- te zware bureaucratie,
 - irrationeel personeelsbeheer,
 - geen begeleiding van de decentralisatie en daardoor te hoge transactiekosten,
- *de WHO neemt de rol op van (onder)voorzitter in lokale donorcoördinaties,*
 - *de WHO stelt alleen nationalen te werk in lokale vertegenwoordigingen.*

Wat wil België wel van de WHO?

We staan achter het mandaat...

- met als interessantste bijdragen:
 - de institutionele versterking,
 - de standaardisatie van biologische producten,
 - het pleidooi voor gezondheid gebaseerd op een rechten-benadering,
 - gezondheid op wereldschaal,
 - strijd tegen ziektes in het algemeen,
- dat normerende is,
- gebaseerd is op technische competentie en gespecialiseerde expertise,
- kwaliteitsproducten aflevert die universeel erkend en nuttig zijn.

We staan achter de werking...

- als neutraliteit voldoende gegarandeerd blijft, om humanitaire crisissen te oriënteren en te coördineren m.b.t. gezondheid,
- van sterk gedecentraliseerde regionale bureaus, 6 in totaal, zodat overheden makkelijk kunnen geadviseerd bij hun gezondheidsbeleid,
- omdat ze resultaatgericht is en budget en objectieven met elkaar verbindt.

Onze aandachtspunten zitten in de recente strategie van het WHO want....

- we delen dezelfde visie van een geïntegreerde en multisectoriële aanpak,
- alleen de WHO kan garanderen dat uitwisseling van informatie op wereldschaal over de impact van gezondheid op andere sectoren en omgekeerd plaatsvindt,
- de strategie erkent het universele recht op gezondheidszorg,
- de focus op systeemversterking verhoogt de kans dat ook de armen toegang krijgen tot essentiële gezondheidszorgen.

¹⁷⁰ Op basis van de kadernota WHO: Direction générale de la coopération au développement – DGD (2011). *Cadre de coopération avec l'Organisation Mondiale de la Santé 2011 – 2018*. Bruxelles : Service Public Fédéral Affaires Etrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement.

Wat willen we van het Global Fund?

België was vanaf de creatie van het fonds in 2001 een trouwe donor. In de DGD bleef de toetreding lang aanleiding geven tot hevige discussies tussen voor- en tegenstanders. Een belangrijke kritiek was de verticale benadering van het GFATM t.a.v. de bestrijding van specifieke ziektes. De fungibiliteit van fondsen was een ander argument: wat het GFATM kon ophalen aan middelen, zou niet naar de versterking van gezondheidssystemen gaan maar naar parallelle structuren. Dit zou op termijn de gezondheidssystemen verzwakken. De houding t.a.v. het GFATM is altijd erg kritische en minstens ambivalent gebleven. Samen met de EC kijkt België erop toe dat het Fonds zich meer integreert in het gezondheidszorgsysteem maar dat lijkt na al die jaren (18 jaar) maar met mondjesmaat te gebeuren. Wat de opvolging en de invloed van de EU-donoren van het *Global Fund* betreft, blijkt uit de studie van Steurs et al. (2018) dat het aandringen op de horizontalisering van het GF, tot hiertoe weinig impact heeft gehad.¹⁷¹

¹⁷¹ ... it appears that in 2016 only 2 % of Development Aid for Health of the *Global Fund* went to Health System Strengthening/Sector Wide Approaches. Although the Fund contributes an important share of its budget to health systems support (20%), its relative importance has not changed over the years (it was already 23% in 2003 and remained stable since then). Uit: Steurs, L., (2018) European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the *Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. p. 246. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf>

België en het Global Fund: wat we willen en waar moet het naar toe?¹⁷²

Wat wil België niet van het Fonds?

- Te weinig aandacht voor de meest getroffen landen.
- Geen rekening houden met de beschikbare middelen van het land bij de toewijzing van middelen.
- De gezondheidsstructuren van het land in kwestie verzwakken.
- Geen veralgemeend ondersteuningsproces aan nationale programma's.
- Landencoördinatiemechanismen (CCM's) staan los van lokale beheers- en opvolgingsstructuren
- Landencoördinatiemechanismen (CCM's) staan los van lokale coördinatiemechanismen
- *100% attributie van lives saved aan de inspanningen van het GF alleen.*

Wat vindt België goed aan het Fonds?

We staan achter het mandaat

- Voldoende middelen om de drie meest dodelijke ziekten te bestrijden.
- De middelen naar de meest noodlijdende regio's kanaliseren.
- Het GF voert zelf niets uit.
- De middelen gaan naar de aandachtspunten van de nationale plannen.

We staan achter de werking

- Het Fonds bereikt beoogde resultaten,
- Het Fonds houdt zich aan de bepalingen van haar mandaat en maakt ze stuk voor stuk waar,
- De evaluatie van 2009 toonde de resultaten aan,
 - Een positieve evolutie richting versterking van gezondheidssystemen,
 - De steun meer afstemmen op nationale plannen,
- Stortingen gebeuren in functie van de goede prestaties in het begunstigde land,¹⁷³
- De civiele maatschappij is betrokken partij,
- De privésector is betrokken partij,
- Een evenwichtig samenspel van preventie, verzorging op psychosociaal en medicamenteus vlak.
- Een onafhankelijke beoordeling van voorstellen,
- Een transparant functioneren,
- Rekenschap afleggen van prestaties.

Onze aandachtspunten zitten in de recente strategie 2017-2022

- Strijd tegen de drie ziekten: aids, tuberculose en malaria.
- Versterking van de gezondheidssystemen.
- Promotie van mensenrechten.
- Gelijkheid van man en vrouw.

¹⁷² De beweringen in het blauwe kader komen overeen met de leidraad voor de officiële vertegenwoordiging van België in de board en andere organen van het *Global Fund*, zoals men ze kan vinden in het *Cadre de coopération*.

¹⁷³ Dit levert uiteraard een probleem van voorspelbaarheid van fondsen op. Hoe men dit opvangt, verduidelijkt de *funding manual* niet.

https://www.theglobalfund.org/media/3233/lfa_manual03sectiona_manual_en.pdf

Het ITG ondersteunt de DGD in de formulering, de toepassing en de opvolging van het beleid op het gebied van de internationale gezondheidsontwikkeling

Deze academische instelling probeert met de inzet van ongeveer 1,2 miljoen euro per jaar, antwoorden, informatie en input te geven op technische en beleidsvragen inzake internationale gezondheid van de beleidsmakers en de DGD.¹⁷⁴ Het antwoord op dit soort vragen neemt zeer verschillende vormen aan, zoals bijvoorbeeld de organisatie van seminars die de verschillende betrokken partijen verenigen; nota's, beleidsnota's, technische nota's, concept notes, enz. die de vorm kunnen aannemen van een grondige analyse van een specifiek thema, zoals het geval is voor de slaapziekte in de DRC, analysenota's met betrekking tot strategische documenten of plannen van multilaterale organisaties, *concept notes* met het oog op de uitwerking van beleidsdocumenten, of evaluaties van de gezondheidsprogramma's voorgesteld door de Ngo's, enz....

De derde soort resultaten bestaat uit het verlenen van wetenschappelijke ondersteuning aan Belgische vertegenwoordigers in de internationale instanties zoals bijvoorbeeld het geval is met de vergaderingen van het Beleids- en coördinatiecomité van de WHO of door deelname aan de board van het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria*.

Goed uitgerust om multilaterale entiteiten te kunnen beïnvloeden?

Wat bij een *core financiering* van de multilaterale organisatie speelt, is de vraagstelling of we en hoe we met deze organisaties "omgaan" opdat ze o.m. met de Belgische financiering gunstig zouden bijdragen aan de gestelde ontwikkelingsdoelen en afgeleiden uit het mandaat. Volgende elementen spelen bij het doeltreffend uitoefenen van invloed: (1) een duidelijke strategie met betrekking tot wat we van de organisatie verwachten, (2) (een systeem om) pertinente informatie te verzamelen om de dialoog en tussenkomsten mede te onderbouwen, (3) inzicht en strategisch handelen in de verschillende comités, overlegorganen, coördinaties, ad hoc of permanente allianties van gelijkgezinden, de informele contacten en de bilaterale contacten met de organisatie, (4) concrete samenwerking al dan niet op het terrein, (5) financiering.

Invloed hebben in een multilaterale setting op ontwikkelingsresultaten: Het geval Ketamine.

Ketalar is een injecteerbaar middel dat medici gebruiken om in moeilijke omstandigheden te kunnen verdoven en onder algemene anesthesie snel te kunnen opereren. Het middel is interessant omdat het bijvoorbeeld amper aanleiding geeft tot bloeddrukverlaging. Maar kleine dosissen zijn te gebruiken als recreatieve drugs. Daarom stelde China in 2014 voor het op de UNODC-lijst van verboden medicatie te plaatsen. Ignace Ronse en Paul Cartier, die nog als coöperant, op het terrein, heelkundige ingrepen onder ketamine hebben gedaan, argumenteerden dat dit middel noodzakelijk was om in moeilijke omstandigheden operaties uit te voeren en vooral voor ontwikkelingslanden een levensreddend product is. Kris Lapeere die België toen bij het UNODC te Wenen vertegenwoordigde kon andere lidstaten overtuigen om het middel weg te halen van de lijst van verboden producten. Aan dit verzoek is uiteindelijk gevolg gegeven. Of hoe expertise en alerte diplomatie een belangrijke impact kunnen hebben op de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden.

Sindsdien weet het UNODC België te vinden voor dossiers over verdovende middelen nodig voor ontwikkelingslanden...

¹⁷⁴ De rol van VLIR-UOS, de koepel van Vlaamstalige universiteiten dat samenwerking opzet met academische instellingen en onderzoekers uit het Zuiden, bestudeerde het Kennisdocument niet.

Een strategie om de organisaties op te volgen? De kadernota's gebruiken de strategienota gezondheid als basis voor hun beoordeling van de organisatie. Ze bevatten elk een apart hoofdstukje over evaluatie. Daarin vinden we terug op welke punten we letten als we de organisatie aan een nauwkeurig onderzoek onderwerpen. (zie kader: "Wat willen we van de WHO/GAFTM? In de opvolging van het WHO/ fonds geeft België aandacht aan...") Dit vormt een goede basis. Maar het is niet duidelijk op welke manier we onze informatie verzamelen om met belangwekkende vaststellingen beïnvloedend op te treden zodat we de gemeenschappelijke ontwikkelingsdoelstellingen bereiken. We kunnen bijvoorbeeld niet afleiden uit de kadernota welke belangrijke vergaderingen (*executive board*, algemene vergadering) cruciale beslissingen hebben getroffen voor de agenda van systeemversterking, gezien de sterke focus van de Belgische ontwikkelingssamenwerking op deze aanpak. We weten ook niet welke interventies in welke overlegmechanismen effect hadden op de organisatie en haar ontwikkelingsdoeltreffendheid. Het ligt voor de hand, en dat is wat er ook gebeurt, dat België maar een paar onderwerpen van de agenda uitkiest om op te reageren. Een overzicht van deze tussenkomsten bestaat evenwel niet.

Het *Multilateral Organisation Performance Assessment Network* (MOPAN) is nog een onderbenutte bron. Het netwerk maakt het mogelijk om als groep donoren de doeltreffendheid te beoordelen van een reeks belangrijke multilaterale organisaties. De lectuur van een MOPAN-rapport zou een idee moeten geven van de strategie, de operationele aspecten, de prestaties (*performance*), het beheer van de relaties en tenslotte de ontwikkelingsdoeltreffendheid (resultaten). Het is een manier om met een groep donoren gezamenlijk invloed uit te oefenen op een organisatie. Feedback van de WHO over deze aanpak is positief. De meeste organisaties vinden de MOPAN-assessment trouwens nuttig.

België is één van de 18 leden van het netwerk. Via de diensten van de externe evaluator (S4) neemt België deel aan de strategische keuzes van het netwerk. Tijdens het *assessment* van 2013-2014 van WHO, bijvoorbeeld, zat België de stuurgroep te Geneve voor. Over het gebruik van de MOPAN-rapporten, bestaan er in de DGD geen duidelijke afspraken. Ze kunnen dienen als informatiebron, ter verantwoording van financiering en strategische beslissingen of om de organisatie te bevragen. Uit de kadernota van de WHO kunnen we niet afleiden dat MOPAN-assessments een rol speelden bij opinievorming over de werking van de organisatie. Anderzijds verschillen de beweringen over de WHO in de kadernota niet echt van de vaststellingen in het laatste MOPAN-rapport. Onderstaand kader geeft een idee de aard van constatering via een MOPAN-assessment.

De derde MOPAN-evaluatie op rij over de periode 2017-2018 : is positief voor de WHO.¹⁷⁵

De MOPAN-evaluatie 2017-18 besluit dat de WHO, hoewel er verbeterpunten zijn in bepaalde domeinen, een organisatie is die meer en meer opgewassen is voor de taak die ze is toegekend. Het nieuwe *General Programme of Work* (GPW13) houdt rekening met de transformatie van de organisatie maar is niet gespeend van uitdagingen. Het WHO dient o.a. haar relaties met de lidstaten te versterken om haar positie in de wereld te verstevigen.

De sterke punten van de organisatie zijn: de rol van bruggenbouwer, de gespecialiseerde kennis, datacollectie, capaciteit van eerlijke, neutrale adviesverlener, nauwe vertrouwensrelaties met de ministeries van gezondheid en met de overheden samen met een aanwezigheid in bijna elke lidstaat. Het MOPAN vraagt wel meer inspanning de opvolging en communicatie van resultaten.

Sterke punten zijn:

(1) de lange-termijnvisie met een **duidelijke strategie en een resultatenkader** die alle programma's omspan. Het *General Programme of Work* 13 (GPW13) en het transitieprogramma zet de hervormingen van de organisatie verder en stemt ze af op de SDG's.

(2) Initiatieven om de organisatie te veranderen. Hervormingen in de WHO vormen een stevige basis voor de **verdere ontwikkeling en transformatie van de organisatie**. De WHO zal hiermee strategieën en maatregelen instellen voor een geïntegreerd beheer, uitwerken van rigoureuze interne controle, versterken van resultatenbeheer en evaluatie. De organisatie betoont zich hiermee lerend en reactief, pertinent en doeltreffend.

(3) De organisatie bevestigt haar **unieke rol als normerende instantie**, aangevuld met expertise en technisch engagement. Hoewel niet altijd zichtbaar, is dit een erg belangrijk aspect van het werk. Het vormt de fundering voor het werk van andere partners.

(4) De WHO neemt beslissingen dichtbij de noden van de overheden/landen. Delegatie van beslissingsmacht van de organisatie zijn duidelijk uitgewerkt in schema's voor alle niveaus van de organisatie en verduidelijken de **verantwoordelijkheden en machtigingen**, wat reactiviteit in lokale omstandigheden ten goede komt, door beslissingsmacht te plaatsen bij degenen die zich het dichtst bij het te volbrengen werk bevinden.

Zwakke punten zijn :

(1) **weinig donoren** wat het moeilijk maakt om genoeg financiering te vinden voor alle domeinen van het programma van de WHO. Bovendien blijft het aandeel van vrijwillige bijdragen jaar na jaar stijgen, wat het probleem nog verergert.

(2) variabele effectiviteit en capaciteit van personeel maakt dat de WHO niet altijd kan ingegaan op noden en verwachtingen. De WHO moet het **effectief van de hoofdzetel en de regionale- en landenbureaus beter verdelen**. WHO dient meer te werken aan competentie- en expertiseontwikkeling van het personeel.

¹⁷⁵ Permanente vertegenwoordiging van België bij de UN in Geneve (2018). *WHO - MOPAN assessment*. [officiële mail verzonden door de Permanente vertegenwoordiging van België bij de UN te Geneve met nummer 2019/0655. Geneve: Permanente Vertegenwoordiging van België.

(3) het ontbreken van een **geïntegreerde aanpak van externe verbintenissen** (via de *Country Cooperation Strategies*), zodat het onmogelijk is om met de brede portfolio van partners, de verbindende rol te spelen om de doeltreffendheid van de vele partnerschap te verzekeren.

(4) belangrijke technische **problemen omtrent het meten en rapporteren van resultaten** omdat het bijzonder moeilijk is om de resultaten van de WHO te definiëren als één gezamenlijke inspanning. De organisatie startte het ontwerp van een *impact framework* (zie pagina 27 van dit rapport) maar de verbanden met het *General Program of Work* stuitten op problemen van definities, metingen en toepassingen die door de expertgroep om redenen van technische kwaliteit en geloofwaardigheid oponthoud kennen.

Inzoomen op Belgische pogingen om het *Global Fund* bij de leer te houden. België laat zich vertegenwoordigen door de EC, die zetelt in de raad van beheer (*board/conseil d'administration*) van het *Global Fund* die 2 maal per jaar vergadert en was nog nooit afwezig. De EU-kiesgroep levert 6 à 7% van de fondsen van het GF. Dat geeft de kiesgroep een zeker gewicht. De EC zit op dezelfde lijn als België wat aandachtspunten betreft. De coördinatie wordt niet zozeer door de delegaties in Geneve (permanente vertegenwoordigingen) maar door de hoofdzetels gedaan.

Een voor de hand liggende manier om het *Global Fund* te beïnvloeden, is om zitting te hebben in het *Country Coordinating Mechanism* (CCM). Dit mechanisme werkt de projecten uit en presenteert ze aan het *Global Fund* in een constellatie van 1/3 leden van de nationale autoriteiten, 1/3 maatschappelijk middenveld en 1/3 donoren. Het CCM duidt de “hoofdontvanger” van de fondsen aan, keurt eventuele veranderingen aan het programma goed en superviseert de aanvragen tot verlenging. Bovendien heeft het CCM ook tot taak om de coherentie te bewaken tussen de door het GF gesubsidieerde activiteiten en de andere gezondheidsprogramma's, zowel de nationale als de extern gefinancierde.

In de praktijk kan dit nogal verschillend uitdraaien maar in de meeste landen zijn er één of twee donoren vertegenwoordigd in het CCM. Eén van deze zetels gaat stevast naar de VS, die aanwezig was in 71 CCM's in 2016. Wat de EU betreft, zijn het vooral de Franse delegaties die het actiefst zijn. Zij waren aanwezig in 30 CCM's. Frankrijk heeft namelijk meerdere regionale gezondheidsadviseurs gebaseerd in de Franse ambassades met de taak multilaterale financiering op te volgen voor een bepaalde regio. De EU is relatief actief en zetelde in 16 CCM's. Andere donoren nemen amper deel aan de CCM's: Denemarken en Zweden bijvoorbeeld nooit¹⁷⁶. In 2013 was de Belgische ambassade te Kinshasa lid van de CCM. In de kadernota van de administratie vinden we hierover geen informatie.

De aan- of afwezigheid in het CCM lost het probleem van een geharmoniseerd standpunt van EU-donoren niet op. Donoren kunnen ook in de discussie betrokken zijn zonder een zetel in het CCM en toch met een geharmoniseerd standpunt invloed uitoefenen. Dit was bijvoorbeeld het geval in de DRC, waar de EU-delegatie heel actief de activiteiten van het fonds opvolgt en erover kwijt wou dat het GF destructief was voor het aanvoerbeleid van het nationaal systeem van aanschaf en distributie

¹⁷⁶ Steurs, L., Orbie, J., Delputte, S. & Verschaeve, J. (2018), *EU Donors and health system strengthening: the love-hate relationship with the Global Fund*. Journal Development Studies Research. An Open Access Journal (2018)5. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21665095.2018.1511378>

van medicatie. Via hun collega's van de Commissie in Brussel werd dit probleem in Geneve grondig besproken.

Het *Global Fund*, door toedoen van België, onderwerp van de donorcoördinatie in de DRC

De Belgische ambassade in de DRC heeft ervoor gezorgd dat de lokale vertegenwoordiging van het *Global Fund* er deelneemt aan de donorcoördinatie van de gezondheidssector (Zie de *Groupe Inter-bailleurs Santé GIBS*). De donorgroep sprak een rotatiesysteem af voor vertegenwoordiging in het CCM. Dit voorbeeld lijkt evenwel tot de uitzonderingen te horen.

De donorcoördinatie kaart een aantal problematische zaken aan, zoals de vaststelling dat de door België uitgeteste duurzamere financieringsmethode voor het gezondheidszorgsysteem (de *tarification forfaitaire* of *flat rate payments*) onder druk komt te staan door het gratis verstrekken van zorgen gepromoot door andere bilaterale en multilaterale donoren zoals het *Global Fund* en GAVI. België doet moeite om al deze spelers op één lijn te krijgen door een niet-aflatend pleidooi in de *Groupe Inter-Bailleurs Santé (GIBS)*.¹⁷⁷

Medicatie is een ander heikel punt. Samen met de EU proberen we een systeem te ontwikkelen voor heel Congo. DRC is het enige land waar België met de EU en de Wereldbank rechtstreeks een systeem van medicatiebevoorrading heeft bekostigd, annex de drie regionale centrales in Kisangani, Gemena en Kikwit: *Gestion d'approvisionnement des Médicaments*. Al meer dan 20 jaar is België op een consistente manier bezig met medicatie in de DRC. Enabel geeft nationale steun voor het systeem van bevoorrading van de regionale depots. Dat is iets van lange adem. Aan het eind van het huidige project PANC dreigt de ondersteuning evenwel weg te vallen wat de klok jaren dreigt terug te draaien. De problemen en uitdagingen zijn nochtans velerlei: (1) vaak is de kwaliteit slecht van de medicatie die het land binnenkomt, (2) de inschatting en tijdige aanlevering van de juiste hoeveelheden essentiële medicamenten in functie van de noden is een uitdaging, (3) aankoop van medicatie gebeurt zonder veel coördinatie in diverse slagorde door parallelle bevoorradingssystemen, opgezet door grote organisaties als UNICEF en het *Global Fund*. Bovendien is er in de DRC een permanente spanning tussen een duurzame benadering van het probleem en de meer humanitaire aanpak. (4) Niet alle donoren zitten op de zelfde golflengte. Er is een groot verschil tussen wat de VS en de Wereldbank enerzijds en de EU en België beoogt.¹⁷⁸

Voorbeelden van actieve betrokkenheid zonder zetel in CCM's, illustreren dat veel afhangt van toegewijde individuen die speciaal in het onderwerp geïnteresseerd zijn en er voldoende kennis over

¹⁷⁷ Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Het geval Kisantu of het gunstig effect van forfaitaire betalingstarieven op de kwaliteit en de toegang van de bevolking tot gezondheidszorg. Deel-activiteit van : «Appui au système de santé au niveau intermédiaire et périphérique» (ASSNIP) (2009-2013)*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

¹⁷⁸ Wittoek, I. (2018). *Interview met Karel Gyselinck en Stefaan van Bastelaere over de Enabel-projecten in Gezondheid in de periode 2009-2017 op 22/01/2019*. . [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

hebben. Meestal vindt men het bijzonder moeilijk om lokaal de activiteiten van het *Global Fund* op te volgen. Voornaamste redenen zijn tijdsgebrek en tekort aan mankracht, merkt Steurs (2018) op. Hoewel dit fonds grote hoeveelheden geld krijgt, lijkt het nooit een aandachtspunt te zijn in de agenda's van lokale donorvertegenwoordigers.

Met financiering van het GFATM speelt Damiaanactie een actieve rol in de voorbereiding en uitvoering van Tuberculosebestrijdingsprogramma's.

De Belgische Ngo Damiaanactie is ook lid van het CCM in de meeste landen waar het een programma heeft (DRC, Burundi, Niger,...). De Ngo meldt financiering van een aantal van haar activiteiten door het GFATM. Idem voor het gros van het materiaal en de medicatie. Anderzijds geeft de komst van het GFATM aanleiding tot extra werk, door verbeterde detectie, meer administratie door bijkomende data-collectie en rapportering en deelname aan veel verplichte vergaderingen.

Behalve Damiaanactie was Memisa actief betrokken bij de uitvoering van bepaalde activiteiten met financiering van het *Global Fund*.¹⁷⁹ We vonden geen verdere aanwijzingen, op het seminarie in 2009 na, dat feedback van het terrein systematisch de standpunten helpt voor te bereiden. Het seminarie bracht namelijk Belgische actoren samen naar aanleiding van de eerste evaluatie van het *Global Fund*)

En de resultaten zijn?

Berichtgeving vanop het terrein of in verslagen leert ons dat de observaties over WHO gemengd zijn.

¹⁷⁹ Blijkt dat al sinds 2009 « België » in de documenten in de lijst staat van het CCM in Benin. Bij nader onderzoek blijkt het over « AMCES » te gaan, een lokale Ngo die ondersteuning krijgt van de Belgische Ngo MEMISA. In het *Rapport Narratif Programme* MEMISA-DGD-Benin van 2015 staat: « La contribution au fonctionnement et aux salaires du personnel clé de l'AMCES a permis à l'AMCES d'assister à plus de 80% des réunions et ateliers organisés par le Ministère de la santé où elle était invitée. AMCES est membre du Conseil National de Coordination et Orientation des Interventions financées par le Fonds Mondial pour la lutte contre les maladies de Sida, Tuberculose et Paludisme. AMCES y joue le rôle de veille citoyenne au niveau de conseil. AMCES est impliqué dans les évaluations de la qualité au niveau des hôpitaux publics. » AMCES is in Benin een koepelorganisatie van verschillende ziekenhuizen van privé-, confessionele of sociale signatuur die werken op basis van een conventie met de staat. AMCES is partnerorganisatie van MEMISA in Benin voor 4 provincies.

***De WHO speelt haar brokerrol voortreffelijk in de gezondheidssector in de DRC en Rwanda,
Het beheer van de Ebola-crisis was problematisch.***

België heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het verankeren van een doeltreffend donorcoördinatie in de gezondheidssector in de DRC. Vanaf 2001 startten de EU-donoren met coördinatie. De Duitse ambassade zette de schouders onder de “*Groupe Thématique Santé*” die al snel andere donoren en multilaterale organisaties aantrok. Omdat ook uitvoerende organisaties lid waren, verviel het overleg al snel in het hengelen-naar-financiering bij de aanwezige donoren. De functie van de donorcoördinatie, om consensus te zoeken m.b.t. standpunten over beleidsdocumenten van het land en de afstemming te organiseren op beleid, strategieën en procedures van Congo om uiteindelijk de wijze van financiering te harmoniseren onder donoren, kreeg erdoor onvoldoende aandacht.

Ter vervanging van de *Groupe Thématique Santé*, startte, samen met een aantal donoren en onder impuls van de toenmalige attaché ontwikkelingssamenwerking, in 2015, de *Groupe inter-bailleur de Santé* (GIBS). Deze hernieuwde donorcoördinatie bestond alleen uit bilaterale- en multilaterale donoren.

De *Direction d’Etude et Planification* (DEP) van het Congolese ministerie voor Gezondheid, ondersteund door Enabel, werkte in dezelfde periode (2005/2006) aan een nieuwe ***Stratégie de Réhabilitation et de Renforcement du Secteur Santé (2006-2016)*** (SRSS). België is zeer te spreken over de toenmalige directeur van de DEP die regelmatig overlegde met de donorcoördinatie. De WHO speelde haar rol voortreffelijk: het begeleidde het Congolese Ministerie van Gezondheid wat beleid, uitvoerende strategie en normering betreft. Ook Enabel die toen de DEP ondersteunde hielp het proces goed vooruit.

In Rwanda ziet de ambassade dat de **huidige beleidsdialoog die een multi-donordialoog is, vanuit de *health sector working group***, ordentelijk gebeurt en één van de betere sectorwerkgroepen in Rwanda is. De groep is sinds de door Rwanda opgelegde taakverdeling niet meer zo groot. Er is een actieve betrokkenheid van Ngo’s en het WHO voorziet een ruim budget voor evaluaties die de ontwikkeling van nieuwe beleidskeuzes dienen te ondersteunen, de hoge kaders stellen zich ook zeer actief op (ministers nemen vaak deel aan de beleidsdialoog) en er is een goede vorm van werkverdeling tussen de donoren. Maar tegelijkertijd is Rwanda een land waar beleidsdialoog soms moeilijk loopt. De Rwandese overheid is niet zo geneigd om de tekortkomingen van het beleid openlijk te bespreken. Hoe meer partijen aan tafel, hoe minder open de Rwandese partner is. Dus veel van de invloed van donoren gaat uit van studies, evaluaties, bilaterale gesprekken,...

In Burundi was de rol van de WHO problematisch: enerzijds was de groep veel te divers met deelnemers die verschillende rollen te vervullen hadden in het proces van beleidsbepaling, -uitvoering en -opvolging. Daarenboven had de WHO de rol van *adjoint* in de *Groupe des partenaires*. Dit verplichte de WHO te spreken in naam van alle deelnemende partijen wat haaks staat op de natuurlijke rol van adviseur van het Burundese Ministerie. De WHO moet namelijk een broker kunnen zijn van de samenwerking van elke betrokken partij met het ministerie. Vanaf 2015 startte, zoals in de DRC, een nieuwe groep met alleen donoren: de *Groupe des Partenaires Fianciers en Santé*. Deze groep kan al verscheidene realisaties voorleggen, zoals de harmonisatie van de donorhulp tijdens de malaria-uitbraak in 2015-2016 op basis van het *Plan de Riposte*, uitgewerkt door het ministerie met steun van de WHO.

De **aanpak van de Ebola-crisis** was in 2014 vanuit Geneve een misser. Er was toen veel over *Governance* te doen en de traagheid waarmee de WHO had gereageerd. De aanstelling van een speciaal gezant Dr. David Nabarro om de crisis te beheren, door de beslissing van de Algemene Vergadering was een blamage voor de organisatie.

Bijgeengesprokkelde feedback van het terrein op basis van rapporten, over de rol van het GFATM is negatief. Dit roept vragen op over waarom we dit fonds blijven financieren. Ook Steurs et al. (2018) besluit dat hoewel de EU-kiesgroep zich inspant om het *Global Fund* in de richting te duwen van een horizontale aanpak in de bestrijding van ziektes, er gemengde ervaringen te bestaan over het succes ervan.

Onderstaande kader is geen alleenstaand geval. Er komen ook consistent negatieve berichten vanuit de ambassade te Kinshasa over de enorme verspilling van medicamenten waartoe het parallelle systeem van medicatiebeheer, geïnduceerd door het *Global Fund*, aanleiding geeft en het voor de lokale centrales onmogelijk maakt om zelf een degelijk stock-beheer te voeren.

Memisa zegt contract in 2017 op met het GFATM wegens onmogelijk te verzoenen met haar inzet voor de versterking van de gezondheidssystemen in de DRC

In de DRC zijn Sans-Rue en Cordaid *Principal Recipient of Récipiendaire Principal* voor het *Global Fund* wat betekent dat ze de gelden die ze rechtstreeks ontvangen van het GF door (mogen) storten naar andere uitvoerende organisaties (*sous-récipiendaires*).

Memisa ondertekende aldus een contract van 2012 tot 2017 als *sous-récipiendaire* voor Bandundu, Ituri, etc....De Ngo heeft getracht om de verticaliserende tendensen van het Fonds naar echte systeemversterking om te buigen. Door logistieke en administratieve problemen is dat niet gelukt. Het GF-programma induceerde enorme vertragingen. Alles komt te laat: medicatie, materiaal,... Medicatie vervalt eer ze kan gebruikt worden. Alles loopt parallel: opleiding, premies, medicatie,...

Memisa stopte de contracten in 2017 omdat ze simpelweg te veel inspanning eisten op financieel-, technisch- en personeelsvlak. Iedereen diende ingezet voor het bijkomende werk die de financiering van het GF meebracht. De stopzetting was ook bedoeld als een duidelijk signaal: zo kan het niet verder. Hieraan doen wij alvast niet mee...

Fragment uit een gesprekje met Elies Van Belle van Memisa op 21/05/2019

Omdat het ons ten slotte toch om de ontwikkelingsresultaten te doen is... besteedt ook de kadernota een hoofdstukje aan monitoring en evaluatie met de punten van aandacht voor België ten aanzien van de organisaties. Dit zijn stuk voor stuk omvangrijke werven (zie blauwe kaders onder) die een bijzonder sterke kennisbasis vragen van studies, evaluaties, missie-verslagen, e.d. om zich gefundeerd te kunnen uitspreken. Daarom zijn gezamenlijke demarches een logische en veel geloofwaardigere manier voor nuttige opvolging van deze organisaties. Dat kan MOPAN zijn, voor bepaalde aspecten, maar dat kunnen ook evaluatie-initiatieven zijn op het terrein door een groep donoren waarvan we via een studie over de EU een mooie case hebben.

Monitoring en Evaluatie van het *Global Fund*:
In de opvolging van het fonds geeft België aandacht aan

de coherentie van de steun van het GF met deze van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de partnerlanden van België.

inspanningen die het GF zich getroost m.b.t.:

- transparantie en betrokkenheid van de civiele maatschappij,
- de rechten en toegang van arme bevolkingsgroepen,
- een verhoging van de efficiëntie van de hulp
- de afstemming op de nationale aids-,tuberculose- en malariaprogramma's
- samenwerking met UNAIDS en het UHC2030.¹⁸⁰

Monitoring en Evaluatie van het WHO:

**In de opvolging van het WHO geeft België vooral aandacht
aan de rol en de inspanningen voor...**

- de SDG,
- en het versterken van de gezondheidssystemen,
- de verbetering van de doeltreffendheid van de hulp,
- afstemming op de plannen van het land in de gezondheidssector,
- de versterking van de uitvoering van de nationale plannen in Afrika en in de partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking,
- arme bevolkingsgroepen,
- resultaatsgericht beheer van de organisatie,
- de vereenvoudiging van de hulparchitectuur,
- de deelname aan de beslissingen over de hervorming van het UN-systeem,
- de samenwerking met UNAIDS.

De kwaliteit van de resultatenkaders en de rapportering omtrent resultaten is een belangrijk aspect voor de beoordeling van een organisatie. Het *Global Fund* is publiek erg "zichtbaar". Door de specifieke focus kon het snel resultaat voorleggen. Het communiceert slim naar het grote publiek en was één van de eerste organisaties om voor te rekenen hoeveel levens ze had gered. Vooral de

¹⁸⁰ **UHC2030:** " provides a multi-stakeholder platform that promotes collaborative working at global and country levels **on health systems strengthening** (HSS). It advocate increased political commitment to UHC and facilitate accountability and knowledge sharing. In countries receiving external assistance, it continues to promote adherence to effective development cooperation principles as the most important way to ensure coordination around HSS. **In 2016, the International Health Partnership + (IHP+) transformed into UHC2030** to respond to the health-related Sustainable Development Goals, particularly SDG3, and expanded its scope to include health systems strengthening to achieve universal health coverage.

behaalde resultaten en de concentratie op de uitvoering, samen met een vernieuwing van de aanpak t.o.v. de klassieke UN-organisaties zien donoren als troeven van het Fonds.

De wijze waarop het GFATM resultaten claimt, staat gelijk met beweren dat andere, meer algemene systeemuitgaven en –ondersteuning door alle andere donoren en organisaties geen invloed hebben. Omdat het GFATM hierover al vaak kritiek kreeg, ging het de attributie van resultaten wat temperen.

De rapportage over resultaten van het Global Fund sinds de oprichting in 2001 tot 31 december 2016 zitten op output-niveau.

- Meer dan 11 miljoen mensen kregen retrovirale middelen
- 17,4 miljoen gevallen van tuberculose behandeld volgens de strategie van directe observatie
- 800 miljoen muskietennetten verdeeld om malariabesmetting tegen te gaan.

De WHO, zo meldt het MOPAN-rapport van 2019 daarentegen, worstelt nog altijd met belangrijke technische problemen omtrent de opvolging en rapportering van resultaten. Het blijkt bijzonder moeilijk om resultaten van de WHO te definiëren als één globale inspanning. De organisatie startte met een *impact framework* maar de verbanden met het *General Program of Work* stuitten op problemen van definities, metingen en toepassingen die door de expertgroep om redenen van ontoereikende technische kwaliteit en - geloofwaardigheid oponthoud kennen.

Bedenkingen.

Hoewel de erg grote bedragen –een goede reden om aandacht te besteden aan het GF- blijft België een kleine speler in de reusachtige pooling van fondsen van het GFATM. De kiesgroep van de EU biedt België de nodige *leverage*. Zo berekenden we voor het Kennisdocument dat de kiesgroep waartoe België behoort, 6 à 7% van de financiering levert. Omdat Belgische standpunten gelijklopen met die van de EU, krijgen ze daardoor een groter gewicht. Bovendien heeft België zelf een aantal strategische rollen opgenomen in organen van het Fonds. Anderzijds stellen we voorlopig vast dat er weinig interne documentatie is die de beïnvloeding van het GF onderbouwen. De multi-fiche is het enige interne product maar zou best een aantal bijkomende rubrieken opnemen.

Ondanks de Belgische afkeer voor een verticale benadering en een duidelijke voorkeur voor een horizontale aanpak in de gezondheidssector, de zogenaamde systeemversterking, blijft België jaar na jaar, naar Belgische normen, grote bedragen storten. De praktijken m.b.t. Aids zijn grondig veranderd. Na al die jaren is de behandeling van de ziekte *mainstream* geworden en kunnen gewone gezondheidsstructuren ze, als onderdeel van hun andere opdrachten, perfect behandelen.

Wat Damiaanactie betreft, blijkt deze Ngo door de focus op tuberculose een interessante, doch onderbenutte bron van informatie over de werking van het *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria (GFATM)*. We illustreren verder dat de DGD amper gebruik maakt van de specifieke expertise die bij de Ngo's aanwezig is. De uitwisseling van ideeën tussen alle Belgische actoren in de gezondheidszorg via het multi-actoren platform *Be-cause Health* is een goede brug van het ITG naar een diverse groep van actoren, maar koppelt de specifieke expertise van bepaalde Belgische Ngo's niet noodzakelijk terug naar de DGD. De synthese van feedback vanuit het terrein, eventueel van het CCM of lokale donorcoördinaties is geen onderwerp in de kadernota of een ander intern

opvolgingsdocument. Het feit dat de EU, expliciet stelt dat in de DRC het *Global Fund* destructief is voor het gezondheidszorgsysteem (de opzegging van het contract door Memisa vertolkt hetzelfde) leidt tot weinig drastische actie. We hebben ook geen overzicht gevonden van de momenten waarop België in het CCM vertegenwoordigd was. In welke CCM? Door wie vertegenwoordigd? Welke rol had België (bijvoorbeeld in de rotatie opgezet in de DRC)? Via een aantal actieve NGA's kan België nochtans pertinente feedback verzamelen over de werking van het GF.

De kadernota geeft geen overzicht van de *board*-beslissingen die er voor België toedoen en waarop ons land in latere *boards* kan terugkomen. Net zomin is er informatie over de inhoud van de vroegere bilaterale gesprekken, als over de conclusies van het Belgisch seminarie naar aanleiding van de eerste vijf-jarenevaluatie. We weten niet of dit seminarie naar aanleiding van de eerste 5-jarige evaluatie van het GF eventueel een herhaling vond via *Be-cause Health* wat een geknipte opdracht lijkt voor dit platform. Geen vermelding in de nota van latere evaluaties, hoewel ze wel de verantwoordelijkheid zijn van het door België opgevolgde *Portfolio and Implementation Committee* dat de GF-hervormingen opvolgt.

Ook als de DGD zich laat vertegenwoordigen door externe deskundigen, dient ze de doeltreffendheid van de interacties met de organisaties te beoordelen en te leren uit successen en misers.

Het ITG gaat prat op haar wetenschappelijke expertise over HIV/AIDS. We hadden verwacht dat deze ook in het GF zou meespelen, eventueel via het technische beoordelingscomité (*TRP*) waaraan 25 tot 40 onafhankelijke wetenschappers deelnemen. Het ITG vervult deze rol bijvoorbeeld wel in UNAIDS. Wetenschappelijke bevindingen als deze van professor emeritus Marc Coosemans zijn niet onbelangrijk als kritisch geluid bij de oriëntatie van de middelen van het GFATM en kregen geen rubriek in de multi-fiche. Of de administratie ze gebruikt, valt dan niet meer vast te stellen.

Conclusies.

De eerste vraag waarop we wensten te antwoorden betreft: "Beïnvloeden we multilaterale organisaties op een zodanige manier dat we redelijkerwijs mogen aannemen dat dit leidt tot betere resultaten op het terrein?" Ten aanzien van de WHO en het *Global Fund*, is beïnvloeden een problematische term. Enerzijds is er de WHO waarvan we de activiteiten dermate genegen zijn dat we onze aandacht eerder op het faciliteren van de rol van deze organisatie richten. Er wordt weinig moeite gedaan om resultaten te verbinden om onze houding t.o.v. de organisatie. Af te leiden uit de positieve beoordeling in het MOPAN-rapport is de Belgische houding om de WHO alle kansen te geven haar rol te spelen in de wereld en op het terrein wel gerechtvaardigd.

Voor het *Global Fund* is dat helemaal anders. Eigenlijk werkt deze organisatie helemaal niet volgens wat de DGD wenselijk vindt. De Belgische strategie gezondheid indachtig, komt er relatief veel negatieve feedback vanuit het terrein. Desalniettemin krijgt het GF meer dan het dubbele van de financiering van de WHO dat blijvend problemen heeft met tekort aan middelen voor het algemeen budget. Bovendien begrijpen we uit de studie van Steurs (2018) dat de categorie 1-donoren nog steeds weinig vat hebben op de werkwijze van het Global Fund ondanks hun sterke overtuiging dat de horizontale aanpak in de gezondheidssector de juiste is en de verticale van het GF aanleiding geeft tot veel verspilling van middelen en scheeftrekking in de lokale gezondheidsstructuren. We besluiten dat België t.a.v. het GF niet-coherent handelt. Deze uitspraak dient gerelativeerd in het licht van de zwakke kennisbasis waarop het Kennisdocument zich maar kan beroepen. Anekdotisch

materiaal laat over het algemeen ook een positiever beeld zien van de WHO dan van het *Global Fund*.

De tweede vraag luidt dan: “Wat leren we uit antwoorden op bovenstaande vraag over de werking van de DGD? “ Er is zeker nog marge voor een betere samenwerking met de EU en andere lidstaten via strategische allianties in de positionering naar de organisaties toe. DGD schiet tekort in termen van kennisbeheer om pertinenter te kunnen optreden in de multilaterale omgeving. Dat gaat van gesystematiseerd gebruik van terreinobservaties en -coördinaties tot het beter benutten en bewerken van studies, *assessments* en evaluaties. Omdat er geen *track* werd gehouden van de uitwisselingen met multilaterale organisaties in het verleden, kunnen we ook niet volgen of er een zekere continuïteit in de uitwisseling met deze organisaties zat en of we überhaupt een aantal positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen.

Gezondheidszorg voor iedereen¹⁸¹

Waarom spreken we over sociale bescherming in de gezondheidssector?

Gezondheidsfinanciering met het ook op universele toegang tot gezondheidszorg is een van de aandachtspunten van de Belgische ontwikkelingssamenwerking. De zogenaamde *Universal Health Coverage* wint internationaal meer en meer aan belang als prominente subdoelstelling van de versterking van het gezondheidszorgsysteem. Binnen de sector gezondheid zien we dat België zich al lang met sociale bescherming bezighield. Zo werkte de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector aan sociale bescherming in Burundi, Rwanda, Senegal, Mali, Uganda en Benin. De Verklaring van Alma Ata van 1978 *Health for All*¹⁸² en de notie *Universal Health Coverage* zoals gedefinieerd in 2010 door de WHO, zijn de belangrijkste strategische verwijzingen van de beleidsnota m.b.t. de Belgische ontwikkelingssamenwerking.¹⁸³ *Universal Health Coverage* streeft naar gezondheidsdiensten voor alle mensen die ze nodig hebben zonder dat ze hierdoor in financiële problemen komen. Belgische Ngo's die werken in de gezondheidssector, plaatsen hun engagement voor de bestrijding van ongelijkheid eveneens binnen de Verklaring van Alma Ata of het Bamako-initiatief van 1987.¹⁸⁴

De definitie van het ILO ziet gezondheidszorg als een onderdeel van sociale bescherming. Technisch gesproken werkt sociale bescherming via 4 onderscheiden mechanismen die elke op hun manier kunnen bijdragen aan herverdeling en aan de bestrijding van al te grote ongelijkheid in een samenleving: (1) het systeem van sociale zekerheid, (2) sociale bijstand¹⁸⁵, (3) tewerkstellingsbescherming en –promotie, (4) sociale dienstverlening waartoe gezondheid en onderwijs behoren. Onderwijs en gezondheid kan je beschouwen als transfers in natura en vormen

¹⁸¹ Universele dekking van de gezondheidszorg. Addendum tot de beleidsnota «Het recht op gezondheid en gezondheidszorg» 2012, DGD.

¹⁸² De Verklaring van Alma Ata bracht de WHO en haar lidstaten tot de consensus dat iedereen een gezondheidsniveau moet kunnen bereiken dat hem of haar moet toelaten een sociaal en economisch productief leven te leiden.

¹⁸³ Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2012). *Universele dekking van de gezondheidszorg. Addendum tot de beleidsnota. Het recht op gezondheid en gezondheidszorg*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2018). *Het recht op gezondheidszorg waarmaken. Consensus over richtlijnen voor duurzame steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

¹⁸⁴ At the 37th World Health Organization (WHO) regional meeting in 1987, as a result of a joint initiative of the WHO and UNICEF, African ministers of health made a commitment to implement the Bamako Initiative. This commitment served to motivate external partners as well as countries themselves to involve people in managing their health, and to promote essential generic drugs.

¹⁸⁵ Fonteneau, B., Van Ongevalle, J. (2015). *Redistributive Social Protection Mapping Study*. [Working Paper N°1 Social Protection July 2015, kaderend in het beleidsvoorbereidend onderzoek gesubsidieerd door de DGD van ACROPOLIS BeFinD. Belgian Policy Research Group on Financing for Development]. Leuven: HIVA-Research Institute for Work and Society.

Dit *Working Paper* van de ACROPOLIS-onderzoeksgroep van 2015 is kritisch over sociale bijstand die zich richt op aparte groepen armen zonder dat daarom iets gebeurt aan de onderliggende ongelijkheidsmechanismen.

daarom onderdeel van sociale beschermingsmaatregelen.¹⁸⁶ De studie in de OESO-landen toonde aan dat ze een belangrijk effect hebben op het beschikbaar geldelijk inkomen van de bevolking waardoor mensen over gemiddeld 30% meer inkomen zouden beschikken. Maar omdat uitgaven van de overheid in lage-inkomenslanden ontoereikend zijn -de toegang en de kwaliteit zijn onvoldoende- dekken ze in geen geval de noden en de verwachtingen van de bevolking. Desalniettemin heeft sociale dienstverlening een belangrijk potentieel en biedt het voordelen ten aanzien van de andere mechanismen. Zo hebben gezondheid en onderwijs de mogelijkheid om transfers *in natura* naar de gehele bevolking te garanderen en te institutionaliseren.

De meeste sociale beschermingsmechanismen in ontwikkelingslanden hebben trouwens vooral met gezondheid-gerelateerde risico's te maken. Alle Belgische partnerlanden hebben hun publieke sociale beschermingsuitgaven in de laatste 15 jaar verhoogd. Deze tendens is nog duidelijker als de berekening de uitgaven voor gezondheid meetelt.¹⁸⁷ Gezondheidszorg is daarom best een interessante sector om iets over de uitdagingen van sociale bescherming te vernemen en sociale bescherming legt de financiële mechanismen bloot die gezondheidszorg betaalbaar moeten maken voor de armen.

¹⁸⁶ Dit is niet de gangbare praktijk, zo stellen de onderzoekers van het ACROPOLIS-consortium. Niet alle onderzoekers zien sociale diensten als sociale beschermingsmaatregelen of nemen ze mee in de berekening van ongelijkheid. Er bestaan wel veel studies over hun herverdelend potentieel in OESO-landen. Een gezondheidszorgsysteem kan namelijk ook de mensen in de armoede drijven of tot besparing aanzetten als er het onvoldoende aandacht heeft voor de financiële risico's en kosten die de dienstverlening meebrengt. Besparingen in het huishoudbudget kunnen een negatieve impact hebben op de voeding of de opleiding van de gezinsleden.

¹⁸⁷ Fonteneau, B., Van Ongevalle, J. (2015). *Redistributive Social Protection Mapping Study*. [Working Paper N°1 Social Protection July 2015, kaderend in het beleidsvoorbereidend onderzoek gesubsidieerd door de DGD van ACROPOLIS BeFinD. Belgian Policy Research Group on Financing for Development]. Leuven: HIVA-Research Institute for Work and Society. (p.15).

Universal Health Coverage (UHC)						
	Beschikbaarheid	Bereik	Financiële risico- bescherming			
	% van essentiële gezondheidsdiensten aan de bevolking beschikbaar op basis van een standaard minimumpakket	% van SDG3 (targets) essentiële diensten geleverd (interventies)	FRP-index (uitleg zie onder)	Voerde het land een verplichte verzekering in?		
Benin	26	59	26	ja	Recent	
Burkina	-	54	23			
Burundi	-	42	19	ja		
DRC	22	47	25			
Guinea	40	51	23			
Mali	33	50	26			
Mozambique	11	46	66			
Niger	37	51	18			
Rwanda	39	69	54	ja		
Senegal	11	68	29	ja		
Uganda	30	52	23			
Data source: WHO State of Health Africa Region 2018						
Drie concepten bepalen de UHC: bescherming tegen financiële risico's, de beschikbaarheid en het bereik van de gezondheidsdiensten. De concepten zijn onlosmakelijk verbonden met de noodzaak van kwaliteitsvolle dienstverlening. Deze dimensie ontbreekt in de UHC.						
Financial Risk Protection FRP-index als proxy een gemiddelde gebaseerd 3 elementen: (1) General Government Health Expenditure (GGHE) as % of THE: Higher government spending as a proportion of total health expenditure implies a higher proportion of health expenditures are indirect (not paid at the point of use); (2) Out of Pocket Expenditure (OOPS) as % of Private Health Expenditure (PvtHE): Higher out of pocket spending within private expenditures imply higher inequities as these expenditures are driven by ability to pay, not need; and (3) Social Security Funds as % of General Government Health Expenditure (GGHE): Higher spending on health social security implies that more government spending is pooled for health use.						

Gezondheid betaalbaar maken voor de armen via een verzekeringssysteem

De aanpak van Ngo's: verzekeringsschema's verankerd in de gemeenschappen.

De Ngo's waren vaak pioniers in allerlei sociale beschermingsmechanismen. Ze hanteren verschillende strategieën van sociale bescherming maar (1) de meest gebruikte strategie is deze van risico-beperking via bijvoorbeeld verzekeringsschema's of via een beter inkomen voor bepaalde groepen, eventueel via micro-kredieten. (2) Zowel Ngo's als de internationale afdelingen van Belgische vakbonden hebben in Afrika en Latijns-Amerika verzekeringsmechanismen *mutuelles de santé* opgezet.¹⁸⁸ De basis waarop deze mutualiteiten steunen is solidariteit tussen de leden. (3) Een andere strategie is deze waarbij steun naar ernstig gedepriveerde bevolkingsgroepen gaat. Identificatiemechanismen bepalen welke armen in aanmerking komen voor een of andere vorm van bijstand. (4) Sommige programma's ondersteunen de lokale partner m.b.t. technische en organisatorische aspecten van sociale bescherming. (5) Ten slotte zijn er de nationale en internationale campagnes en gerichte pleidooien m.b.t. sociale bescherming.

De meest Ngo's en internationale afdelingen van Belgische vakbonden hanteren voor verzekeringsmechanismen, de zogenaamde *community-based approach*. Deze benadering gelooft sterk in het belang van het communautaire, participatieve karakter van gezondheidsverzekeringen. Ze werken meestal op basis van vrijwillig engagement van de leden. In deze optiek zijn mutualiteiten meer dan alleen maar een mechanisme om betere toegang te hebben tot gezondheidszorgen maar ook een instrument om de lokale (lees rurale) gemeenschappen en gebruikers sterker en weerbaarder te maken en daarmee democratiserende aspecten aandacht te geven. Belgische ziekenkassen, *Solidarité socialiste* en Wereldsolidariteit zijn daarin de belangrijkste spelers. Memisa, leunt aan bij de efficiëntie-aanpak (zie onder).

¹⁸⁸ Er is sprake in de HIVA-studie van een OXFAM-rapport over *Universal Health Coverage* van 2013 met de bewering dat mutualiteiten niet de beste manier zijn om dekking aan te pakken. OXFAM wijst op het belang van de schaal, de noodzaak van een duurzaam systeem en het vaak ontbreken van (lokale) capaciteit in deze materie. Dat is ook de conclusie van 25 jaar onderzoek van HIVA over het complex proces van het opzetten en het performant maken van *mutuelles*. Omdat veel factoren meespelen (technische, socio-politieke en financiële), mag men een systeem van sociale bescherming niet zomaar top-down doorvoeren. Om beter te kunnen bijdragen aan het verhogen van de toegang tot gezondheidszorg, moet de nieuwe generatie van *mutuelles* een bredere basis krijgen in de gemeenschappen dan de bestaande. De vraag is dan of en onder welke condities overheden dergelijke leden-gebaseerde organisaties kunnen opstarten. De Ngo's en CSO's vrezen dat dit negatief zal uitdraaien voor de autonomie en vrijheid van actie. Het HIVA-onderzoek verwijst naar een aantal ervaringen in de gezondheidssector doch zonder verdere uitleg. (zie: Fonteneau, B., Vaes, S., & Huyse, H. (2014). *Social Protection at the top of the international Agenda : issues at Stake from a Civil Society Perspective*. [Discussion Paper, kaderend in het beleidsvoorbereidend onderzoek gesubsidieerd door de DGD]. Leuven: HIVA-Research Institute for Work and Society.)

Louvain Coopération schrijft over :
Dix Années d'expériences dans la promotion des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest.¹⁸⁹

In een rapport over 10 jaar activiteit in Benin en Togo, brent *Louvain Coopération* de opgedane ervaring met micro-mutualiteiten samen. In een groot aantal Afrikaanse landen verloopt de toegenomen dekking voor ziektekosten via de ontwikkeling van communautaire mutualiteiten. De micro-gezondheidsverzekeringen gebruiken verschillende systemen. Het beheer van de *mutuelles* steunt op de actieve vertegenwoordiging van de leden. Ze sluiten conventies af met de dichtstbijzijnde gemeenschaps-, publieke en private zorginstellingen en dekken vaak ook de kleine ziekerisico's voor zwangerschap of bevalling.

Hoewel er nog veel obstakels de goede werking van de micro-verzekeringen belemmeren, neemt hun aantal in veel Afrikaanse landen gestaag toe. In bepaalde landen zoals Mali of Senegal, steunt de staat de uitbreiding van de dekking via deze micro-mutualiteiten.

De op efficiëntie georiënteerde aanpak van Enabel.

De centrale bekommernis van deze werkwijzen betreft de schaal van de dekking en het verwerven van inkomsten. Ze zijn sceptisch over het potentieel van de op de gemeenschappen gebaseerde kleinschalige verzekeringsschema's. Grootste pleitbezorger van deze benadering is de WHO die stelt dat kleine vrijwillige en kleinschalige mechanismen met weinig tot geen subsidiëring, georganiseerd door arme en kwetsbare groepen en vrijwilligers, maar een beperkte rol kunnen spelen in de evolutie naar universele dekking voor gezondheidskosten. De oplossing is dus opschaling en professionalisering van de groeperingen. Hoewel bij deze aanpak de deelname van de bevolking belangrijk is, krijgen de democratiserende aspecten die een belangrijk voordeel zijn van de werking van micro-mutualiteiten, er weinig aandacht.

¹⁸⁹ Louvain Coopération (2013). *Dix Années d'expériences dans la promotion des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest*. [Rapport finale]. Direction Régionale Afrique de l'Ouest (Bénin et Togo).

**Een solidariteitsfonds op regionaal niveau:
de aanpak van Enabel in Senegal.**

Enabel ondersteunde in Senegal een op efficiëntie-georiënteerd systeem met focus op schaal, professionalisering en met een systematische manier om de dienstverlening in de gezondheidszorg te verbeteren (zie boven: de *Result Based Finance* in Benin, Uganda, Senegal). Enabel ontwikkelde de *Unions Départementale d'Assurance Maladie* (UDAM) in antwoord op de tekortkomingen van de *mutuelles*. Ze zijn inefficiënt zijn door hun kleine schaal en tekort aan professionele omkadering, aldus Enabel. Door de *Unions Départementales d'Assurance maladie* (UDAMs) van financiële en technische ondersteuning te voorzien, heeft Enabel hen voorbij een bepaalde drempel geduwd zodat ze hun bereik in termen van financiële middelen vergrootten en professionele structuren konden opbouwen en verduurzamen. Een van de kernlessen van de Unies (UDAMs) is dat voor een duurzame oplossing, de *mutuelles* zelf de schaalvergroting ten minste ten dele moeten bekostigen, wat niet betekent dat een externe actor zo'n proces niet zou kunnen ondersteunen. Hier kunnen overkoepelende structuren zoals regionale en nationale unies een belangrijke rol spelen. De regionale unie van Kaolack poogde haar leden te overtuigen om bij te dragen aan een solidariteitsfonds op regionale niveau om zo de risico's voor de individuele mutualiteiten te verminderen.

Een verschil in visie die niet zomaar overbrugbaar lijkt.

In een recentste studie over sociale bescherming die er op vraag van de DGD kwam, stellen de onderzoekers dat het onderscheid tussen de twee wijzen van aanpak in Senegal heel duidelijk is. Twee grote donoren, het Amerikaanse USAID en Japanse JICA hebben via het DECAM-project¹⁹⁰ een supra-lokale structuur opgezet (*Agence CMU*)¹⁹¹ en overheidssubsidies voorzien voor de werking van de *mutuelles*. De verzekeringsmechanismen bleven kleinschalig, en gemeenschaps-gebaseerd. De director van de *CMU* stelt dat de *mutuelles* een belangrijke politieke functie hebben omdat ze gemeenschappen helpen om zich te organiseren en een tegengewicht te vormen tegenover de macht van de staat. Voor de Belgische gouvernementele samenwerking heeft Enabel een alternatief systeem opgezet dat een heel andere invulling gaf aan de *mutuelles*. Het verschil in aanpak heeft niet alleen voor verdeeldheid gezorgd binnen de civiele maatschappij maar ook bijgedragen aan de verdere fragmentatie van het Senegalese gezondheidssysteem, zo luidt hun besluit. Ze betreuren dat de donoren en de uitvoerende organisaties met de overheid niet hebben gezocht naar een coherente aanpak.¹⁹²

¹⁹⁰ DECAM is de naam van het project (Décentralisation et Assurance Maladie), dat tot doel heeft de *mutuelles* te versterken via een combinatie van institutionele stuen en subsidiëring.

¹⁹¹ Agence CMU: agentschap opgericht door DECAM in 2015 .Voluit: *Agence de la Couverture Maladie Universelle*. Specifiek doel van het agentschap is de overheid bijstaan in het voornemen universele dekking voor ziektekosten te bereiken (UHC).

¹⁹² Verbrugge, B., Ajuaye, A. & Van Ongevalle, J. (2018) *Contributory social protection for the informal economy? Insights from Community-Based Health Insurance (CBHI) in Senegal and Tanzania*. [Research commissioned by Directorate-General Development Cooperation and Humanitarian Aid by KU Leuven HIVA Research Institute for Work and Society] Leuven: KUL. p.42.

In het boek dat de Enabel-ervaringen vastlegt met het PAODES-project: *Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique sub-saharienne, Six ans d'expériences au Sénégal rural 2012 – 2017* spreken de auteurs over een aantal te doorlopen stappen bij de evolutie naar een universele dekking van ziektekosten. Daarin is de derde fase, deze waarbij de staat zich officieel engageert en daarbij een universele dekking nastreeft van alle categorieën van de bevolking. Deze derde fase zou dan alle systemen die de voorgaande fases hebben voortgebracht, moeten samenbrengen. Dat is precies wat Rwanda heeft gedaan: botsend op de limieten van een systeem van vrijwillige aansluiting, evolueerde de sector in Rwanda naar een systeem van verplichte aansluiting dat nu met succes het overgrote deel van de bevolking van dekking voorziet.¹⁹³ Enabel ziet hierin de bevestiging van haar visie die ze met de internationale literatuur deelt: een aanpak die alleen gebaseerd is op communautaire deelname en vrijwillige inzet, kan niet slagen.

Een ziekteverzekering met toegang tot basisgezondheidszorg voor alle Rwandezen.

Alle Rwandezen kunnen intekenen op een ziekteverzekering, die toegang geeft tot basisgezondheidszorg (*Community based health insurance*). In 2017 was 85,6% van de bevolking aangesloten. Een recent rapport van het IMF meet de impact van de verzekering op de uitgaven van de gezinnen voor gezondheidszorg over de periode 2000-2010.¹⁹⁴ De studie maakt gebruik van de EICV-databank die gegevens voor “armoede”-statistiek bevat en verzamelt gedetailleerde cijfers over de bestedingen van de gezinnen, inclusief de uitgaven voor gezondheidszorg.

In de *Mutuelle* betalen gezinnen een jaarlijkse bijdrage aan de verzekering en daarnaast een soort remgeld voor de verschillende diensten. De gezinnen betalen wel voor geneesmiddelen die niet in de gezondheidscentra beschikbaar zijn. In 2000 bestond de *Mutuelle* nog niet. Het is dus interessant om de resultaten van de latere armoede-enquêtes te vergelijken met het basisjaar 2000.

De vaststelling voor de Rwandese gezinnen is positief.

Gezinnen gebruiken de gezondheidsdiensten in 2010 gemiddeld meer dan voorheen. Met andere woorden, de toegang tot gezondheidscentra en district-hospitalen is verbeterd.

Hoewel gezinnen de gezondheidsdiensten meer gebruiken, betalen ze gemiddeld minder aan gezondheidszorg dan in de periode voor de *Mutuelle* (of dan gezinnen die niet zijn aangesloten). De gezinnen houden dus meer middelen over voor andere uitgaven. Het zou interessant zijn om de studie door te trekken naar de twee laatste EICV-surveys (2013 en 2016). Het systeem is immers aangepast: de armsten (Ubudehe 1) dienen geen bijdrage meer te betalen. Dat doet Minisanté voor hen. Het beheer van de *Mutuelle* is ook overgedragen aan de *Rwanda Social Security Board*.

¹⁹³ Bossyns, P., Ladrière, F., & Ridde, V. (2018). *Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique sub-saharienne. Six ans d'expériences au Sénégal rural, 2012 – 2017* [Studies in Health Services Organisation & Policy, 34,2008]. Antwerpen: ITGPress.

¹⁹⁴ Woldemichael, A., Gurara, D., & Shimeless, A. (2019). *The Impact of Community Based Health Insurance Schemes on Out-of-Pocket healthcare Spending : Evidence from Rwanda*. [IMF, Working paper, 2019/38]. Geraadpleegd op 02/05/2019 via <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2019/02/23/The-Impact-of-Community-Based-Health-Insurance-Schemes-on-Out-of-Pocket-Healthcare-Spending-46587>

De onderzoekers Verbrugge et al. (2018) besluiten uit het Senegal-verhaal dat beide eerder geschetste modellen met hun tekorten en hun verdiensten dienen te evolueren naar een pragmatische aanpak. Dat zou het geval zijn voor het parcours van het DECAM-project (*Décentralisation et Assurance Maladie*) waarmee USAID en JICA een veranderingsproces opstartten dat de sterktes van beide modellen lijkt te verenigen. Enabel plaats hier tegenover dat anno 2019 de 2 *Unions Départementale d'Assurance Maladie* (UDAM) nog altijd functioneren en dat de Senegalese overheid ondertussen de aansluiting bij een ziekteverzekering verplicht heeft gemaakt, waar het efficiëntie-model dat Enabel verdedigt, in principe op had moeten kunnen steunen ten tijde van de uitvoering van het project.

Een realistische optie voor de fragiele context van de DRC is gesubsidieerde forfaitaire tarifiering.

De EU stelt vast in een klinische audit in de gezondheidsstructuren van de DRC in 2018 dat de financiële barrière de grootste is om zich te laten behandelen.¹⁹⁵

Betaalbaarheid is de hoofdfactor die de toegang tot de gezondheidszorgen bepaalt. 40 à 90% van de bevolking heeft toegang tot de zorgen verstrekt in de EU-ondersteunde gezondheidsstructuren. In gezondheidsstructuren die de EU niet ondersteunt heeft maar 10% van de bevolking deze mogelijkheid. De duurste en ongeplande interventies zoals chirurgie, blijven onbetaalbaar voor de meesten. De zieken proberen zicht te verplaatsen naar de EU-ondersteunde zones die gereputeerd zijn voor de goedkopere zorgen van betere kwaliteit.

In de DRC voert Memisa sinds 2017 een EU-gezondheidsproject¹⁹⁶ uit dat gezondheidsdiensten aankoopt, met tarieven gebaseerd op het principe van de gesubsidieerde *tarification forfaitaire*. Deze vorm van financiering van gezondheidsdiensten, organiseert een vorm van solidariteit op het niveau van de gezondheidsstructuur. Dit is de meest realistische vorm van risico-indekking die gezondheidsstructuren voor hun gebruikers in de context van de DRC kunnen organiseren. Het is een Belgische standpunt die zowel de gouvernementele samenwerking, Memisa, als de EU onderschrijft.

Dr. Jean-Pierre Noterman vertelt over de aanpak van Memisa in de DRC

Memisa is minder actief bezig met mutualiteiten. De Ngo ondersteunt bestaande mutualiteiten maar zal zelf het initiatief niet nemen. Veel micro-mutualiteiten zijn niet leefbaar. Kisantu is misschien een uitzondering. Maar in het algemeen heerst er veel naïviteit over *Universal Health Coverage* (UHC). Dit laatste moet een duidelijke keuze van de overheid zijn. Deze moet bereid zijn om te subsidiëren. Een mutualiteit op gemeenschapsniveau kan geen optie zijn als men grote risico's en ziekenhuiskosten wil dekken. Een **dekking van gezondheidskosten moet men op een professionele manier opvolgen en digitaliseren**. Aansluiting moet verplichten zijn en ze heeft idealiter een formele link met het gezondheidszorgsysteem. Het forfaitaire betalingssysteem is al een goede voorbereiding om een universele dekking later te kunnen invoeren.

Daarbij is de poging om cijfers te verzamelen over het **aantal raadpleging van de ondersteunde gezondheidscentra** eveneens een goede aanwijzing voor de dekking van gezondheidskosten. Dit ligt in de lijn van de bijgestelde door de DGD gekozen SDG-indicator 3.8.1: "Number of doctor consultations per year per capita"

¹⁹⁵ Ambassade van België in de DRC (2018). *Rapport d'Audit Clinique de qualité des soins santé UE en DRC*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Kinshasa met nummer 2018/1218]. Kinshasa: Ambassade van België

¹⁹⁶ « Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo (PRO DS) » met het objectief om bij te dragen aan het nationaal plan voor publieke gezondheid (PNDS), meer bepaald, aan het verbeteren van de gezondheid van de bevolking in de zones in de provincie Ituri en Centraal-Kongo¹⁹⁶. Daarmee zou Memisa potentieel 1,6 miljoen mensen bereiken. Het EU-project zet een vorm van aankoop op van gezondheidsdiensten.

En de resultaten zijn?

In Senegal, Rwanda, Uganda en Benin financierde de Belgische ontwikkelingssamenwerking heel wat interessante projecten die een synthese door de DGD rond dit onderwerp de moeite maakten. Verschillende Belgische actoren hebben dit trouwens ook voor zichzelf gedaan. Het beleidsvoorbereidend onderzoeksteam (HIVA e.a.) maakte een overzicht van de inspanningen in Senegal, Marokko en Tanzania. De duidelijke indicator voor het opvolgen van resultaten over dekking voor ziektekosten (namelijk het percentage van de bevolking dat is aangesloten bij één of ander verzekeringsmechanisme of beter nog: de bijgestelde door de DGD gekozen SDG-indicator 3.8.1: “*Number of doctor consultations per year per capita*” (zie boven)) komt niet op een systematische manier ter sprake bij de publicaties van de betrokken actoren. De DGD kan zich daarom niet uitspreken over de gecombineerde inspanningen via de diverse kanalen.

Senegal ambieert gelijke toegang tot gezondheidszorgen voor de hele bevolking maar er is nog een lange weg te gaan.

Senegal staat in 2017 op plaats 164 van de 188 landen in de lijst van de UN Human Development Index, maar heeft veruit het grootste sociale beschermingsprogramma in Afrika waarmee het 30 % van de armste huishoudens bereikt. In 2013 lanceerde Senegal het *Universal Health Insurance program* dat gelijke toegang tot gezondheidszorg moest verbeteren, vooral bij huishoudens die op het platteland leven of nergens officieel geregistreerd zijn in de Senegalese administratie bijvoorbeeld via een of andere beroepsactiviteit. De dekking stijgt. Senegal streefde naar een dekkingsgraad van 75 % tegen eind 2017. Anno 2018 rapporteert de WHO in het *State of Health Report Africa Region* **een dekkingsgraad van 34% voor de gehele bevolking.**

Uit bovenstaande hoofdstukje mag blijken dat België in Senegal en Rwanda heeft bijgedragen aan de evolutie naar een universele dekking. Idem voor Uganda waar de overheid besliste, beïnvloed door de inspanningen van Enabel, om via *Performance Based Financing* een beslissende stap te zetten naar *Universal Health Coverage*. Uganda heeft trouwens de ambitie om, geheel in lijn met de SDG3, universele dekking te voorzien voor haar bevolking die nu nog te veel zelf van de kosten voor gezondheidszorgen moet dragen.¹⁹⁷

In Benin liggen de zaken anders: Enabel heeft er gedurende 15 jaar de gezondheidssector ondersteund maar baanbrekende stappen naar sociale bescherming lijken erg moeilijk. Hoewel de overheid de intentie had om een universeel regime voor dekking van ziektekosten op te zetten maakte ze dit nooit concreet. Een spijtige zaak maar een sprekend voorbeeld zijn de inspanningen

¹⁹⁷ Enabel Kampala. (2018). *Universal Health Coverage, everyone, everywhere*. [Concept note ter gelegenheid van de World Health Day 2018 Uganda voor het Seminar on Results Based Financing – a step towards Universal Health Coverage, Africana hotel, 10th April 2018, verzonden door Ambassade van België in Kampala met officiële mail nr. 2018/0189]. Kampala: Ambassade van België.

« ..., WHO and the Embassy of Belgium through Enabel, a Belgian technical agency supported MoH to organise a public lecture with a focus on Results-Based Financing. A keynote presentation on UHC was made by WHO AFRO's Dr Propser Tumusiime who called on the government and partners to make health services affordable to the common man. "Attaining health services should not cause financial hardships on the population therefore we out to work out ways of co-financing," he said."

van verschillende donoren voor de op resultaten gebaseerde financiering (RBF) van de gezondheidszorg die een ideale voorbereiding vormt voor een universele dekking van ziektekosten maar die de autoriteiten nooit hebben aangegrepen om een nationaal systeem van dekking op te zetten.¹⁹⁸ De vooruitgang blijft stokken op het cruciale punt van de financiering van het gezondheidszorgsysteem (via RBF). *Louvain coopération* kijkt positiever terug op haar inspanningen voor micro-mutualiteiten en voelt zich, in tegendeel, gesteund door de overheid. Recent kondigde Benin trouwens de verplichte aansluiting af.

Minder kindersterfte in Mono-Couffo en Attacora-Donga door mutualiteiten.

Louvain Coopération investeerde in Benin en Togo, samen met de *Union de Mutualités libres*, al meer dan 10 jaar in een netwerk van micro-mutualiteiten. Zo went de bevolking aan de praktijk om **op voorhand te betalen voor een ziektegeval in de toekomst**. Een gezamenlijk beheerd fonds moet de ziektekosten op een voorspelbare en goedkopere manier helpen dragen. Dat was best moeilijk want dit gaat allemaal in tegen de cultureel ingebakken achterdocht om iemand te doen betalen voor een ongeluk dat hem nog niet overkwam.

Mutualiteiten laten groeien zodat ze kunnen professionaliseren is de boodschap. Dat de overheid van Benin sinds 2017 het netwerk van meerdere mutualiteiten in de regio van Mono officieel erkend, is een belangrijke stap vooruit. Zo kunnen ze personeel aannemen, structuren verder uitbouwen en een erkenning krijgen in het systeem van de ziekteverzekering in Benin¹⁹⁹.

In 2017 kan *Louvain Coopération* vaststellen dat opvallend minder kinderen sterven onder de vijf jaar in de regio's Mono-Couffo en Atacora-Donga waar ze 4 mutualiteiten heeft ondersteund. Het sterftecijfer lag er op 2.7% i.p.v. 8,5% kindersterfte nationaal.

<https://louvaincooperation.org/fr/benin>.²⁰⁰

¹⁹⁸ Ambassade van België in Benin (2017). *Nouveau programme de coopération Benin-Belgique : Analyse d'opportunités*. [onuitgegeven intern document] Cotonou: Ambassade van België.

¹⁹⁹ Louvain Coopération. (2017) *Dix année d'expériences dans la promotion des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest*. [Document de capitalisation de la Direction Régionale Afrique de l'Ouest (Bénin et Togo)]. Geraadpleegd op 11/02/2019 via <https://www.louvaincooperation.org/sites/default/files/2018-10/41%20b%29%20Rapport%20final%20-%20Capitalisation%2010%20anne%CC%81es%20MUSA%20en%20AO.pdf>

²⁰⁰ <https://www.louvaincooperation.org/2017/11/09/partenaire-reseau-mivo-formellement-reconnu-benin/>
Afin de consolider et d'amplifier le mouvement mutualiste dans six autres pays africains (Togo, Burkina-Faso, Sénégal, Mali, Congo et Burundi), le programme MASMUT a également été mis en place. Il s'agit d'un projet ambitieux, une collaboration inter-mutualiste visant à soutenir les plateformes nationales qui défendent les intérêts des mutualités dans les différents pays visés par ce projet. L'objectif est d'appuyer ces plateformes grâce, notamment, à des formations, du lobbying politique, des analyses de la protection sociale... Différentes mutualités belges collaborent à ce projet pour apporter leur expérience et leur expertise aux nouveaux projets mutualistes menés en Afrique. Une façon concrète de permettre au mouvement mutualiste de s'étendre sur le continent africain et de multiplier le nombre de personnes ayant accès à des soins de santé de qualité. Afin de voir des projets mutualistes se concrétiser en Afrique, il est également nécessaire d'interpeller et de sensibiliser un public plus large ce qui est fait ensemble avec l'Association Internationale de la Mutualité (AIM) et avec le programme MASMUT et d'autres partenaires internationaux on s'organise afin d'envoyer un signal fort, notamment au monde politique africain. <https://www.louvaincooperation.org/2015/12/17/dix-annees-de-collaboration-pour-lacces-a-la-sante-2/>

Concluderend kunnen we stellen dat er een weelde aan interessante gevalsstudies bestaan. Desalniettemin komt België/de DGD hier niet erg coherent over. De DGD blijkt uiteindelijk verschillende modellen te accepteren door ze te financieren, veroorzaakt fragmentatie in de sector maar blijkt geen moeite te doen om als financierend overheid bij haar actoren naar één duidelijke gedragslijn te streven.

Conclusies met betrekking tot de DGD

De Belgische ontwikkelingssamenwerking kent zichzelf niet.

Focus op versterking van het gezondheidszorgsysteem moet aanleiding zijn om nog strategischer te werk te gaan.

De vaststelling dat de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector bijzonder coherent is, was een verrassing. Een recente doctoraatsstudie deelt België in bij de *hardliners* van de gezondheidssector. Zowel in de gouvernementele - ,de niet-gouvernementele samenwerking (met die beperking dat maar een klein aantal NGA's echt in de schijnwerpers stonden bij de studie) als in de samenwerking met de EU en de multilaterale organisaties (alleen WHO/GF), ageert België vanuit een duidelijke focus op versterking van het gezondheidszorgsysteem. Ook het *Be-cause-Health*-netwerk met o.m. inbreng van Belgische onderzoeksinstituten, is daar een goed uithangbord van.

Omdat de DGD "niet weet" dat de focus van de Belgische inspanningen, versterking van het gezondheidszorgsysteem is, gaan niet alle directies en diensten daar strategisch mee om. Blijkt dat we bijvoorbeeld onze "vrienden" de *hardliners* niet goed kennen en daardoor de samenwerking met hen niet strategisch gaan opzoeken. Zo stelden we bijvoorbeeld vast dat we "erg goede vrienden" zijn met de Commissie en de EU-delegaties in Burundi en de DRC, zowel in Brussel, op het terrein als in de overleg- en beslissingsorganen van het *Global Fund* en de WHO. De Belgische ontwikkelingssamenwerking is trouwens nog betere "bevriend" met de WHO. De visie en het werk van de WHO is namelijk de basis waarop de Belgische strategienota voor gezondheid steunt en waaruit ze grotendeels haar geloofwaardigheid put.

Ervaring met steun voor het gezondheidszorgsysteem in fragiele staten maar zonder deze te valoriseren.

Systeemversterking van de gezondheidszorg is een erg ambitieuze doelstelling. Daarenboven streeft de Belgische gouvernementele samenwerking systeemversterking na in fragiele contexten. De meeste landen van de gouvernementele samenwerking, zullen de SDGs voor gezondheid trouwens niet halen. Dat leren de contextuele gegevens over de Belgische partnerlanden ons. De projectdocumentatie levert weinig bewijsmateriaal voor de bewering dat de Belgische ambitie van systeemversterking, zich aanpast aan de fragiele context. Er zijn een paar uitzonderingen zoals de *Performance Based Finance* of de forfaitaire berekeningswijze van de ziektekosten. De DGD zal samen met Enabel en een aantal Ngo's de nuttige lessen bij elkaar moeten brengen. De EU, eveneens gericht op systeemversterking in de gezondheidszorg, werkt o.m. via Belgische actoren in de DRC en Burundi, en geeft eerder blijk van een strategische visie in de gezondheidssector in een context van fragiliteit. De Commissie zou als belangrijke *partner in crime* kunnen geconsulteerd en uitgenodigd worden om de nuttige lessen daarover met de Belgische ontwikkelingssamenwerking bij elkaar te brengen.

De ambitie van de gezondheidsstrategie is niet ondersteund door een lange-termijnstrategie voor de partnerlanden.

De facto zien we lange periodes van Belgische aanwezigheid in de gezondheidssector, in éénzelfde land, doch zonder dat ze gekaderd is in een expliciete lange-termijnplanning. De beleidsnota gezondheid nodigt nochtans uit tot een lange-termijnvisie, terwijl er geen praktijk in de DGD bestaat om deze visie strategisch te vertalen naar elk van de belangrijkste ontvangende landen (de 11

landen die in het Kennisdocument besproken werden). Bovendien staan de procedures van korte plannings- en programmeringscycli voor de gouvernementele en niet-gouvernementele samenwerking er haaks op. Door het initiatiefrecht, ligt de keuze voor een lange-termijnengagement vis-à-vis de lokale partner bij de NGA's. Maar ook Enabel lijkt er zonder de expliciete opdracht van de DGD in te slagen de algemene strategienota te vertalen naar een redelijk logische sequentie van opeenvolgende individuele projecten of programma's.

Planningstermijnen van 20 jaar voor gezondheidsdoelstellingen voor elk van de Belgische partnerlanden, onder de vorm van een rollende programmering, kunnen een context-gerelateerd kader bieden waarin de DGD de korte programmeringscycli in perspectief kan plaatsten of m.a.w. realistischer maken. Een planning over een periode van 20 jaar mag een donor trouwens ook een exit-strategie noemen. Ze is in ieder geval de logische basis om zowel de gouvernementele als de niet-gouvernementele programmavoorstellen aan af te toetsen. Dergelijke praktijk is coherent met de wetenschap dat de meeste van de Belgisch partnerlanden de SDG's voor gezondheid in 2030, over 10 jaar dus, niet zullen bereiken.

We boren de rijkdom van expertise in de verschillende kanalen niet aan voor doeltreffendere actie in de gezondheidssector.

Doordat de DGD vastzit in een logica van kanalen, mist ze de rijke uitwisseling die er bestaat tussen alle (Belgische) actoren op het terrein. De administratie documenteert de samenwerking niet, idem voor de te leren lessen. Met een invalshoek van "bereikte resultaten" komt deze beschotting zeer artificieel over omdat alle actoren tenslotte de opdracht hebben om bij te dragen aan de SDG-targets die het land in kwestie voor zichzelf heeft bepaald. We toonden aan in het Kennisdocument dat Ngo's een waardevolle bron van informatie en feedback zijn met betrekking tot onze positionering t.a.v. het *Global Fund* of dat de EU een goede gesprekspartner is als het over systeemversterking in de gezondheidssector in fragiele situaties gaat of dat Memisa een EU-project uitvoert waarin het een systeem uitzoekt om humanitaire hulp in de ontwikkelingshulp te integreren.

DGD is slecht uitgerust voor deze kennisoefening.

Geen synthese, geen geleerde lessen.

Om het Kennisdocument te kunnen schrijven, dienden we eerst zelf een aantal kennisbouwstenen te maken (zie o.a. de bijlages van het Kennisdocument). Een voorbeeld is het document over 10 jaar sectorale budgetsteun in Rwanda. Daarin stellen we de vraag wat de DGD van sectorale budgetsteun in de gezondheidssector moeten vinden. Was dit goed of niet? Heeft dit iets opgebracht voor de gezondheid van de Rwandese bevolking? Daarvoor zijn we met de hulp van een reeks *ressource* personen, wat literatuur en projectdocumentatie relatief goed in geslaagd. Bewerken en verwerken van beschikbare informatie tot bruikbare kennisdelen waarmee de administratie op een aantal voor de hand liggende vragen kan antwoorden, is nog onontgonnen terrein. Externe valuaties zijn daarvoor erg bruikbaar, maar kunnen deze interne kennisbasis, die de administratieve procedures moet onderbouwen, niet vervangen.

We kunnen de gezondheidsstrategie niet opvolgen.

Om te weten of de keuzes in onze strategie, terechte keuzes zijn, m.n. keuzes die bijgedragen hebben aan goede ontwikkelingsresultaten, is het belangrijk om in eerste instantie te weten hoe deze keuzes uitdraaiden in de landen waarmee we met de strategie aan de slag gingen. Dat kan

allicht op verschillende manieren, maar één daarvan is zeer zeker via een doorlopend aan te passen landenfiche die o.m. inzoomt op de gezondheidssector en allerhande andere kennisproducten samenbrengt.

We documenteren de politieke dialoog met het partnerland niet.

Los van een discussie over wat zo'n politieke dialoog vermag, is het goed om te weten dat deze wel degelijk plaats vindt. Dit is niet noodzakelijk een bilaterale dialoog, meestal niet trouwens. Het is bovendien een dialoog die alle gradaties kent van eerder technisch tot politiek op het hoogste niveau, waardoor de lijn tussen "technisch" of "politiek" niet altijd duidelijk te trekken is. Daartussen zitten ook momenten waarop donors, collectief, de plannen of beslissingen van Ministeries van gezondheid bespreken. Omdat de meeste gezondheidsprojecten van Enabel willen inspireren tot een beter beleid, betere strategieën en systemische veranderingen, zijn ze uiteraard zeer gevoelig voor beleidsbeslissingen en uitvoeringscapaciteit van het ondersteunde partnerland. De *modus operandi* van Enabel is meestal "het pilootproject" dat een bepaald voorbeeld uitwerkt in de verwachting dat het beleid dit veralgemeend zal toepassen. Sommige landen zien ontwikkelingsgeld als een welkome mogelijkheid om iets nieuws te proberen. Of dit experiment ook daadwerkelijk zijn bijdrage levert in een hervormingsproces, volgt noch Enabel, noch de ambassade of de DGD na de afsluiting van het project op. Een gedane investering in een hervormingsproces dat zijn beslag nog niet kent, moet een aandachtspunt blijven in onze politieke dialoog. Zo niet riskeert de investering verloren te gaan en is het moeilijk om te spreken van een geslaagde ontwikkelingsdemarche. Of de ambassade daarvoor altijd genoeg informatie heeft, is een andere vraag. Omdat een politieke dialoog geen Belgische projectcycli volgt en dwars door programma's en diplomatieke bewegingen loopt, is documenteren van de dialoog noodzakelijk.

Conclusies over de Resultaten van onze ontwikkelingssamenwerking

Gouvernementele samenwerking: globaal doeltreffend.

Zelfs met ruime ambitie in een moeilijke context kunnen we de gouvernementele samenwerking in de gezondheidssector globaal doeltreffend noemen. Ze opereert in een context van geleidelijk verbeterende gezondheidsindicatoren in de ondersteunde landen. Op basis van een documentstudie van gezondheidsprojecten in vijf landen (Benin, Burundi, DRC, Rwanda, Uganda van (2009-2017)) over het effect op de respectieve gezondheidssystemen, zien we dat projecten in hun actiegebieden het doorverwijzingssysteem en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de bevolking hebben verbeterd. Een veralgemenende uitspraak is niet mogelijk omdat de evaluaties “toegang” tot het gezondheidssysteem, bijvoorbeeld, niet als een vergelijkbare overkoepelende indicator hebben gebruikt. Deze indicator is ook een SDG-target. Zoals de meeste donorinspanningen geven dergelijke indicatoren niet noodzakelijk het effect van de eigen interventie weer. De opvolging van de mate waarin België het gezondheidssysteem heeft versterkt, via moedersterfte bijvoorbeeld, valt al helemaal niet te meten op het niveau van een interventie. Dit is slechts mogelijk met data die op nationale schaal en over een voldoende lange periode werden gemeten. Data over het gebruik van gezondheidsstructuren zijn onvolkomen maar wel op interventieniveau bruikbaar mits in het juiste kader geplaatst. Het is aangewezen dat alle Belgische actoren in het kader van Be-cause Health afspraken maken over de opvolging van de effecten van hun interventies in een bepaald land.

Geen uitspraken mogelijk over resultaten van de NGA's-activiteiten

De meta-evaluatie van 2013 stelt vast dat de evaluatieverantwoordelijkheid bijna volledig bij de NGA's lag en dat DGD zichzelf een belangrijk instrument ontnam om verantwoording af te leggen over het gebruik van overheidsgeld, om kennis te verzamelen en om de voortgebrachte informatie te benutten voor haar besluitvorming. Het is nog niet duidelijk of na de hervorming met de start van een hele reeks nieuwe rapporteringseisen voor de NGA's in de programma's 2017-2021, er beterschap werd gebracht in dit probleem. Het valt af te wachten of de opgelegde mid- en eindevaluaties interessant zullen zijn. De vrijwillige certificering die de beoordeling van het M&E-systeem van de NGA's beoogt, is nog volop bezig. Het feit dat de *assessment* nagaat of de actoren *Fit for Purpose* zijn en op de kwaliteit, resultaten en lange-termijneffecten van de interventies is gericht, is voorbeeldig maar levert nog niet noodzakelijk de nodige informatie voor de DGD op. Omdat Memisa het proces van de certificering nog niet doorliep, kunnen we onze bevindingen niet cross-checken met de gedane vaststellingen. We zien alleen dat Memisa wel bezig is met zoeken naar een manier om resultaten te meten van de activiteiten in de DRC zonder al duidelijke met cijfers naar buiten te kunnen komen.

De vaststelling van de meta-evaluatie van 2013 en deze van de impactevaluatie bij 12 Ngo's van 2016 indachtig, is het nog onzeker of we de vraag naar de bijdrage van de NGA's aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking in de ontwikkelingslanden, *überhaupt* in de toekomst zal kunnen beantwoorden en of er voldoende *incentives* zijn gecreëerd om de niet-gouvernementele samenwerking zich te doen verantwoorden over de resultaten die werden gehaald bij de uiteindelijke doelgroepen. Nu kan de DGD niet zeggen waar een welbepaalde NGA met betrekking tot een bepaalde sector of thema voor staat en wat de effecten van de financiering op de eindbegunstigden was.

Opvolging van de resultaten van de multilaterale organisaties is beperkt

België financiert de WHO en het GF omwille van de gedeelde (gezondheids)-doelstellingen, de SDGs. In het geval van de WHO kunnen we zelfs zeggen dat het 100% onderschrijven van het mandaat van de WHO, zich heeft vertaald in 100% vrijwillige *core funding*. Het *Global Fund* kon door de specifieke focus snel resultaat voorleggen. Vooral de communicatie over behaalde resultaten en de concentratie op de uitvoering, samen met een vernieuwing van de aanpak t.o.v. de klassieke UN-organisaties vormde voor de donoren, en ook België, de aantrekkingskracht van het GFATM. Sinds de oprichting, gezien de toenmalig dreigende omvang van de aidsepidemie heeft België dan ook constant grote bedragen overgemaakt aan de organisatie.

Onze strategische verwachtingen ten aanzien van de organisatie zijn duidelijk beschreven in de kadernota's. Waar het wel aan ontbreekt is een goed systeem om pertinente informatie te verzamelen zodat de dialoog en tussenkomsten onderbouwd worden met pertinente vaststellingen over o.m. behaalde resultaten. Voor de DGD zijn de jaarverslagen van de multilaterale organisaties de belangrijkste bron van informatie en deze zijn niet noodzakelijk gestoeld op veelzeggende resultaatgerichte rapportering. De MOPAN-assessments zijn daarentegen een nog onderbenutte bron, hoewel ze over de ontwikkelingsdoeltreffendheid (resultaten) uitspreken. Van andere bronnen van informatie kan men niet duiden of ze wordt benut, zoals de informatie die bijvoorbeeld via het terrein of via Belgische actoren ter beschikking komt. Sommige actoren voeren namelijk voor het GF activiteiten uit. Gezamenlijke demarches zijn in een multilateraal kader een logisch en geloofwaardigere manier om resultaten op te volgen. Behalve MOPAN, kunnen dat ook evaluatie-initiatieven zijn op het terrein, op initiatief van een groep donoren. Dit veronderstelt een gedegen donorcoördinatie zoals de we voor de DRC beschreven.

Als we vaststellen dat de Belgische financiering van het GF meer dan het dubbele is van de WHO, maar de, weliswaar, anekdotische uitspraken over de ontwikkelingsrelevantie positiever zijn voor de WHO dan voor het GF, dan lijkt er geen verband te bestaan tussen de hoogte van de financiering en de perceptie van de resultaten (punt 5). Anderzijds kunnen we ook zeggen dat de DGD niet goed is uitgerust om de financiering af te stemmen op behaalde resultaten aangezien er geen duidelijk systeem bestaat om ze op te volgen.

Van de EU geen strategisch aansturing op basis van resultaten.

Een aantal evaluaties van EU-activiteiten in de gezondheidssector voor wat de budgetsteun betreft claimen successen. Idem wat de projectsteun in de gezondheidszones in de DRC betreft. Omdat de Belgische voetafdruk bij wat de EU onderneemt in de gezondheidssector, veel groter is dan ons financieel aandeel, zijn dergelijke beweringen over resultaten ook een beetje "onze" resultaten. Omdat uitspraken over een Belgische aanpak in een sector, gebaseerd zijn op een steekproef die vaak te klein is voor relevante vaststellingen is het zeker interessant dat een grote donor zoals de EU, met een uitgebreide portefeuille, dit doet. De audit in de DRC is een mooie *case* om conclusies over de Congolese gezondheidssector te trekken die het potentieel hebben om voor alle gezondheidsactoren nuttig te zijn.

Vreemd is het om dan vast te stellen dat we geen duidelijke strategie hebben over wat we van de EU voor de gezondheidssector verwachten. Dat belet niet dat de Commissie en België de *hardliners* van de versterking van gezondheidszorgsystemen blijken te zijn. Voor België en de EC is de steun voor

gezondheid in ontwikkelingslanden in de eerste plaats steun voor de uitbouw van een functioneel gezondheidszorgsysteem. We stelden effectief een hoge graad aan coherentie vast tussen EU- en Belgische standpunten en *dito* aanpak in de gezondheidssector in voornamelijk de DRC en Burundi.

Hoewel er wel een *ad hoc*-systeem voor het verzamelen van Belgische standpunten voor reactie in bepaalde comités bestaat, zijn er voor de gezondheidssector geen syntheses beschikbaar over de aard van onze tussenkomsten en hun effect. Processen rond beleid maar ook rond programmeren blijven complex door het grote aantal institutionele en externe actoren die betrokken zijn. Sommige resultaten van die beïnvloeding werden pas naar aanleiding van het Kennisdocument op papier gezet. Zo spelen we een belangrijke rol in de experten werkgroep en durven we stellen dat België via normerende werk een blijvende impact op de EU-activiteiten in gezondheid kon bewerkstelligen. We denken hierbij aan het compromis rond seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRHR).

Wel stellen we vast dat gezondheid niet het gewicht krijgt in de EU-portefeuille die het in de Belgische en op wereldschaal heeft: 5% versus 13% in 2016. België legt daarom in de EU-expertenvergadering systematisch de relatieve daling van het aandeel van de financiering voor gezondheid in de totale EU-ODA voor, doch zonder duidelijk succes. De reden is zowel de keuze van de partnerlanden voor andere sectoren als de duidelijke taakverdeling tussen de EU-donoren. De EU heeft namelijk al een lang parcours van initiatieven achter de rug om tot een gemeenschappelijk, gecoördineerde visie en actie te komen. Dat heeft ertoe geleid dat de EU-donoren hun activiteiten hebben geconcentreerd op een beperkt aantal sectoren. Dat is ook het geval voor de EU als donor. De bilaterale hulp van de EU voor gezondheid is heden geconcentreerd op 17 landen. Dat is een pak minder dan het vorig meerjarig financieel kader van 2007-2013 waarin dat voor 44 landen het geval was.

Financieel, strategisch en operationeel gesproken werd het duidelijk dat de EU in de gezondheidssector een heuse *leverage companion* is voor België in de DRC en Burundi, twee erg belangrijke partnerlanden voor België. Daarom is een strategische aanpak, gebaseerd op geleerde lessen in de gezondheidssector, in een aantal landen, met de EU, voor (nog) betere resultaten, zeker aangewezen. Of hoe het credo *Working Better Together* nog wat meer *body* kan krijgen, gesteld dat de EU in de gezondheidssector actief blijft in landen waar België dat ook is.

Een aantal echte successen in de Belgische ontwikkelingssamenwerking.

Onder het hoofdstuk resultaten in de gouvernementele samenwerking somden we een aantal successen op: (1) *Performance Based Finance* betaalt premies uit voor betere prestaties in de gezondheidszorg. Het is een geslaagde aanpak die Enabel aanpaste en uittestte in Benin, Burundi, de DRC en Uganda, (2) PUSS is een platform voor gebruikers van de gezondheidszorg in Benin dat de bevolking organiseert om beter hun invloed te kunnen uitoefenen, (3) Het referentieziekenhuis in piloot-district Kisantu in DRC werkt opnieuw efficiënt en werd een plek waar gezondheidspersoneel en beleids mensen leren hoe het anders en beter kan. (4) Budgetsteun voor de gezondheidssector in Rwanda rapporteert duidelijke resultaten door een gezamenlijke donorinspanning en door de Belgische focus op transparant financieel- en informatiebeheer. (5) Bloedtransfusie veiligheid in Benin was een succes door aangepaste technologie en fijnmazige aandacht voor lokale cultuur. In het Kennisdocument gingen we uitgebreid in op deze *cases*.

Deze vijf successen zijn geen puur gouvernementeel succesverhaal en vermoedelijk *succes stories* die op een later tijdstip nog eens dienen herschreven.²⁰¹ Memisa past *Performance Based Finance* ook in de DRC toe met fondsen van de EU. In Uganda heeft PBF de deuren geopend voor de overheid naar een systeem van universele dekking voor gezondheidszorgen, aldus de WHO tijdens de *World Health Day* van 2018. Kisantu blijft een positief verhaal omdat Memisa het beheer van dit referentieziekenhuis nu ondersteunt samen met Artsen-zonder-Vakantie. Het succesmodel van gesubsidieerde forfaitaire tarifiering was het onderwerp van onderzoek door S. Stasse, nu medewerkster bij de EU-delegatie in de DRC voor o.m. de donorcoördinatie in de gezondheidssector. Sectorale budgetsteun kadert in een gezamenlijke donordemarche en vraagt goede samenwerking met de overheid. Het succesproject omtrent bloedtransfusie in Benin kon rekenen op goede samenwerking met APEFE wat de communicatie naar de bevolking toe betreft. In de sectorale budgetsteun was het dan weer de ambassade die een duidelijke rol speelde in de dialoog.

Een recente evaluatie bespreekt allerhande vormen van beleidsondersteuning in de DGD en schuift deze via het ITG-IMT naar voor als de meest geslaagde. ITG-IMT is trouwens in veel van de wetenschappelijke publicaties over de Belgische ontwikkelingssamenwerking betrokken. Het ontwikkelingsbelang van het beurzenprogramma, kwam regelmatig terug in gesprekken waarbij de impact doorgaans hoog wordt ingeschat, doch on-gedocumenteerd is gebleven.

De gemene deler van al deze successen is dat ze pas naar aanleiding van dit Kennisdocument ter gebruik van de DGD werden neergeschreven. Het is duidelijk dat men pas doeltreffender kan werken, als men weet wat men doet en of dit al dan niet de goede kant opging.

Moeilijke punten, een aanzet voor discussie.

Duurzaamheid is een probleem.

Een probleem van tijds kader en perspectief. We gaven reeds aan dat we moeilijk over duurzame ontwikkelingssamenwerking kunnen praten omdat de DGD visie, strategie, planning en financiering niet op elkaar afstemt. In die zin is een financiering nooit een lange-termijnaspiratie omdat plannen en financieren in de Belgische ontwikkelingssamenwerking altijd een korte periode van 3,4 of 5 jaar beslaan.

De “strategienota” gezondheid van de DGD gaf nooit de aanzet voor elk van de Belgische partnerlanden met een belangrijke projectportefeuille tot een strategisch planning in relatie tot de gezondheidszorg. De administratie laat het aan Enabel (en eventueel bepaalde Ngo’s) over om de gezondheidsstrategie te operationaliseren en de verworvenheden van vorige fases al dan niet mee te nemen naar volgende cycli. Maar daarvoor is de strategie naar ons gevoel veel te algemeen en missen we tussenschakels. De analyses van de ambassades ter voorbereiding van een nieuw samenwerkingsprogramma, en de officiële mails over de projecten, de beleidscontext en – evenementen, zouden een goede basis kunnen zijn voor een opvolging per partnerland van de gezondheidssector. Maar dat veronderstelt een door de administratie uitgewerkt kader om al deze informatie samen te laten komen in geactualiseerde en doorlopend bijgestelde analyses en

²⁰¹ Het “vervolg” kan vele vormen aannemen. Bijvoorbeeld zou men in Benin kunnen nagaan of de overheid het centrale agentschap voor het beheer van de bloedtransfusie-sector, uiteindelijk heeft opgericht. Dit was namelijk de oplossing waar het project van Enabel (toen BTC) naar toe heeft gewerkt. Over PBF is zeker nog het laatste woord niet gezegd. En voor Senegal zou het interessant zijn om te weten of het model van ziekteverzekering dat Enabel hielp op te zetten, zal standhouden.

strategieën per partnerland. Op hun beurt vormen ze de logische basis voor verdere interactie en beslissingen, zoals de oriëntatie van nieuwe identificaties, opvolging of afsluiten van een samenwerkingsovereenkomst, standpuntinname in donorcoördinaties of beleidsdialogen.

Gevoelig voor de zwakte van het beleid van het ontwikkelingsland. Kritisch voor de duurzaamheid van projecten is ook, de mate waarin de ondersteunde overheden hun beleidsdoelstellingen kunnen of willen waarmaken. De focus op systeemversterking is inherent verbonden met beleid van partnerlanden. In een fragiel context is dit best een ambitieus opzet. We missen in dat kader duidelijke strategieën in het Belgisch ontwikkelingsbeleid voor de gezondheidssector die rekening houden met afstemming op fragiele contexten. Bovendien zijn de projecten van Enabel door hun benadering, ook erg gevoelig voor het beleid van de overheid. Duurzaamheid is bijvoorbeeld een probleem bij *Performance Based Finance* in gevallen waar de overheid de ingezette financiering niet zelf kan overnemen of overdragen naar een andere donor na de afronding van het project. Dit stelt een probleem in de Belgisch context van 4-jarige programmeringscycli, waarbij er geen garantie bestaat dat het volgend programma een dergelijk PBF-traject verder kan uitrollen. Het lange PBF-experiment in Benin is bijvoorbeeld niet positief afgelopen: Benin blijkt nog altijd niet te hebben beslist om RBF op nationaal niveau in te voeren en ondernam nog geen stappen om hiervoor een budget bijeen te brengen.

België levert nochtans een grote inspanning om zich af te stemmen op het beleid van de overheid en leunt daarbij ook sterk op de aangeprezen praktijken en het mandaat van de WHO, de expertise van de Belgische onderzoeksinstituten en de strategische eenheid van Enabel-Brussel. Afhankelijkheid van het overheidsbeleid van het ondersteunde land neemt daardoor sterk toe en maakt de gouvernementele samenwerking kwetsbaar voor politieke beslissingen en de sterkte of zwakte van het beleid van het ondersteunde land. Deze afhankelijkheid is des te sterker door de keuze, om te werken via pilootprojecten die bij succesvolle afloop op veralgemeende toepassing rekenen door de ondersteunde overheid. De duurzaamheid van de geleverde inspanningen staat daardoor meestal sterk onder druk.

Richting geven?

Bij de studie van de Belgische ontwikkelingssamenwerking valt een zekere stuurloosheid van België als institutionele donor op. We stelden vaak *de facto* vast welke richting de DGD-steun in de gezondheidssector uitging. Eerder wezen we daar al impliciet op. In de gouvernementele samenwerking komt Enabel als de *tête pensante* naar voor. Bij de Ngo's, die een initiatiefrecht hebben, is de meest significante invloed van de administratie de financiering en de procedures die ermee samengaan en (vroeger) de voorspelbaarheid ervan. Ten aanzien van de strategienota gezondheid dienen de NGA's zich alleen te positioneren. In het *Be-cause-Health*-netwerk, dat een volprezen netwerk is van allerhande gezondheidsactoren, is de DGD enkel observator.

De DGD geeft veel uit handen. Het zijn de door de DGD gefinancierde organisaties zelf of de bijzondere evaluator die de inhoud van de referentietermen van de evaluaties bepalen en ze aanbesteden. In MOPAN is niet de Belgische institutionele donor vertegenwoordigd maar de bijzondere (externe) evaluator. De evaluatie over de beleidsondersteuning aan de DGD, wees erop dat de administratie onvoldoende aanstuurt op eindproducten die beantwoorden aan haar noden. De evaluatie waarschuwt voor beleidsondersteuning of detacheringssystemen waarbij externen deel

nemen aan internationale ontmoetingen omdat ze een bewezen risico op verzwakking met zich meebrengen en mandaten en verantwoordelijkheden van de DGD zelfs tot externe kwesties maken.

Op basis van wat?

Een ontwikkelingsbeleid vormgeven en ten slotte via financiering laten uitvoeren, veronderstelt dat **monitoring en evaluaties een sleutelrol spelen** in de gezondheidsstrategie van de DGD. Dergelijke systemen leveren context en bevindingen die de kennisbasis voor beslissingen zijn. Nochtans wordt erkend dat de investering en de inspanning om evaluatierapporten van hoge kwaliteit te produceren, niet genoeg zijn om het gebruik van de bevinding te verzekeren en de informatie en kennis op te schalen naar de dagelijkse activiteiten van een organisatie.

Aanbevelingen

In bijlage 7 van het Kennisdocument splitsten we de mogelijke onderwerpen voor kennisbeheer op in nog kleinere kennisonderdelen. De suggesties antwoorden op de vraag: "Wat moet de DGD denken over...?" Ze zijn meer of minder verstrekkend wat strategisch werk betreft. Maar strategie én kennisbeheer (knowledge base) dienen samen te komen. Het is frappant dat één directie de aanbevelingen nooit alleen zal kunnen omzetten. Dat is meteen ook de belangrijkste moeilijkheid voor de uitbouw van performant kennisbeheer in de DGD.

Wat strategisch werk betreft:

Transversale thema's vertalen en integreren in de sectornota gezondheid: Gender, sociale bescherming, fragiliteit, milieu zijn allemaal onderwerp van aparte nota's. Ze dienen vertaald naar de gezondheidssector. De plaats van de civiele maatschappij in de gezondheidssector, dient eveneens onderwerp te zijn van reflectie. Op deze manier kunnen de NGA's die actief zijn in de gezondheidssector hun specificiteit, positie en bewezen bijdrage in de sector verduidelijken.

Een exit-strategie over 20 jaar: De afwezigheid van een lange-termijnvisie van de DGD voor de Belgische samenwerking in de gezondheidssector in de partnerlanden, gebaseerd op de ervaringen uit voorbije periodes, voelt aan als een grote lacune. Planningstermijnen (of met andere woorden een exit-plan) van 20 jaar zouden een veel realistischer kader bieden om de korte programmeringscycli in perspectief te plaatsten.

Er dient specifiek voor de gezondheidssector conceptuele duidelijkheid te komen over termen als partnerschap, civiele maatschappij, en het concept initiatiefrecht. De Belgische actoren actief in de gezondheidssector, zijn voldoende goed georganiseerd en uitgerust om deze oefening op eigen kracht te voeren. In dezelfde lijn ligt de vaststelling m.b.t. de onduidelijkheid van het concept initiatiefrecht. Eigenlijk functioneren de meeste gezondheids-NGA's in perfecte overeenstemming met de strategienota gezondheid van de DGD. Men mag zich terecht afvragen of dit begrip, zeker in de context van de gezondheidssector niet op een manier dient ingevuld die beter past bij de praktijk van de NGA's. De *case study* over sociale bescherming in de gezondheidssector, laat zien dat in sommige gevallen initiatiefrecht aanleiding geeft tot het uitvoeren van projecten in de gezondheidssector die ingaan tegen wat algemeen aanvaarde en wetenschappelijk bewezen doeltreffende praktijken zijn. Daarom zou er op zijn minst ruimte moeten zijn voor het duidelijk afbakenen van wat initiatiefrecht in de gezondheidssector dan wél kan betekenen.

Wat kennisbeheer betreft:

Via de landenfiche, de gezondheidssector in beeld brengen: volgende onderwerpen dienen (niet-exhaustief) deel uit te maken van een landenfiche: (1) overheidsbeslissingen die belangrijke mijlpalen uitzetten voor een gezondheidssector, (2) Belgische verwezenlijkingen en bijdragen aan de vooruitgang in de gezondheidssector (resultaten en lessen), (3) Belgische/Europese standpunten in de loop van de actieve beleidsdialoog ingenomen, (4) (Belgische) resource personen met goede kennis van gezondheidssector, (5) NGA's/resource personen en hun specifieke expertise in de gezondheidssector. (6) Oud-studenten van het IMT-ITG teruggekeerd en actief in de gezondheidssector van hun eigen land.

De beleids- en politieke dialoog dient er door de focus van systeemversterking des te meer een faciliterende rol te spelen. Dit was duidelijk het geval voor de sectorale budgetsteun in Rwanda. In

het algemeen is de dialoog min of meer gedocumenteerd voor wat Enabel betreft, gelinkt aan de individuele interventies, maar niet zo voor DGD. De administratie dient ervoor te zorgen dat ze de inhoud van deze politieke dialoog kent en opvolgt en door de ambassades laat neerschrijven in een afgesproken *format*.

Expertise van de NGA's en hun lokale partners beter in kaart brengen. Het Kennisdocument toont aan dat NGA's op bepaalde niches, expertise hebben opgebouwd. Het ligt voor de hand dat de DGD Damiaanactie bijvoorbeeld systematisch hoort om over de uitvoering van het *Global Fund* in de ontwikkelingslanden uit de eerste hand iets te leren. Nu boren we deze expertise niet aan.

Er bestaan geen synthesesfiches van de NGA's die schetsen wat in de loop van de jaren, de verschillende programma's bereikten en leerden. Een *track record* van het afgelegde traject met een NGA in combinatie met een goed monitoring- en evaluatiesysteem, zou de inspanningen van de administratie t.a.v. de NGA's kunnen verbinden met resultaten op het terrein. De fiche zou ook helpen de expertise van elke NGA duidelijk in kaart te brengen zodat ze bruikbaar is voor andere directies.

Wat vorming betreft:

Om meer informatie en inzicht te krijgen over de wijze waarop we Belgische ambities in het werk van de EU voor gezondheid beter tot hun recht kunnen laten komen, zou interne vorming door de dossierbeheerders die de EU als instelling goed kennen, erg nuttig zijn.

Meer investeren in opleiding en ondersteuning rond monitoring en evaluatie is nodig op alle niveaus. De DGD dient de evaluaties te leren lezen en de nuttige informatie te integreren in het kennisbeheersysteem (fiches, overzichten, track records). De NGA's zullen nog verder dienen te investeren in meer expertise m.b.t. monitoring en evaluatie. Er zijn in ieder geval meer *incentives* en, nog beter, ondersteuning nodig om ze aan te moedigen om relevante en bruikbare baselines te creëren. Dit zou eventueel kunnen binnen de GSK's. Dergelijke ondersteuning dient sectorspecifiek te zijn. (Bijvoorbeeld: nadenken over een indicator om de impact af te wegen van interventies in een gezondheidszone, aangepast aan de context.)

Successen en mislukkingen neerschrijven onder de vorm van geleerde lessen. De administratie moet bepalen wat ze nodig heeft. Sommige stukken informatie kunnen alleen maar van elders komen maar uiteindelijk zal de DGD de aangeleverde kennis zelf aan haar behoeften dienen aan te passen. Zo moet het mogelijk zijn om bijvoorbeeld *Be-cause Health* beter te *tasken* met duidelijker opdrachten die bijvoorbeeld bijdragen aan de specifieke noden voor het kennisbeheer van de DGD over de gezondheidssector in de Belgische partnerlanden.

Literatuurlijst

(2014). *WHO global health expenditure atlas*. Geraadpleegd op 11/02/2019 via <https://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf?ua=1>

(2015). *Mid Term Review of The Rwanda 3rd Health Sector Strategic Plan (HSSP III, July 2012 – June 2018)* [External Evaluation Team for the Ministry of Health of Rwanda].

(2018). *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. WHO Regional Office for Africa.

(2018). *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. WHO Regional Office for Africa.

(2018)5. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21665095.2018.1511378>

Action for Global Health (2013). *Who pays for Health? Trends in ODA for Health*. [Advocacy Report December 2013]

Ambassade van België in Benin (2017). *Nouveau programme de coopération Benin-Belgique : Analyse d'opportunités*. [onuitgegeven intern document] Cotonou: Ambassade van België.

Ambassade van België in Bujumbura (2010). *Identificatiefiche Gezondheid*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Bujumbura met nummer 2010/1037. Bujumbura: Ambassade van België.

Ambassade van België in Bujumbura (2010). *Update donorcoördinatie Burundi en tegenwerking Wereldbank*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Bujumbura met nummer 2010/096. Bujumbura: Ambassade van België.

Ambassade van België in Bujumbura (2015). *Burundi – Document de Programmation Conjoint Intermédiaire* [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Bujumbura met nummer 2015/100. Bujumbura: Ambassade van België.

Ambassade van België in Bujumbura (2016). *Burundi – EU Joint Programming Council Conclusions en State of Play in Burundi*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Bujumbura met nummer 2015/655. Bujumbura: Ambassade van België.

Ambassade van België in Kampala (2014). *Voorstel voor (gedeeltelijke) heroriëntering budgetsteun – Indicatief Samenwerkingsprogramma (ISP) 2012/13-2015/16*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Kampala met nummer 2014/000-. Kampala: Ambassade van België.

Ambassade van België in Kampala (2017). *CCQ – Establishing Financial Mechanism for Strategic Purchasing of Health Services in Uganda (SPHU)*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Kampala met nummer 2017/0232]. Kampala: Ambassade van België.

Ambassade van België in Kigali (2018). *Rwanda: Does aid work? Note 5: Strong progress in health, but is it sustainable?* [onuitgegeven intern document]. Kigali: Ambassade van België.

Ambassade van België in Kigali (2019). *Sociale Zekerheid in Rwanda – enkele recente studies* [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Kigali met nummer 2019/171]. Kigali: Ambassade van België.

Ambassade van België in Kinshasa (2018). *Rapport d'Audit Clinique de qualité des soins santé UE en RDC*. [officiële mail verzonden door Ambassade van België in Kinshasa met nummer 2018/1218]. Kinshasa: Ambassade van België.

Belgische Technische Coöperatie (2015). *Access to health care in the DR Congo. Improving financial access to health care in the Kisantu District in Congo: acting upon complexity*. [Reflection paper 2015/n°003]. Brussel: Belgisch Technisch Coöperatie.

Borg, J. & Taylor, C. (BTC). (2017). *RWA 1208711. Capacity Development Pooled Fund. Budget Support* [Annual Report 2016].

Bossyns, P., Ladière, F., & Ridde, V. (2018). *Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique sub-saharienne. Six ans d'expériences au Sénégal rural, 2012 – 2017* [Studies in Health Services Organisation & Policy, 34,2008]. Antwerpen: ITGPress.

BTC. (2011). *RWA 0907211. Joint Health Sector Support* [Final Report].

BTC. (2013). *RWA 1208511. Joint Health Sector Support III* [Disbursement Report].

BTC. (2015). *RWA 1309311. Joint Health Sector Support III a & b* [Joint Annual Review Report].

BTC. (2016). *RWA 1509911. Joint Health Sector Support III c* [Joint Annual Review Report 2016-2017].

Bureau Régionale de l'Afrique. (2017). *Stratégie de coopération de l'OMS avec le Burundi, 2016-2018*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Geraadpleegd op 02/04/2019 via <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272368/ccs-bdi-2016-2018-fre.pdf>

C. Sekabaraga, A. Soucat, F. Diop, & G. Martin *Innovative Financing for Health in Rwanda: A Report of Successful Reforms. Improving Human Development Outcomes with Innovative Policies* [Part IV, Chapter 22]. Geraadpleegd op 31/01/2019 via <http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/258643-1271798012256/Rwanda-health.pdf>

Cailhol, J., Craveiro, I., Madede, T., Makoa, E., Mathole, T., Parsons, A. N., ... Sanders, D. (2013). Analysis of human resources for health strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities. *Globalization and Health*, 9(52), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-52>

Consortium hera-ADE. (2015). *Evaluation ex-post de la durabilité de la coopération belge. Rapport pays Bénin*. [In opdracht van de Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE].

De Feyter, M. (2015). *Rapport de la Mission d'expertise en Santé au Bénin et au Niger*. [Onuitgegeven intern document van de Thematische Directie, dienst sociale ontwikkeling (D2.3)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dieleman, M. & van der Kwaak, A. (2015). *The Life and Times of the Institutional Capacity-Building Project in the Health Sector in Uganda*.

Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2016) *Evaluatie van de beleidsondersteuning door de institutionele actoren*. (2016). Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. Brussel.

Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2013). *Meta-evaluatie van de programma's van de niet-gouvernementele actoren*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2016). *Welke toekomst heeft impactevaluatie binnen de Belgische NGO-sector? Lessen uit vier casestudies*. [Syntheseverslag. Volume I]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dienst Bijzondere Evaluatie van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking/DBE. (2016). *Ex-post evaluatie van de duurzaamheid van de Belgische gouvernementele samenwerking. Wat na afloop van onze ontwikkelingssamenwerking?* [Syntheserapport] Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2019). *België en de Budgetsteun aan de Rwandese gezondheidssector van 2008 tot 2018, een positief verhaal*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Kennisdocument gezondheid, gouvernementele samenwerking van 2009 tot 2017, in Benin, Burundi, DRC, Rwanda en Uganda*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *België en de budgetsteun aan de Rwandese gezondheidssector van 2008 tot 2018, een positief verhaal*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Eindsynthese als bijdrage aan het kennisdocument van de gezondheidsprojecten in Burundi*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2018). *Het geval Kisantu of het gunstig effect van forfaitaire betalingstarieven op de kwaliteit en de toegang van de bevolking tot gezondheidszorg. Deel-activiteit van : «Appui au système de santé au niveau intermédiaire et périphérique» (ASSNIP) (2009-2013)*. [Onuitgegeven intern document ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Diongue, B., De Man, J., Katulampasi, J. L. & Ledecq, J.-L. (2015). *Rapport d'évaluation externe Memisa-DGD 2014-2016 à mi-parcours, après 7 trimestres d'activité*. [à base d'une mission du 15 octobre au 5 novembre 2015].

Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2008). *Beleidsnota: het recht op gezondheid en op gezondheidszorg*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2012). *Universele dekking van de gezondheidszorg. Addendum tot de beleidsnota. Het recht op gezondheid en gezondheidszorg*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

Directie –Generaal Ontwikkelingssamenwerking (2018). *Het recht op gezondheidszorg waarmaken. Consensus over richtlijnen voor duurzame steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen*. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking.

Direction générale de la coopération au développement – DGD (2011). *Cadre de coopération avec le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria 2011 – 2018*. Bruxelles : Service Public Fédéral Affaires Etrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement.

Direction générale de la coopération au développement – DGD (2011). *Cadre de coopération avec l'Organisation Mondiale de la Santé 2011 – 2018*. Bruxelles : Service Public Fédéral Affaires Etrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement.

Enabel Kampala. (2018). *Universal Health Coverage, everyone, everywhere*. [Concept note ter gelegenheid van de World Health Day 2018 Uganda voor het Seminar on Results Based Financing – a step towards Universal Health Coverage, Africana hotel, 10th April 2018, verzonden door Ambassade van België in Kampala met officiële mail nr. 2018/0189]. Kampala: Enabel.

European Commission (2015). *Launching the EU International Cooperation and Development Results Framework* [Commission Staff Working Document SWD(2015) 80 final] Brussels: European Commission.

European Commission (2017) *Budget support. Trends and Results*. Geraadpleegd op 14 januari 2019 via https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/budget-support-trends-results-2017_en.pdf

European Commission (2017) *Budget support. Trends and Results*. Geraadpleegd op 14 januari 2019 via https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/budget-support-trends-results-2017_en.pdf

European Commission. (2016). *EU International Cooperation and Development First report on selected results, July 2013 - June 2014*. Brussels: European Commission.

European Commission. (2017). *Mid-term review report on the External Financing Instruments*. [No. COM(2017) 720 final.] Brussels: European Commission.

Fonteneau, B., Vaes, S., & Huyse, H. (2014). *Social Protection at the top of the international Agenda : issues at Stake from a Civil Society Perspective*. [Discussion Paper, kaderend in het beleidsvoorbereidend onderzoek gesubsidieerd door de DGD]. Leuven: HIVA-Research Institute for Work and Society.

Fonteneau, B., Vaes, S., & Van Ongevalle, J. (2017). *Towards Redistributive Social Protection? Insights from Senegal and Morocco*. [Working Paper N°21 Social Protection May 2017, kaderend in het beleidsvoorbereidend onderzoek gesubsidieerd door de DGD van ACROPOLIS BeFinD. Belgian Policy Research Group on Financing for Development]. Leuven: HIVA-Research Institute for Work and Society.

Fonteneau, B., Van Ongevalle, J. (2015). *Redistributive Social Protection Mapping Study*. [Working Paper N°1 Social Protection July 2015, kaderend in het beleidsvoorbereidend onderzoek gesubsidieerd door de DGD van ACROPOLIS BeFinD. Belgian Policy Research Group on Financing for Development]. Leuven: HIVA-Research Institute for Work and Society.

Global Fund Office of the Inspector General (2019). *Audit Follow Up Report. Global Fund Grants to Rwanda*. [Board Copy verzonden door P.V. van België in Geneve met mail 2019/0343] Switzerland: GFATM.

Global Fund Office of the Inspector General (2019). *Audit Report. Global Fund Grants to the Republic of Benin*. [Board Copy verzonden door P.V. van België in Geneve met mail 2019/0343] Switzerland: GFATM.

Global Fund Office of the Inspector General (2019). *Investigation Report. Global Fund Grants in the Democratic Republic of Congo. Tender manipulation and overpricing in Malaria*. [Board Copy verzonden door P.V. van België in Geneve met mail 2019/0343] Switzerland: GFATM.

Government of Rwanda. Ministry of Finance and Economic Planning. (2017). *Rwanda Official Development Assistance Report. An extended review 2015/2016 fiscal year*. Geraadpleegd op 31/01/2019 via http://www.devpartners.gov.rw/fileadmin/user_upload/ODA_report_201516__2_.pdf

Independent Evaluation Group IEG. (2012). *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, and the World Bank's Engagement with the Global Fund*. [Electronic Survey Administered to World Bank Task Team Leaders and Global Fund Secretariat in March 2011– Volume 1: Main Report.]

Louvain Coopération. (2017) *Dix année expériences dans la promotion des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest*. [document de capitalisation de la Direction Régionale Afrique de l'Ouest (Bénin et Togo)]. Geraadpleegd op 11/02/2019 via <https://www.louvaincooperation.org/sites/default/files/2018-10/41%20b%29%20Rapport%20final%20-%20Capitalisation%2010%20anne%CC%81es%20MUSA%20en%20AO.pdf>

Manuel, M., Desai, H., Samman, E. & Evans, M. (2018). *Financing the end of extreme poverty*. [ODI Research reports and studies].

Ministry of Health Government of Rwanda. (2011). *Third Health Sector Strategic Plan*.

OECD (2017). *Strengthening the results chain: Synthesis of case studies of results-based management by providers*. [Discussion Paper presented at the Results Community Workshop in October 2017]. Paris: OECD Publishing. Geraadpleegd op 7/10/2017 via <https://www.oecd.org/dac/peer-reviews/results-strengthening-results-chain-discussion-paper.pdf>

OECD (2018). *States of Fragility 2018*. Paris: OECD Publishing. Geraadpleegd op 20/11/2018 via <https://doi.org/10.1787/9789264302075-en>.

OECD (2018). *Review of the Development Co-operation Policies and programmes of the European Union*. [Draft Secretariat Report DCD/DAC/AR(2018)2/25/PART2]. Paris: OECD Publishing.

Permanente vertegenwoordiging van België bij de UN in Geneve (2018). *WHO - MOPAN assessment*. [officiële mail verzonden door de Permanente vertegenwoordiging van België bij de UN te Geneve met nummer 2019/0655]. Geneve: Permanente Vertegenwoordiging van België.

Pompetti, F. (2019) *Fiche d'analyse des résultats et apprentissage du Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé Enabel. Phase de Consolidation (PAISS-PC) au Burundi (2015 – 2017)*. [Interne Oefening van de Dienst Resultaten D0.1] Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Pompetti, F. (2019) *Fiche d'analyse des résultats et apprentissage du Projet d'Appui de l'Offre et la Demande de Soins (PAODES) au Sénégal*. [Interne Oefening van de Dienst Resultaten D0.1] Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C., G., & Criel, B. (2016) *Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature*. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1297–1309. Geraadpleegd op 26/03/2019 via <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>

Ronse, I. (2019). *Resultaten voor gezondheid/OS via prisma*. [Onuitgegeven intern document van de thematische directie, dienst sociale ontwikkeling (D2.3)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Sibomana, S. & Reveillon, M. (2015). *Improving Health System Efficiency: Burundi, Performance based financing of priority health services*. Geneva: WHO Press, world Health Organisation. Geraadpleegd op 02/04/2019 via https://www.who.int/health_financing/documents/Efficiency_health_systems_Burundi/en/

Smith, D. (2010). *Evaluation of the Quality of Results of Belgian Technical Co-operation 2010. Rwanda Country Report*.

Stasse, S., Vita, D., Kimfuta, J., Campos da Silveira, V., Bossyns, P. & Criel, B. (2014) . *Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting*

Steurs, L., (2018) *European Aid and Health System strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*. [Dissertatie ter behalen van de graad van doctor in de Politieke wetenschappen] Gent: Ghent University/Centre for EU Studies. Geraadpleegd op 20/02/2019 via <https://biblio.ugent.be/publication/8572803/file/8572820.pdf>

Steurs, L., Orbie, J., Delputte, S. & Verschaeve, J. (2018), *EU Donors and health system strengthening: the love-hate relationship with the Global Fund*. *Journal Development Studies Research. An Open Access Journal*

The Global Fund (2009) *The Five-Year Evaluation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria Synthesis of Study Areas 1, 2 and 3*. [first independent assessment, based on three interlinked studies between April 2007 and February 2009]. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Geraadpleegd op 17/04/2019 via https://www.theglobalfund.org/media/3020/terg_fiveyearevaluationsynthesisofsas_report_en.pdf?u=636486807420000000%22

Van Belle, E. (2018) *Reducing Maternal Mortality in DRC. Concept note for legitimate, effective and relevant action*. [Onuitgegeven intern document] Brussel: Memisa.

Van de Voorde, W., (2010). *De federale bijdrage aan de wereldwijde strijd tegen hiv/aids*. [Masterproef MANAMA Conflict and Development] Gent: Faculteit Politieke en sociale wetenschappen. Geraadpleegd op 17/04/2019 via https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/491/219/RUG01-001491219_2011_0001_AC.pdf

Vander Hulst, P., & Dufranc, M. (2013) Capitalisation MASMUT. [Rapport Provisoire]

Verbrugge, B., Ajuaye, A. & Van Ongevalle, J. (2018) *Contributory social protection for the informal economy? Insights from Community-Based Health Insurance (CBHI) in Senegal and Tanzania*. [Research commissioned by Directorate-General Development Cooperation and Humanitarian Aid by KU Leuven HIVA Research Institute for Work and Society] Leuven: KUL.

Vervisch, T., Leclercq, S., Matagne, G., Martini, J. & Klimis, E. (2016). *Guidance on Fragility*. [Beleidsondersteunend onderzoek ACROPOLIS op vraag van de Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.]

Wittoek, I. (2018). *Gesprek met Eric Vanbeveren op 6/11/2018 over zijn ervaringen in de DRC in de gezondheidssector*. [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Wittoek, I. (2018). *Gesprek met Paul Bossyns van Enabel op 13/03/18*. [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Wittoek, I. (2018). *Interview met Karel Gyselinck en Stefaan van Bastelaere over de ENABEL-projecten in Gezondheid in de periode 2009-2017 op 22/01/2019*. . [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Wittoek, I. (2018). *Verslag onderhoud met Paul Bossyns Enabel op 2/10/2018 over de gezondheidsprogramma's in Burundi, Senegal en Uganda*. [Onuitgegeven intern document van de dienst Resultaten (D0.1)]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Woldemichael, A., Gurara, D., & Shimeless, A. (2019). *The Impact of Community Based Health Insurance Schemes on Out-of-Pocket healthcare Spending : Evidence from Rwanda*. [IMF, Working paper, 2019/38]. Geraadpleegd op 02/05/2019 via <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2019/02/23/The-Impact-of-Community-Based-Health-Insurance-Schemes-on-Out-of-Pocket-Healthcare-Spending-46587>

Bijlagen

De context waarin we werken

België is een klein en dichtbevolkt land. De uitgaven voor gezondheidszorg zijn er aan de hoge kant en niet op de meest efficiënte manier besteed. We halen evenwel erg mooie resultaten. Een deel van onze gezondheidszorg is geprivatiseerd. De eerste persoon die een Belgisch inwoner ontmoet als hij ziek is, is namelijk meestal de huisarts. Deze werkt veelal als zelfstandige. In een ontwikkelingsland gaan zieken naar een gezondheidscentrum, daar wenden ze zich tot een verpleger, meestal iemand met een salaris van de staat. In het beste geval kreeg hij een gedegen opleiding. Niet iedereen in Afrika raakt tot bij een gezondheidscentrum. Hoogstens 50% van de zieken, schat het WHO. In België geven we bijna 500 maal meer uit aan gezondheid dan in de meeste van de Belgische partnerlanden in Afrika. Een overheid die een *National Health Service* (NHS) leidt zoals in de ontwikkelingslanden, is niet de praktijk in de Belgische vrije verstrekkersmarkt. De context is duidelijk erg verschillend. Daarover gaat dit hoofdstukje.

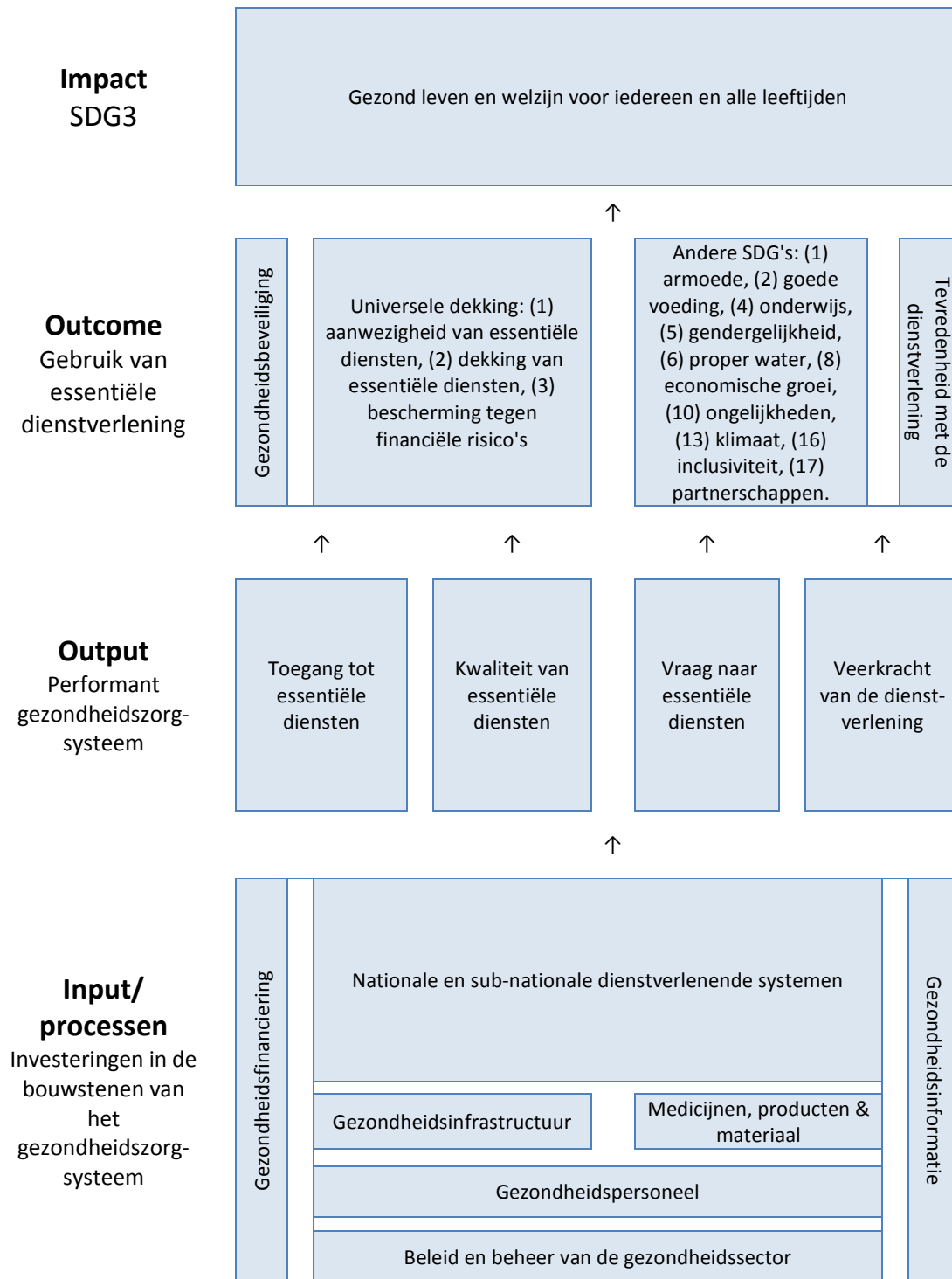
De gezondheidsdoelstellingen van de ontwikkelingslanden.

Om iets over ontwikkelingssamenwerking in de gezondheidssector te zeggen, schetsen we allereerst de opdracht waar de ontwikkelingslanden voor staan. We gebruiken daarvoor de geijkte terminologie van resultaatgericht beheer zoals toegepast in de globale strategie van de WHO, de organisatie die wereldwijd een normerende taak heeft m.b.t. gezondheid.²⁰²

“Wat zijn de **investerings** die nodig zijn (=input/proces) om in een **performant gezondheidszorgsysteem** te resulteren (= *output*) zodat het de **nodige dienstverlening** aflevert voor de hele bevolking (*outcomes*) met het oog op een **niveau van gezondheid en welzijn voor iedereen** en voor alle leeftijden (=impact)?”

Op elk niveau kan er heel wat gebeuren. Het is aan de landen zelf om na te gaan welke opties iets toevoegen aan hun inspanningen om bepaalde gezondheidsdoelstellingen te bereiken. Donoren kunnen daarbij helpen.

²⁰² (2018). *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. WHO Regional Office for Africa. p.4.



De landen van onze samenwerking besteden weinig middelen aan gezondheidszorg.

België hanteert een relatief korte lijst van ontwikkelingslanden voor gouvernementele hulp. Dit zijn de zogenaamde “partnerlanden van België”. De lijst telt 14 landen waarvan er in de periode 2009-2017, 11 hulp kregen voor gezondheid: Benin, Burkina, Burundi, DRC, Guinea, Mali, Mozambique, Niger, Rwanda, Senegal, Uganda. 60% van de hulp die via de Belgische niet-gouvernementele actoren loopt gaat naar dezelfde landen met DRC (34%) en Burundi (7%) als belangrijkste ontvanger. 10 van de 11 landen behoren tot de groep van de minst ontwikkelde landen. Senegal was de uitzondering en behoorde tot 2014 bij de lage midden-inkomenslanden. Nadien vervoegde het opnieuw de lage-inkomenslanden. Senegal is nog altijd het “rijkste” land in de rij van 11.

Inkomensniveau en gemiddelde groei voor 11 Afrikaanse landen over de periode 2009-2017, gerangschikt van laag naar hoog volgens het BBP per persoon in 2017 ²⁰³											
Lage inkomenslanden (LIC)										Lager (midden)-inkomens-land (L(M)IC)	
Burundi	Niger	Mozambique	DRC	Burkina	Uganda	Rwanda	Mali	Guinea	Benin	Senegal	
Bruto Binnenlands Product 2009 per hoofd in USD											
170	330	480	300	550	490	510	670	600	790	1310	
Bruto Binnenlands Product 2017 per hoofd in USD											
280	360	420	460	590	600	720	770	790	800	1240	
Gemiddelde groei in % over 2009-2017											
-0,3	1,1	3,5	3,2	1,8	1,8	4,2	1,1	3,7	1,3	1,3	

In de 11 focuslanden overschrijdt de totale uitgave voor gezondheid de 140 dollar per persoon per jaar **niet**. Vanaf 80 dollar per persoon per jaar moet het mogelijk zijn om 90% van een minimaal pakket van basisgezondheidszorg te verzekeren in deze landen. Daar zitten de meeste van onze partnerlanden nog niet aan.

Op Senegal na, komt er meer financiering van externe bronnen dan van de staat. Opvallend veel middelen komen uit de private sector: d.w.z. van vrijwillige of via private sector georganiseerde ziekteverzekeringen en wat de patiënt zelf betaalt, de zogenaamde *out-of-pocket payment*. Laat dit laatste nu net de grootste barrière zijn voor de armen om zich te laten verzorgen. Dat is in de meeste

²⁰³ Bruto Binnenlands Product per hoofd berekend met de Atlasmethode en uitgedrukt in een “gestandaardiseerde”, “internationale” dollar en BBP gecorrigeerd voor inflatie (*PPP Current \$*), samengesteld via online tool van de Wereldbank op <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=BJ-BF-BI>

Europese landen totaal anders. Daar bekostigt het overheidsgeld voor het grootste deel de uitgaven voor gezondheid en is bijna iedereen gedekt voor ziektekosten.

Uitgaven voor gezondheid in 11 Afrikaanse landen voor 2015, gerangschikt in opgaande lijn volgens totale uitgaven voor gezondheid per persoon.										
DRC	Niger	Burundi	Guinea	Mozambique	Burkina	Benin	Senegal	Mali	Rwanda	Uganda
External Health Expenditure (EXT) to Current Health Expenditure (CHE) 2015										
39%	14%	41%	25%	85%	30%	34%	12%	36%	33%	40%
Private health Expenditure (PVTHE) as to CHE 2015 (State of Health in Africa Region UNWHO Report 2018)										
44%	65%	21%	58%	7%	42%	46%	57%	47%	35%	47%
Domestic/General Government Health Expenditure (GGHE) to CHE2015 (State of Health in Africa Region UNWHO Report 2018)										
16%	21%	39%	17%	8%	28%	20%	32%	17%	32%	13%
Total Health expenditure per capita in 2014 in dollar										
32,28	55,42	58,02	68,46	79,32	82,31	85,61	106,9	110,1	125,07	132,59
Domestic/General Government Health Expenditure (GGHE) per capita in dollar										
5,16	11,64	22,63	11,64	6,35	23,05	17,12	34,22	18,72	40,02	17,24

Ter vergelijking²⁰⁴:

- in 2012 gaf België 4.711 dollar per persoon uit voor gezondheidszorg,
- in dezelfde periode gaf het VK²⁰⁵ 3.437 dollar uit,
- het Europees gemiddelde was 3.052 dollar.

- in België moet de patiënt 25% out-of-pocket betalen.
- de aanvaardbare norm voor de WHO is maximaal 20%

N.B.: Het Belgische gezondheidszorgsysteem kan je het beste vergelijken met dat van Frankrijk, Canada en Australië.

(Cijfers uit het State of Health in Africa Region UNWHO Report 2018²⁰⁶)

²⁰⁴ (2014). WHO global health expenditure atlas. Geraadpleegd op 11/02/2019 via <https://www.who.int/health-/accounts/atlas2014.pdf?ua=1>

²⁰⁵ Het VK past een model toe waarbij de staat de gezondheidszorg organiseert en financiert (dat was voor 100% het geval tot aan de regeringsperiode van M. Thatcher). Het WHO schuift dit systeem naar voren als het ideale model voor publieke gezondheidszorg. Het leunt bovendien aan bij de wijze waarop de meeste van de Afrikaanse landen hun gezondheidszorg organiseren hoewel ook daar vaak een gemengd model van pri-vaat/publiek gefinancierde instellingen te vinden is.

²⁰⁶ (2018). The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals. WHO Regional Office for Africa.

Landen spenderen gemiddeld 60% van hun gezondheidsuitgaven aan tastbare investeringen (gezondheidswerkers, infrastructuur en medische producten). Daarvan gaat merendeel (39%) van de overheidsuitgaven op aan medische producten. 14% van de uitgaven is voor het gezondheidspersoneel. Infrastructuur (uitrusting, transport en ICT) beslaat maar 7%. De WHO stelt dat een land met een goed presterend gezondheidszorgsysteem meer inzet op het gezondheidspersoneel en op infrastructuur en pleit daarom voor meer inspanningen op dit gebied. Dit laatste doen we beduidend minder.²⁰⁷

Uitgedrukt per capita, is de hulp die landen krijgen voor gezondheid erg ongelijk verdeeld. DRC krijgt het grootste bedrag maar per inwoner, blijkt dit erg weinig. Rwanda is een *donor darling*. Ook België doet er een stevige duit in het zakje. Maar het onderstaand schema valt vooral het relatieve belang op van België als bilaterale donor.

²⁰⁷ (2018). *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. WHO Regional Office for Africa. p. xiv.

Officiële hulp voor gezondheid in 11 Afrikaanse landen voor 2014, gerangschikt in opgaande lijn volgens Belgische hulp aan de gezondheidssector per persoon per partnerland in dollar. Vergeleken met hulp in 2014, per persoon van alle donoren, in dollar.											
	Rwanda	Burundi	Benin	DRC	Senegal	Uganda	Niger	Mozambique	Guinea	Mali	Burkina
<i>per Capita</i>											
Belgische hulp (ODA) per capita	1,62	0,92	0,61	0,55	0,34	0,26	0,20	0,13	0,11	0,04	0,03
Hulp (ODA) alle donoren samen per capita	38,88	19,82	53,52	14,34	50,29	23,99	14,67	47,98	14,68	36,67	29,29
Totale gezondheids- uitgaven per capita door de landen	125,7	58,0	85,6	32,3	106,9	132,6	55,4	79,3	68,5	110,0	82,6
(Domestic) Gezondheids- uitgaven per capita uit eigen middelen van de landen	40,02	22,63	17,12	5,16	34,22	17,24	11,64	6,35	11,64	18,72	23,05
<i>Totaal per land in Miljoen Dollar</i>											
Belgische (ODA) hulp in miljoen dollar	19,7	10,0	6,9	44,5	5,3	11,1	4,2	4,0	1,4	0,8	0,5
Hulp (ODA) alle donoren samen in miljoen dollar	474	216	599	1.166	800	1.029	315	1.425	186	678	562

Mozambique krijgt heel veel externe hulp voor de gezondheidssector en spendeerde zelf maar 6,35 dollar per persoon in 2014²⁰⁸. Dat veel externe hulp gepaard gaat met weinig inspanningen van de overheid zelf, is voor de lage inkomenslanden evenwel niet de regel, in tegendeel.

²⁰⁸ Daarmee voldoet Mozambique niet aan **de Abuja Declaratie** die voorschrijft dat ten minste 15% van het jaarlijkse budget moet dienen voor gezondheidszorg.

Rwanda is een schoolvoorbeeld van een land met veel ondersteuning voor de gezondheidssector maar daar zelf ook veel middelen tegenover plaatste. In onze lijst van 11 zijn de totale uitgaven voor gezondheid per persoon, op Senegal na, het hoogst. Onderzoek toonde aan dat de buitenlandse hulp **niet** ontradend werkte voor Rwandese overheidsinvesteringen in de rurale gezondheidscentra hoewel dit bij de aanvang van de sectorale budgetsteun een vrees was van België en andere donoren.²⁰⁹ Buitenlandse hulp, tezamen met overheidsinvesteringen, waren trouwens positief voor de Rwandese bevolking door meer dienstverlening in de gezondheidszorgstructuren op het platteland.²¹⁰

De meeste van de door België ondersteunde landen zullen in de komende 20 jaar niet in staat zijn om hun sociale sector financieel te handhaven. Hoewel ze vooruitgang kunnen boeken richting een duurzaam efficiënt draaiend systeem zal externe financiering toch nog voor een relatief lange periode nodig zijn.

Een druk bevolkte sector met eigengereide donoren.

De gezondheidssector is traditioneel een sector waarin veel donoren en een groot aantal organisaties actief zijn. Ze lopen elkaar regelmatig voor de voeten. Zelfs over een aantal fundamentele beleidskeuzes zijn donoren het niet altijd eens en trachten ze de ondersteunde overheid voor hun visie te winnen, deze laatste vaak aangetrokken door de financiering die aan een bepaald programma vasthangt. Verderop werkten we het voorbeeld uit van USAID en Enabel die in Senegal elk met een ander model van sociale bescherming hun projecten vormgaven. Dat kan een probleem zijn als de overheid van het ondersteunde land zwak is en zelf niet duidelijke kiest voor een bepaalde aanpak. Dat is bijvoorbeeld het geval in Benin waar donoren uiteenlopende modellen van *Performance Based Finance* (zie verder) uittestten en Benin voor de moeilijke opdracht plaatsten om hier zelf het best passende model, een eigen beheersstructuur en een budget voor te vinden.

In Rwanda houdt de overheid de touwtjes wel stevig in handen. De exit van bepaalde donoren uit de gezondheidssector berust er op een taakverdeling die Rwanda in 2010 heeft uitgedacht en opgelegd (*Division of Labour*)²¹¹. Het overleg met de betrokkenen was minimaal. De meeste donoren verlieten de sector dus niet uit eigen beweging maar wel omdat het Rwandese Ministerie van Financiën (MINECOFIN) dit vroeg.²¹² Deze situatie is eerder een uitzondering. België bleef actief in de sector en is positief over de vooruitgang.²¹³

²⁰⁹ Smith, D. (2010). *Evaluation of the Quality of Results of Belgian Technical Co-operation 2010. Rwanda Country Report*.

²¹⁰ Chunling, L., Cook, B., Desmond, C. (2017). *Does foreign aid crowd out government investments? Evidence from rural health centres in Rwanda*. BMJ Glob Health. 2017; 2(3). doi: 10.1136/bmjgh-2017-000364

²¹¹ Vijf ontwikkelingspartners – Duitsland (via KfW), VK (Department of International Development/DFID), de Europese Unie (EU), de Afrikaanse Ontwikkelingsbank (AfDB) en de Wereldbank – doen aan **algemene budgetsteun (general budget support/GBS)** via het Rwandese Ministerie van Financiën. Sinds 2012, na de vermeende inval van Rwanda in DRC, zetten ze de algemene budgetsteun stop. Het is opvallend dat de nieuwe *Aid Policy* van Rwanda, de algemene budgetsteun niet meer vermeldt. Rwanda wenst dit niet langer.

²¹² In 2018 ging een studie na wat het effect was van de taakverdeling onder donoren, met het idee dat donoren in bepaalde sectoren moeten kunnen optreden indien wenselijk. Maar het finale rapport is juni 2019 nog niet beschikbaar.

²¹³ Dienst Resultaten van de Directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking. (2019). *België en de Budgetsteun aan de Rwandese gezondheidssector van 2008 tot 2018, een positief verhaal*. [Onuitgegeven intern document]

Het verhaal van Senegal en de invoering van een verplichte ziekteverzekering is minder rechtlijnig. Het land wou een ziekteverzekering opzetten voor de hele bevolking. Bij het uitschrijven van het gezondheidsproject PAODES (*Programme d'Appui à l'Offre et Demande de soins*) heeft Enabel aanvaard dat de overheid de ziekteverzekering niet verplicht in voerde omdat het politiek moeilijk lag, hoewel het projectopzet wel uitging van een mettertijd verplichte invoering.

Senegal kiest één jaar na de pilootervaring met een Belgisch project, tegen alle financieel geweld van USAID in, voor een verplichte ziekteverzekering.

Het basismodel voor de ziekteverzekering voor de rurale bevolking in Senegal gaat terug op een model dat de *Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine* (UEMOA) promoot met steun van het *Bureau International du Travail* (BIT), het Frans ministerie voor Buitenlandse Zaken, MASMUT, etc. Het is **een model van mutualiteit op gemeenschapsniveau**, gebaseerd op vrijwillige aansluiting, zonder winstgevend doel, autonoom, onafhankelijk, gebaseerd op vrijwilligerswerk en verantwoordelijkheid van de gemeenschappen. De principes zijn solidariteit, gelijkheid, participatie en democratie.

De beslissing van USAID in 2012 om een gedecentraliseerde privé-ziekteverzekering te ondersteunen voor een bedrag van 200 miljoen (Het DECAM-project (2012) *Décentralisation et Assurance Maladie*) doorkruiste het beslissingsproces m.b.t. het *Programme d'Appui à l'Offre et Demande de soins* van Enabel..²¹⁴

Pijnlijk om te zien in Senegal hoe enerzijds de overheid en de donoren zoals USAID en JICA de DECAM ondersteunen en anderzijds Enabel een alternatief systeem opzet dat zich baseert op een geheel andere visie van wat *Community Based Health Insurance* CBHI dient te zijn.²¹⁵

Enabel heeft toch met Senegal de **uitvoerbaarheid van een nationale ziekteverzekering getest**, met goed gevolg. Het op departementaal niveau uitgewerkt model is functioneel. Het steunt op nationaal georganiseerde, gesubsidieerde en geprofessionaliseerde organisatie(s) en verplichte aansluiting.

In 2018, één jaar na de beëindiging van het project, hoopte Enabel dat Senegal alsnog de ziekteverzekering zou verplichten en er een publieke instelling van zou maken. Dat is ondertussen, anno 2019 ook gebeurd.

Slechte coördinatie in de donorgemeenschap veroorzaakt verwarring en incoherentie.

Een overeenkomst tussen het Ministerie voor Gezondheid en de donorgemeenschap stipuleert dat donoren bereid waren een extra premie bovenop het salaris van het personeel van de gezondheidsstructuur te betalen

ter voorbereiding van het Rapport over de doeltreffendheid van de Belgische hulp in de gezondheidssector van 2009-2017]. Brussel: Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

²¹⁴ Bossyns, P., Ladrière, F., & Ridde, V. (2018). *Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique sub-saharienne. Six ans d'expériences au Sénégal rural, 2012 – 2017* [Studies in Health Services Organisation & Policy, 34,2008]. Antwerpen: ITGPress.

²¹⁵ Verbrugge, B., Ajuaye, A. & Van Ongevalle, J. (2018) Contributory social protection for the informal economy? Insights from Community-Based Health Insurance (CBHI) in Senegal and Tanzania. [Research commissioned by Directorate-General Development Cooperation and Humanitarian Aid by KU Leuven HIVA Research Institute for Work and Society] Leuven: KUL.

gelijk aan het verschil tussen wat de overheid akkoord is om te betalen en uiteindelijk maar kan betalen (m.n. het Mbudi Agreement). Toen de Belgische ontwikkelingssamenwerking de gezondheidssector ondersteunde via het project *Appui au système de santé au niveau intermédiaire et périphérique* (ASSNIP) (2009-2013), ondersteunde het op het zelfde moment ook een gezondheidsprogramma voor de Wereldbank. Hoewel beiden zich hadden afgestemd op het bovenvermelde akkoord, ontstonden er toch moeilijkheden tijdens de uitvoering. De Belgische overheid, vroeg in ruil voor de extra premies een rationalisatie van het personeel (in Kisantu). Zoals in de meeste gezondheidscentra en hospitalen waren er 50 tot 90% personeelsleden te veel. De beslissing van de Belgische overheid om niet te betalen voor irrationeel gebruik van personeel en dit als conditie in te zetten voor het betalen van de premies, veroorzaakte veel weerstand. Dit resulteerde in intentionele vertragingen van de uitbetalingen van het projectbudget en in een moeilijke dialoog tussen beide partijen. De Wereldbank wenste zich niet aan te sluiten bij de Belgische eis en wou het budget snel uitgeven. In de interventiegebieden van de Wereldbank liep de dialoog met de partner natuurlijk vlotter dan in de interventiegebieden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking.

(uit: Bosmans, M., Bossyns, P., Flahaut, A., Goeman, L., Gyselinck, K., Piraux, J., Van Bastelaere, S., Van Waeyenberge S. & Verle, P. (2016). Development cooperation as learning in progress: Dealing with the urge for the fast and easy. *Studies in Health Services Organization & Policy*, 33, 2016. Antwerpen: ITGPress.)

Nog veel inspanningen nodig om een performant gezondheidszorgsysteem op poten te zetten.

Een performant gezondheidszorgsysteem kan essentiële gezondheid- en gezondheidsgerelateerde diensten voor de bevolking leveren, waar en wanneer nodig. De sectornota bundelt de kenmerken van een performant gezondheidszorgsysteem in 4 categorieën: toegang tot essentiële diensten, kwaliteit van de dienstverlening, vraag naar noodzakelijke diensten en veerkracht van het systeem in geval van onvoorziene problemen.



Het is pas als Afrikaanse landen tot de opper-middeninkomensgroep opklimmen dat het gezondheidszorgsysteem duidelijk performant wordt²¹⁶ en dan nog verklaren de hoeveelheid bestede middelen maar voor 50% of een gezondheidssysteem al dan niet goed werkt -inefficiëntie en verspilling zijn daarvan de belangrijkste redenen- en voorspellen ze maar voor 20% wat de impact op de gezondheidstoestand is. Een lage toegang -armen kunnen de kosten en/of transport niet betalen- is één van de verklarende factoren.

²¹⁶ (2018). *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. WHO Regional Office for Africa. p.45.

De vraag naar zorg is relatief hoog voor de meeste Afrikaanse landen. De mate waarin de bevolking toegang heeft tot zorg is wel afhankelijk van de inkomenscategorie van het land en is voor de armere Afrikaanse landen laag te noemen. We mogen dus zeggen dat toegang afhankelijk is van de totale uitgaven van een land voor gezondheid.

Onvoorziene problemen opvangen voor een gezondheidszorgsysteem, is iets wat vooral hogere inkomenslanden goed aankunnen. Vandaar dat een Ebola-crisis voor arme ontwikkelingslanden zo moeilijk te beheren is. De humanitaire hulp biedt hier vaak soelaas. Een belangrijk deel van de humanitaire hulp gaat trouwens op aan gezondheidsinterventies.

De WHO heeft een globale prestatie-score van het gezondheidszorgsysteem voor de meeste Afrikaanse landen berekend en constateert een sterke, positieve correlatie met de levensverwachting van de respectieve bevolking²¹⁷. (zie tabel onder)

Gezondheidstoestand van de bevolking in cijfers.

Een performant gezondheidszorgsysteem laat zich duidelijk aflezen aan de gezondheidstoestand van de bevolking of m.a.w. aan goede gezondheidsindicatoren. Levensverwachting is een goede proxy voor “gezondheid en welbevinden”. Deze laat een stijgende tendens optekenen voor Afrika. Dit neemt niet weg dat Afrika nog een lange weg heeft af te leggen om dezelfde gezondheidstoestand te bereiken als de rest van de wereld, waar de globale levensverwachting 62 jaar is. Alle Afrikaanse landen zouden het beter moeten doen. Maar er zijn grote verschillen tussen de levensverwachting van het best presterende Afrikaanse land (Algerije: 66,8 jaar) en het slechtste (Sierra Leone: 44 jaar).

²¹⁷ (2018). *The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. WHO Regional Office for Africa. p. 77-82.

	Healthy Life Expectancy, 2015	Population 2017 (in miljoen) Open Data WB	Health System Performance
Senegal	58,3	15,9	0,24
Rwanda	56,6	12,2	0,42
Niger	54,2	21,5	0,42
Uganda	54,0	42,9	0,30
Burkina	52,6	19,2	geen gegevens
Benin	52,5	11,2	0,32
Burundi	52,2	10,9	geen gegevens
DRC	51,8	81,3	0,26
Guinea	51,7	12,7	0,56
Mali	51,1	18,5	0,35
Mozambique	49,6	29,7	0,13

Ter vergelijking: de levensverwachting voor gezonde jaren vanaf de geboorte voor EU-lidsaten (2016) is 64,2 jaar. Voor België (2015) is dat 63,8 jaar.

Data source: WHO (2018) The State of Health in the WHO Africa Region, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190204-1>

Landen met minder inwoners hebben een “gezondere” bevolking²¹⁸ maar “grote” landen maken de laatste jaren een inhaalbeweging. De stijging van de levensverwachting is er nu sneller dan in de landen met een kleine bevolking.

Top 10-ziektes in Afrika	Top 10-doodsoorzaken in Afrika
1 Infecties van de lagere luchtwegen	1 Infecties van de lagere luchtwegen
2 HIV/AIDS	2 HIV/AIDS
3 Diarree	3 Diarree
4 Malaria	4 Beroerte
5 Complicaties bij vroeggeboorte	5 Doorbloedingsproblemen van het hart
6 Zuurstoftekort bij geboorte en trauma	6 Tuberculose
7 Aangeboren anomalieën	7 Malaria
8 Tuberculose	8 Complicaties bij vroeggeboorte
9 Verkeersongevallen	9 Zuurstoftekort bij geboorte en trauma
10 Zuigelingenbloedinfecties/infecties	10 Verkeersongevallen

Tussen 2000 en 2015 stelt de WHO 30% minder van deze ziektes en een daling met 36% van overlijdens door de top 10-doodsoorzaken.

Source: World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs

²¹⁸ (2018). The State of Health in the WHO Africa Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals. WHO Regional Office for Africa. p.39

De menselijke ontwikkelingsindex²¹⁹ (HDI) is een samengestelde index die een gemiddeld niveau aangeeft van drie kerndimensies van menselijke ontwikkeling, zijnde: de levensverwachting, jaren scholing en niveau van “welstand” gebaseerd op het BNP. De combinatie van data in een index biedt ook de mogelijkheid ook de richting die de menselijke ontwikkeling uitgaat, snel te beoordelen. Voor de 11 landen zien we een opwaartse tendens.

Scholing beïnvloedt de gezondheidstoestand van een bevolking het meest. Scholing van vrouwen, nog meer.²²⁰ Kindersterfte bij moeders zonder enige scholing ligt twee maal zo hoog dan bij moeders die secundair onderwijs volgden. Bij een moeder met meer dan 7 jaren scholing is de kans 6 keer groter dat ze voor de geboorte van haar kind beroep doet op een gezondheidsvoorziening. In onderstaande data – voor zover correct- lijkt DRC alvast niet aan deze algemene vaststelling te beantwoorden.

	rang volgens de HDI van 2017	Human development index 2007	Human Development Index 2017	Main Years of Schooling, female (in years) 2005	Main Years of Schooling, female (in years) 2017	Healthy Life Expectancy, 2015
Rwanda	158	0,391	0,524	2,5	3,7	56,6
Uganda	162	0,43	0,516	3,5	4,7	54
Benin	163	0,455	0,515	1,8	3	52,5
Senegal	164	0,415	0,505	1	2,4	58,3
Guinea	175	0,361	0,459	0,9	1,5	51,7
DRC	176	0,379	0,457	2,7	5,3	51,8
Mozambique	180	0,343	0,437	2,1	2,5	49,6
Mali	182	0,352	0,427	0,8	1,7	51,1
Burkina	183	0,344	0,423	0,9	1	52,6
Burundi	185	0,361	0,417	1,7	2,7	52,2
Niger	189	0,274	0,354	0,7	1,5	54,2
Ter vergelijking:						
België	17	0,899	0,916	10,4	11,6	63,8

Bron: <http://hdr.undp.org/en/data>

²¹⁹ Een technische nota over hoe de index precies wordt berekend, is te vinden op http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2018_technical_notes.pdf for details on how the HDI is calculated.

²²⁰ Analysis of a globally representative and comparable, disaggregated dataset from 69 countries showed that adults (both men and women) with lower levels of education were consistently more likely to self-report poor health than those with higher levels of education. This finding was not dependent on a country's level of economic development or on regional geography. <https://www.who.int/healthinfo/paper29.pdf>
 Infant mortality rate among children of no-education mothers = twice of those of mothers with secondary education. And educated women (>7 years) = 6 times as likely to give birth in a health facility than those of no schooling https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/cambodia_presentation_por.pdf

De kenmerken van de gezondheidssector in ontwikkelingslanden samengevat.

Kenmerkend voor de gezondheidssector in de 11 partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking is het structureel middelentekort. Mensen moeten nog altijd teveel van de kosten zelf betalen. Dit is een belangrijke reden waarom minder dan 50% van de bevolking toegang heeft. De meeste van de 11 bestudeerde ontwikkelingslanden besteden nog altijd te weinig om minimumzorgen te kunnen garanderen, ook als cijfers rekening houden met de externe - (o.m. donorgelden) en private middelen (verzekeringen of eigen bijdragen). Externe middelen overtreffen meestal eigen en private middelen. De gezondheidssector is een drukbevolkte sector die het probleem oplevert dat donors op basis van erg tegengestelde premissen hun activiteiten vorm geven.

Het is niet zo dat ontwikkelingssamenwerking de overheid van de 11 bestudeerde landen zou ontmoedigen om hun eigen middelen in de gezondheidssector te stoppen. Maar zelfs met alle gezamenlijke inspanningen zullen deze landen de SDG's meer dan waarschijnlijk niet bereiken en zal het nog lang duren vooraleer ze zelf voldoende (overheids-)middelen hebben om een redelijk niveau van gezondheidszorg te kunnen waarborgen.

