

## STRATEGIENOTA

2016-2020

ONTWIKKELINGSSAMENWERKING

TUSSEN MOZAMBIQUE EN VLAANDEREN

*Het versterken van het gezondheidsstelsel in Mozambique...*  
*...opdat geen enkele adolescent in de steek gelaten wordt*



# Inhoudstafel

<b>1</b>	<b>INLEIDING TOT DE DERDE LANDENSTRATEGIENOTA.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>CONTEXTANALYSE: MOZAMBIQUE IN 2015.....</b>	<b>7</b>
2.1	MENSELIJKE GEOGRAFIE.....	7
2.2	RECENTE POLITIEKE CONTEXT EN EVOLUTIE.....	8
2.3	ECONOMISCHE SITUATIE.....	9
2.4	SOCIALE SITUATIE: GROTE VOORUITGANG MAAR NOG GROTERE UITDAGINGEN.....	9
2.4.1	<i>Vooruitgang.....</i>	9
2.4.2	<i>Algemene uitdagingen.....</i>	10
2.4.3	<i>Specifieke uitdagingen in de gezondheidssector.....</i>	10
<b>3</b>	<b>CONTEXT VAN DE VLAAMSE ONTWIKKELINGSSAMENWERKING MET MOZAMBIQUE.....</b>	<b>15</b>
3.1	VLAAMSE ONTWIKKELINGSSAMENWERKING IN HET ALGEMEEN.....	15
3.2	EVOLUTIE VAN DE FORMELE SAMENWERKING MET MOZAMBIQUE.....	15
3.3	HET TWEEDE SAMENWERKINGSPROTOCOL (MEMORANDUM VAN OVEREENSTEMMING).....	17
<b>4</b>	<b>INDICATIEF PROGRAMMA 2016-2020.....</b>	<b>18</b>
4.1	DE VOORTZETTING VAN HET GEZONDHEIDSTHEMA ALS EXCLUSIEVE FOCUS.....	18
4.2	DOELSTELLINGEN.....	18
4.2.1	<i>Algemene doelstelling.....</i>	18
4.2.2	<i>Specifieke doelstelling en subdoelstellingen.....</i>	19
4.3	TRANSVERSALE THEMA'S.....	21
4.4	STRATEGISCHE AANPAK.....	21
4.4.1	<i>Sectorale begrotingssteun blijft het bevoorrechte instrument.....</i>	21
4.4.2	<i>Aandacht voor specifieke subsectoren.....</i>	21
4.4.3	<i>Indicatief programma voor de inzet van de middelen.....</i>	24
<b>5</b>	<b>UITVOERING EN OPVOLGING VAN DE STRATEGIENOTA.....</b>	<b>25</b>
5.1	VERTICALE COMPONENTEN BIJ DE UITVOERING.....	25
5.1.1	<i>Portefeuillebenadering.....</i>	25
5.1.2	<i>Integratie van aanpassing aan de klimaatverandering.....</i>	25
5.2	IDENTIFICATIE VAN PROGRAMMA'S EN PROJECTEN.....	25
5.3	DOCUMENTEN VOOR PROJECTUITVOERING.....	26
5.4	FINANCIERING EN BEGROTING.....	26
5.5	RAPPORTERING.....	26
5.6	FINANCIËLE DOORLICHTINGEN.....	27
5.7	OPVOLGING EN EVALUATIE.....	27
5.7.1	<i>Opvolging en evaluatie op het niveau van de uitvoering.....</i>	27
5.7.2	<i>Opvolging en evaluatie op beleidsniveau.....</i>	28
5.7.3	<i>Ondersteuning vanuit het Parlement en het maatschappelijk middenveld.....</i>	29
<b>6</b>	<b>RISICOBEEHEER.....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>DE VLAAMS-MOZAMBIKAANSE SAMENWERKING BUITEN HET INDICATIEF PROGRAMMA.....</b>	<b>31</b>
7.1	ALGEMEEN.....	31
7.2	REGIONAAL GEORGANISEERDE INITIATIEVEN.....	31
7.2.1	<i>Versterking van de gezondheidssamenwerking via multilaterale initiatieven.....</i>	31
7.2.2	<i>Rampenpreventie en –bestrijding en rehabilitatie.....</i>	31
7.2.3	<i>Handel en ontwikkeling en respect voor arbeidsnormen.....</i>	31
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>BIJLAGEN.....</b>	<b>35</b>

## Afkortingen

<b>2030 ADO:</b>	2030 Agenda voor duurzame ontwikkeling
<b>ACS-landen:</b>	Landen in Afrika, het Caribisch gebied en de Stille Oceaan
<b>APE:</b>	Gemeenschapsgezondheidswerkers
<b>ARV:</b>	Antiretrovirale therapie
<b>ASRH:</b>	Seksuele en reproductieve gezondheid van adolescenten
<b>BC:</b>	Bilaterale Consultatie
<b>CGE:</b>	Algemene Staatsbegroting (Conta Geral do Estado)
<b>CNCS:</b>	Nationale Raad voor Coördinatie van HIV/AIDS
<b>LSN:</b>	Landenstrategienota
<b>DAC:</b>	Comité voor Ontwikkelingssamenwerking (OESO)
<b>DFID:</b>	Departement voor Internationale Ontwikkeling van het Verenigd Koninkrijk
<b>DiV:</b>	Departement internationaal Vlaanderen
<b>DoL:</b>	Arbeidsdeling (Division of Labour)
<b>EITI:</b>	Initiatief inzake transparantie van winningsindustrieën (Extractive Industries Transparency Initiative)
<b>EU:</b>	Europese Unie
<b>FASE:</b>	Steunprogramma voor de Educatieve Sector
<b>DIV:</b>	Departement internationaal Vlaanderen
<b>FRELIMO:</b>	Bevrijdingsfront van Mozambique
<b>GB:</b>	Speciaal Programma voor de volgende generatie
<b>GCCC:</b>	Centrale dienst voor de strijd tegen corruptie
<b>GDI:</b>	Gender-gerelateerd ontwikkelingsindex (Gender-related Development Index)
<b>GFATM:</b>	Wereldfonds voor de bestrijding van hiv/aids, tuberculose en malaria (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
<b>GGHE:</b>	Totale overheidsuitgaven inzake gezondheid (Global Government Expenditure on Health)
<b>BNP:</b>	Bruto Nationaal Product
<b>HDI:</b>	Index van menselijke ontwikkeling (Human Development Index)
<b>HIV/AIDS:</b>	Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome
<b>HPI:</b>	Index voor menselijke armoede (Human Poverty Index)
<b>HRH:</b>	Gezondheidswerkers (Human Resources for Health)
<b>ICRH:</b>	Internationaal centrum voor reproductieve gezondheid (International Centre for Reproductive Health)
<b>IHP+:</b>	Internationaal partnerschap rond gezondheid (International Health Partnership)
<b>INS:</b>	Nationaal gezondheidsinstituut (National Health Institute)
<b>ITG:</b>	Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen
<b>KMMO:</b>	Kleine, micro- en middelgrote ondernemingen
<b>MOD:</b>	Millenniumontwikkelingsdoelstellingen

<b>MDM:</b>	Democratische Beweging van Mozambique
<b>MINEC:</b>	Ministerie van Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking
<b>MINED:</b>	Ministerie van Onderwijs
<b>MISAU:</b>	Ministerie van Gezondheid
<b>MJD:</b>	Ministerie van Jeugd en Sport
<b>MoU:</b>	Memorandum van Overeenstemming
<b>MTR:</b>	Tussentijdse evaluatie (Mid-Term Review)
<b>NAIMA+:</b>	Netwerk van niet-gouvernementele organisaties werkzaam in de gezondheidssector en in de strijd tegen HIV/AIDS (Network of NGOs Working in Health and HIV/AIDS in Mozambique)
<b>NAPA:</b>	Nationaal Actieprogramma voor Aanpassing aan klimaatverandering (National Adaptation (to climate change) Programme of Action)
<b>ODA:</b>	Officiële ontwikkelingshulp (Official Development Assistance)
<b>ODAmoz:</b>	Databank over officiële ontwikkelingshulp aan Mozambique
<b>OESO:</b>	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
<b>PAF:</b>	Kader voor de Evaluatie van de Prestaties (Performance Assessment Framework)
<b>PARP:</b>	Actieplan voor de Vermindering van de Armoede
<b>PEPFAR:</b>	Noodplan voor aidsbestrijding van de President van de VS (US President's Emergency Plan for AIDS Relief)
<b>PESS:</b>	Strategisch plan voor de gezondheidssector
<b>PMTCT:</b>	Preventie van aids-overdracht van moeder naar kind (Preventing Mother-to-Child Transmission)
<b>PROSAUDE:</b>	Gemeenschappelijk programma voor de Gezondheidssector
<b>RENAMO:</b>	Nationale Verzetsbeweging van Mozambique
<b>REO:</b>	Rapport over de begrotingsuitvoering
<b>HRP-RHR:</b>	Speciaal onderzoeksprogramma rond menselijke voortplanting van het Departement voor reproductieve gezondheid en onderzoek (Department of Reproductive Health and Research)
<b>SADC:</b>	Ontwikkelingsgemeenschap van Zuidelijk Afrika (Southern Africa Development Community)
<b>SISTAFE:</b>	Staatssysteem voor de Financiële Administratie
<b>SRHR:</b>	Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (Sexual and Reproductive Health and Rights)
<b>SWAp:</b>	Sectorbrede Benadering, hier gebruikt als synoniem voor Gemeenschappelijk programma voor de Gezondheidssector
<b>TBC:</b>	Tuberculose
<b>THE:</b>	Totale Gezondheidsuitgaven (Total Health Expenditure)
<b>VN:</b>	Verenigde Naties
<b>VOS:</b>	Vlaamse ontwikkelingssamenwerking
<b>UNAIDS:</b>	Gezamenlijk VN-Programma tegen HIV en AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
<b>UNICEF:</b>	Kinderfonds van de Verenigde Naties (United Nations Children's Fund())
<b>WGO:</b>	Wereldgezondheidsorganisatie

## 1. Inleiding tot de Derde Landenstrategienota

---

Met de derde LSN kiezen de Vlaamse en Mozambikaanse Regering in grote mate voor continuïteit in hun ontwikkelingssamenwerking. De gezondheidssector blijft centraal staan in onze samenwerking. Daarbij blijft de algemene versterking van het gezondheidsstelsel onze belangrijkste zorg en ambitie. Waar nodig zal echter bijkomende aandacht gericht worden op dienstverlening en verantwoordingsplicht met het oog op het realiseren van het recht op de hoogst bereikbare standaard van gezondheid bij adolescenten (10-19-jarigen), met bijzondere aandacht voor adolescente meisjes. De inspiratie hiervoor komt uit:

1. **Het beleid van de Mozambikaanse Overheid** zoals bepaald in het Strategisch Plan voor de Gezondheidssector, 2014-2019 (PESS) en het Programma voor (seksuele en reproductieve) gezondheid van adolescenten (ASRH);
2. **Een analyse van de hiaten** in de totale dienstverlening in de gezondheidssector voor specifieke groepen van de Mozambikaanse bevolking, waarbij adolescenten nadrukkelijk aanwezig zijn, en de daaruit voortvloeiende negatieve impact op de gezondheid van adolescenten<sup>1</sup>;
3. De **verhouding kinderen en adolescenten** in de totale Mozambikaanse bevolking;
4. De bijzondere nadruk op gepaste aandacht voor de **onbeantwoorde behoeften van jongeren** in de 2030 SDA.

De titel van deze LSN, namelijk: “Het versterken van het gezondheidsstelsel in Mozambique, opdat geen enkele adolescent in de steek gelaten wordt” zinspeelt immers al op bijzondere elementen voor deze bijkomende aandacht die beide partijen zullen toevoegen aan hun gezamenlijke inspanningen om het algemene doel na te streven: **het versterken van de gezondheidssector**:

1. **Dienstverlening**: aandacht voor de toegankelijkheid van diensten voor adolescenten, door fysieke, culturele en emotionele hindernissen weg te nemen bij het verlenen van zowel promotionele, preventieve als curatieve diensten;
2. **Werknemers in de gezondheidssector**: ontvankelijkheid voor speciale behoeften/aanpak van adolescenten bij alle werknemers in de gezondheidssector vanuit het oogpunt van de zorgkwaliteit;
3. **Gezondheidsinformatiesystemen**: waar relevant en/of haalbaar zal er bijzondere nadruk gelegd worden op het belang van het verzamelen van uitgesplitste gegevens inzake leeftijd en geslacht op het niveau van adolescenten (10-19-jarigen, liefst onderverdeeld in groepen van 10-14-jarigen en 15-19-jarigen, volgens WGO-definities), om informatie te verschaffen over specifieke gezondheidskwesties en hiaten in de dienstverlening voor adolescenten, en om voor beide groepen een aanpak te ontwikkelen die op wetenschappelijk bewijs gebaseerd is;
4. **Toegang tot essentiële geneesmiddelen**: het wegnemen van financiële en niet-financiële hindernissen om toegang te hebben tot essentiële geneesmiddelen (vb. toestemming van de ouders) en het voorzien van de beste/aangepaste therapieën/formules waar nodig;
5. **Financiering**: via PROSAUDE (niet geoormerkt!), rechtstreekse provinciale steun na een positieve beoordeling en via specifieke projecten/programma's;
6. **Leiderschap/bestuur**: er wordt voldoende aandacht geschonken aan de bijzondere behoeften en aanpak van adolescenten tijdens de beleidsdialoog en in beleidsdocumenten en -strategieën inzake

---

<sup>1</sup> Zo daalt het gebruik van moderne contraceptieve methodes naar 5,9% in de categorie van 15-19-jarige getrouwde vrouwen, tegenover 11,3% in de algemene categorie van getrouwde vrouwen in de vruchtbare leeftijd. HIV komt voor bij 13,2% van de meisjes en jonge vrouwen van 15-24 jaar, in vergelijking met een algemene prevalentie van 11,5%, wat erop wijst dat Mozambikaanse vrouwen in aanzienlijke mate op jonge leeftijd geïnfecteerd geraken, terwijl meisjes bijzonder kwetsbaar zijn voor infectie met HIV (CNCS, Global AIDS Response Progress Report, GARPR, Country Progress Report Mozambique, 2014, tabel 2, p 21).

gezondheid die uitgebracht worden door MISAU, de Gouverneur van Tete, het Provinciaal Directoraat voor de Gezondheid en de districten. Lokale NGO's krijgen de nodige steun om hierop toe te zien.

De beleidsdocumenten en specifieke programmering van de Mozambikaanse Regering blijven uiteraard de belangrijkste referentie op dit vlak, zoals:

- Vijfjarenplan van de Mozambikaanse Regering, 2015-19
- Strategisch Plan voor de Gezondheidssector, PESS, 2014-19;
- HIV Strategisch plan, PEN IV (2015-19);
- Speciaal Programma voor de (seksuele en reproductieve) gezondheid van adolescenten;

Het PESS legt de nadruk op kinderen en adolescenten. Daarbij vermeldt dit sectorplan in de samenvatting van problemen en prioriteiten van de gezondheidssector:

*Dit (gezondheids-)profiel geeft de noodzaak aan om de middelen van het systeem te richten op interventies inzake gezondheidsbevordering en preventie van ziekten, met de nadruk op kinderen en adolescenten, en op de beperking van geografische, socio-economische en genderspecifieke ongelijkheden.<sup>2</sup>*

Verder zullen gespecialiseerde multilaterale organisaties nog voor inspiratie zorgen, zoals UNFPA in zijn rapport: “*O Poder de 8 Milhões, Adolescentes e Jovens Moçambicanos na Transformação do Futuro*” van 2014<sup>3</sup>, en WGO in “Health for the world’s Adolescents-guidance” dat vier kerngebieden bepaalt voor acties in de gezondheidssector gericht op adolescenten:

1. Gezondheidsdiensten verlenen;
2. De gegevens verzamelen en gebruiken die nodig zijn om interventies in de gezondheidssector te plannen en op te volgen;
3. Beleid gericht op gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming ontwikkelen en toepassen;
4. Andere sectoren mobiliseren en ondersteunen<sup>4</sup>.

Nog een nieuw element waarmee rekening gehouden zal moeten worden, is het feit dat beide partners erkennen dat zij zich zelf in een overgangsfase bevinden, van een agenda die uitsluitend gebaseerd is op de Millenniumontwikkelingsdoelen (MOD) naar een agenda en werkwijze ingegeven door de doelstellingen inzake duurzame ontwikkeling (SDG), zoals bepaald in de “*Agenda 2030 voor Duurzame Ontwikkeling (2030 SDA)<sup>5</sup>*”. Dit veronderstelt onder andere:

1. Actief op zoek gaan naar links met werk in andere sectoren/voor andere doelen (vb. onderwijs, gender, etc.);
2. Nadruk leggen op de jongeren als één van de meest kwetsbare bevolkingsgroepen ten opzichte van allerlei ontwikkelingsuitdagingen;
3. De ondersteuning van alle niveaus, ook het lokale niveau en de individuele burger, om zo de meest kwetsbare/kansarme personen te kunnen bereiken;
4. Het toewerken naar een datarevolutie, met uitsplitsing en andere kwaliteitskwesties, die beleidsmakers de nodige instrumenten zal verschaffen om hun agenda voor duurzame ontwikkeling samen te stellen, uit te voeren en aan te passen.
5. Een afstemming op de doelen en indicatoren van dit globaal kader, ook ingegeven door de nationale strategie van Mozambique om de agenda uit te voeren.

<sup>2</sup> PESS, 2014-19, p. 32: «Este perfil ressalta a necessidade de concentrar os recursos do sistema em intervenções de promoção de saúde e prevenção das doenças, com enfoque na população infanto-juvenil e na redução das iniquidades geográficas, socioeconómicas e de género.»

<sup>3</sup> <http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/drive/UNFPASuplemento2014LowRes.pdf>

<sup>4</sup> [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/)

<sup>5</sup> <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>



## 2. Contextanalyse: Mozambique in 2015

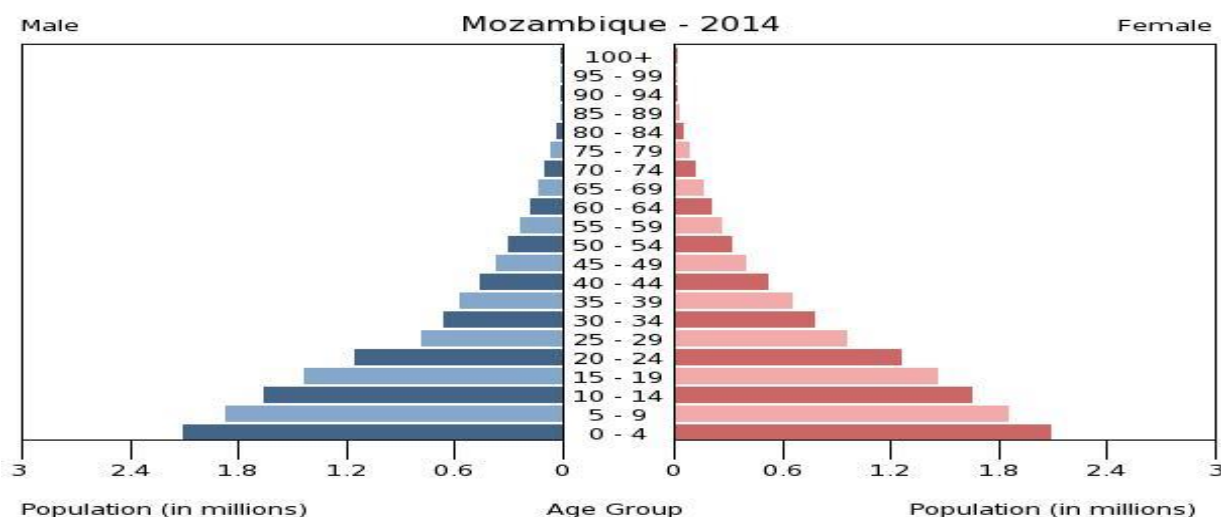
### 2.1. MENSELIJKE GEOGRAFIE



Men schat het inwonersaantal van Mozambique momenteel op iets meer dan 25 miljoen. Terwijl bijna de helft daarvan tot de leeftijdscategorie 0-14 jaar behoort, bevindt iets meer dan twee derde zich in de categorie 0-24 jaar. De gemiddelde leeftijd is 17 jaar. De bevolking groeit jaarlijks met 2,45% aan, wat nog steeds een vrij hoog cijfer is. Met een jaarlijkse stijging van ongeveer 2,4%, zullen er tegen 2019 naar schatting 29 miljoen mensen in het land wonen.

*Tabel 1: Huidige leeftijdsstructuur van Mozambique\**

Leeftijdsgroep	%	Geschat absoluut aantal mannen	Geschat absoluut aantal vrouwen
0-14 jaar	45,13%	5.740.743	5.677.563
15-24 jaar	21,43%	2.657.099	2.764.109
25-54 jaar	27,09%	3.201.321	3.654.012
55-64 jaar	3,44%	415.357	455.450
65+ jaar	2,91%	338.552	398.907



\*<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mz.html>

Deze cijfers tonen aan dat op dit moment bijna de helft van de Mozambikaanse bevolking jonger is dan 14 jaar, terwijl meer dan één vijfde tot de leeftijdsgroep van 15-24 jaar behoort. De komende vijf jaar zullen vele Mozambikanen de adolescentie bereiken en zal Mozambique moeten kunnen voorzien in de hogere specifieke sociale (ook gezondheidsgerelateerde) en economische behoeften die kenmerkend zijn voor deze leeftijdsgroep. Meer algemeen leeft minstens 37% van de Mozambikanen in stedelijke omgevingen, terwijl de overige 63% in vaak moeilijk bereikbare landelijke gebieden woont. De belangrijkste steden zijn: Maputo (naar schatting 1.226.000), Matola (naar schatting 893.000), Nampula (naar schatting 606.000) en Beira (naar schatting 460.000). Bijna twee derde van de bevolking woont in de kustgebieden (120 personen/km<sup>2</sup> in vergelijking met een nationaal gemiddelde van 25 personen/km<sup>2</sup>). Het land is een ethnisch lappendeken (Changanan/Tsonga, Makua/Lomwe, Sena, Ndau en andere). Er wordt onder andere Portugees (officiële taal), Emakua, Elomwe, Chisena, Chindau, Echwabo gesproken terwijl er vele banden zijn met talen van aangrenzende landen. Ongeveer 99% van de Mozambikaanse bevolking is Afrikaans. Slechts 0,1% is van Europese en 0,5% van Indische herkomst<sup>6</sup>.

## 2.2. RECENTE POLITIEKE CONTEXT EN EVOLUTIE

Mozambique kent een presidentieel politiek systeem dat het principe van scheiding en onderlinge afhankelijkheid van bevoegdheden tussen de uitvoerende, wetgevende en rechterlijke macht erkent. De President is het hoofd van de regering en het hoofd van de uitvoerende macht. Het parlement bestaat uit 250 verkozen afgevaardigden en is het hoogste wetgevende orgaan in de Republiek Mozambique. De rechterlijke macht wordt op zijn beurt voorgezeten door rechters (Hooggerechtshof, Administratief Hof en rechtbanken). In 2014 leidden de vijfde algemene verkiezingen (presidents-, parlaments- en provinciale verkiezingen) tot de verkiezing van President Felipe Nyusi die 57,3% van de stemmen haalde, tegenover 36,6% voor de leider van RENAMO, Afonso Dlakama. Daviz Simango, van het nieuwe *Movimento Democrático de Moçambique* (MDM), werd met 6,4% van de stemmen derde. Diezelfde verkiezingen leverden FRELIMO 144 afgevaardigden op in het Parlement, terwijl RENAMO en MDM respectievelijk 89 en 17 zetels behaalden. Tijdens de laatste lokale verkiezingen van 2013 had MDM echter de overwinning behaald in Beira, Quelimane en Nampula, en had het slechts een fractie van de stemmen te kort om ook in Maputo (stad) te winnen. Er moet worden opgemerkt dat FRELIMO bij deze verkiezingen in 50 van de 53 steden en dorpen won.

Wat de toepassing van de mensenrechten betreft, worden de meeste vrijheden van de burgers in Mozambique formeel erkend. Meer recent werd de wet op de bestraffing van homorelaties afgeschaft, en werd de abortuswet hervormd. Het gebrek aan, bijvoorbeeld, voldoende financiële en menselijke middelen verhindert echter de bevordering en bescherming van mensenrechten, waardoor schendingen sporadisch voorkomen.

<sup>6</sup> Demografische gegevens zijn verzameld vanuit MISAU, MISAU, Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2014-2019, p.6 [http://www.indexmundi.com/mozambique/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/mozambique/demographics_profile.html).



Reeds sinds het laatste anderhalve decennium kent de Mozambikaanse economie sterke groeicijfers, met een jaarlijks gemiddelde van 8%. Er wordt verwacht dat deze trend zich zal voortzetten in de komende jaren, met een groei van 7,5% voor 2015 en 7% voor 2016<sup>7</sup>. Deze groei wordt vooral aangedreven door directe buitenlandse investeringen in de sector van natuurlijke rijkdommen voor fossiele brandstoffen, hoofdzakelijk steenkool en gas. Door een kleinere vraag naar steenkool op de wereldmarkt is de verdere ontwikkeling van steenkoolmijnen echter ernstig bedreigd, terwijl bestaande mijnen de productie verminderen of zelfs sluiten. Ook de verzwakte prijs voor aluminium, tevens één van Mozambiques belangrijkste bronnen van buitenlandse inkomsten, baart zorgen. Vooral de ontwikkeling van de enorme gasvoorraden in het Rovuma Stroomgebied moet nu de verdere groei in Mozambique ondersteunen.

De algemene positieve groeicijfers verbergen het aanslepende probleem van economische diversificatie van de Mozambikaanse economische basis, een probleem dat reeds lang door de Mozambikaanse Overheid erkend is. Als gevolg daarvan vertoont Mozambique nog steeds een handelstekort van 4035,2 miljoen US \$ in 2014. Opeenvolgende hoge fiscale tekorten, in 2014 goed voor 10% van het BNP, hebben de publieke schuld doen stijgen tot 56,8% van het BNP. Het risico op afhankelijkheid van minerale grondstoffen met de verwachte negatieve impact op de sociale en politieke stabiliteit, doemt reeds op en dient vermeden te worden. Tegelijkertijd is een daling van de begrotingssteun afkomstig van donoren zeer waarschijnlijk. Om al deze redenen wordt verwacht dat de Mozambikaanse Overheid zal kiezen voor fiscale consolidatie voor 2015 en 2016 terwijl ze haar inspanningen voor binnenlandse mobilisatie van middelen via belastingsheffing onverminderd voortzet (23% van het BNP in 2012). Mozambique zou ook kunnen trachten zijn aanvragen van niet-tot-half-concessionele leningen bij het IMF te verhogen, waardoor het zijn financieringsbronnen diversifieert, weg van de meer traditionele concessionele leningen en subsidies van ontwikkelingspartners<sup>8</sup>.

## 2.4. SOCIALE SITUATIE: GROTE VOORUITGANG MAAR NOG GROTERE UITDAGINGEN...

### 2.4.1. Vooruitgang

De relatief gezonde economische situatie en een beleid dat de algemene menselijke ontwikkeling centraal stelt, hebben ervoor gezorgd dat Mozambique een positieve vooruitgang op de index voor menselijke ontwikkeling kan laten zien. Hiermee heeft het land op het vlak van geletterdheid en scholingsgraad, gemiddeld inkomen en gemiddelde levensverwachting van zijn bevolking reeds een deel van de opgelopen achterstand goed weten te maken. Ook meer specifiek heeft Mozambique al een overtuigende vooruitgang geboekt op het vlak van het verbeteren van de algemene gezondheidstoestand van zijn bevolking. Dankzij een retrospectieve analyse op voldoende lange termijn en gefocust op de MDG-gezondheidsdoelen kunnen deze verwezenlijkingen onmiddellijk naar waarde worden geschat:

Vooruitgang naar het behalen van de gezondheidsgerelateerde MDG's in Mozambique <sup>9</sup>							
MDG-indicator	1990	1995	2000	2009	2014	1990 /2000-2014	
						Absol	%
Volledige vaccinatie van kinderen ≤ 1 jaar	59%	61%	71%	77%	82%	n.v.t.	+ 23 %
Kindersterfte per 1000 levend geboren kinderen	158	147	124	90	62	≤ 96	- 61 %
Kennis over HIV							
• Mannen 15-24	n.v.t.	n.v.t.	32,8	35,1	51,8	n.v.t.	+ 19 %
• Vrouwen 15-24	n.v.t.	n.v.t.	20	36,7	30,2	n.v.t.	+ 10,2
ART-bereik							
• ART-bereik bij volwassenen	n.v.t.	n.v.t.	3%	52%	62,8%	n.v.t.	+ 59,8
• ART-bereik bij kinderen	n.v.t.	n.v.t.	0%	20%	36%	n.v.t.	+ 36%
Contraceptiegebruik	n.v.t.	5,1%	17%	13,9%	11,6%	n.v.t.	+ 6,5%
Geboorten begeleid door medisch personeel (%)	Geen gegevens	42,2	47,7	55	71%	n.v.t.	+ 28,8%
Moedersterfte per 100.000 levend geboren kinderen	1500	1000	660	520	408	≤ 1092	- 73 %

<sup>7</sup> [http://www.africaneconomicoutlook.org/fileadmin/uploads/aeo/2015/CN\\_data/CN\\_Long\\_EN/Mozambique\\_GB\\_2015.pdf](http://www.africaneconomicoutlook.org/fileadmin/uploads/aeo/2015/CN_data/CN_Long_EN/Mozambique_GB_2015.pdf)

<sup>8</sup> In 2012 werd nog 21,3% van de overheidsbegroting gefinancierd door dergelijke subsidies. Zie: F. Vollmer, Mozambique's Economic Transformation, Are efforts to streamline the fragmented aid landscape undermined for good?, in : German Development Institute Discussion Paper 12/2013, p.6.

<sup>9</sup> Cijfers gebaseerd op: MoH, Matriz de Desempenho do Sector Saúde 2009 & Idem, 2014; WHO, WHO country cooperation strategy, 2009-2013, Mozambique, 2009, p. 9, [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MOZ\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MOZ_narrative_report_2014.pdf), pp47-48, & WHO, World Health Statistics, 2010, *passim*.

### **2.4.2. Algemene uitdagingen**

Ondanks die vooruitgang blijven de structurele uitdagingen op sociaal vlak aanzienlijk en bedreigen ze de interne sociale stabiliteit in het land. De derde en laatste grote telling inzake armoede in het land wees erop dat de nationaal geboekte vooruitgang in de strijd tegen structurele armoede tijdens het eerste decennium na het vredesakkoord begon te stagneren tijdens het laatste decennium, terwijl de ongelijkheid steeg tot een score van 45,7 op de Gini-coëfficiënt in 2013<sup>10</sup>. Op het vlak van menselijke ontwikkeling neemt Mozambique nog steeds globaal de 178ste plaats in op de lijst van 182 gewogen landen in 2014. Met een inkomen per hoofd van 1011 gewogen dollars, een algemene levensverwachting bij geboorte van 53,1 jaar, slechts 3,2 als waarde voor gemiddelde jaren opleiding en een totale score van 0,393 op de Index voor Menselijke Ontwikkeling, is er nog veel ruimte voor verbetering<sup>11</sup>. Ook volgens de Multidimensionele Armoede-Index MAI, die waarden van specifieke indicatoren van zowel sociale sectoren als inkomen combineert als een alternatief voor louter inkomenscijfers, telt Mozambique nog steeds bijna 17.250.000 sociaal en economisch achtergestelden<sup>12</sup>. Het blijft dan ook een enorme uitdaging voor de Mozambikaanse Overheid maar ook voor de privé-spelers en ontwikkelingspartners om ervoor te zorgen dat de indrukwekkende en aanhoudende macro-economische groei zich ook in sociale vooruitgang voor alle Mozambikanen zou manifesteren.

Die ongelijkheid ziet zich op velerlei vlak vertaald. Naast de normale algemene inkomensverschillen, zijn er de verschillen tussen regio's en zelfs tussen en binnen provincies, tussen rurale<sup>13</sup> en urbane bevolking, en is er de uitgesproken ongelijkheid tussen mannen en vrouwen. Zo bevindt Mozambique zich op 146e plaats op een totaal van 151 landen die over een Genderindex (Gender-related Development Index, GDI, 0,657) beschikken in 2014<sup>14</sup>. In de sociale sectoren onderwijs en gezondheid is er dus nog heel wat vooruitgang te realiseren om er de dienstverlening efficiënter, effectiever en inclusiever te maken voor grote groepen minder bedeelde Mozambikanen.

### **2.4.3. Specifieke uitdagingen in de gezondheidssector**

Ondanks de historische vooruitgang die reeds toegelicht werd, wordt de gezondheidssector in het bijzonder nog steeds met veel structurele uitdagingen geconfronteerd. Bij het nagaan van de score op de algemene gezondheidsindicatoren springen immers onmiddellijk de relatief lage levensverwachting in het oog, de hoge prevalentie van HIV/AIDS in combinatie met een nog relatief hoog aantal patiënten dat nog toegang moet krijgen tot de behandeling, het grote aantal TBC-patiënten en malariadoden, de nog erg lage graad van gebruik van moderne contraceptiemethoden, de acute nood aan gezondheidspersoneel van alle niveaus en de uiterst precaire situatie op het vlak van toegang tot veilige sanitaire voorzieningen, zeker op het platteland. Omwille van de coherentie en de beknoptheid zal de verdere analyse van de beperkingen van de gezondheidssector zich beperken tot weergave van de problemen inzake gezondheid weergeven die deze LSN specifiek wil aanpakken. Er zal ook bijzondere aandacht besteed worden aan sociale determinanten die de ernst bepalen van het probleem dat dan voor die bepaalde sociale groepen geanalyseerd wordt.

De uitdagingen op het vlak van SRHR en de daaruit voortvloeiende negatieve gezondheidseffecten in het bijzonder voor (jonge) vrouwen, blijven aanzienlijk. Het gebruik van moderne contraceptiemethoden<sup>15</sup> is weggelegd voor ongeveer 30% van de vrouwen in het rijkste kwintiel en voor slechts ongeveer 3% van de vrouwen in het armste kwintiel, wat een daling is ten opzichte van de cijfers van 2003<sup>16</sup>. Er is ook een groot verschil in prevalentie van moderne contraceptiemethoden volgens leeftijd: daar waar de prevalentie voor alle getrouwde vrouwen in de vruchtbare leeftijd 11,3% bedraagt, daalt ze tot 5,9% voor getrouwde vrouwen in de categorie 15-19 jaar. Bovendien blijft de totale onbeantwoorde nood aan moderne contraceptie hoog op 22,3%. Het gebruik van lange-termijn contraceptiemethoden zoals het spiraaltje en implantaten is zelfs in algemene termen verwaarloosbaar.

<sup>10</sup> Terceira Avaliação Nacional da Pobreza, 2010, PESS 2014-19, p. 7 & <http://hdr.undp.org/en/content/income-gini-coefficient>

<sup>11</sup> <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components>

<sup>12</sup> UNDP, <http://hdr.undp.org/en/content/table-6-multidimensional-poverty-index-mpi> (MPI).

<sup>13</sup> <http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/statistics/tags/mozambique>

<sup>14</sup> <http://hdr.undp.org/en/content/table-4-gender-inequality-index>

<sup>15</sup> Zonder andere referentie zijn de gegevens over anticonceptie en vruchtbaarheid afkomstig van: PESS, 2014-19, p. 18 en MISAU, Avaliação Conjunta Annual do Desempenho do Sector de Saúde -2014, p.24.

<sup>16</sup> J.G. DIAS & I. TIAGO DE OLIVEIRA, Multilevel effects of Wealth on Women's Contraceptive Use in Mozambique, in: *PLoS ONE*, 10(3): e0121758, p. 2.

Uit de combinatie van alle gegevens kan men niet anders dan besluiten dat moderne methoden voor gezinsplanning zo goed als afwezig zijn in arme huishoudens met een jonge echtgenote. Dit moet gezien worden in een context met een hoog cijfer voor huwelijken op jonge leeftijd - 17,7% van de meisjes zijn getrouwd voor hun 15e verjaardag - waarbij een aanzienlijk deel vrouwelijke adolescenten, namelijk 37,1%, momenteel getrouwd zijn of samenwonen. Ook hier zien we een grote stijging bij vrouwen van het armste kwintiel. Adolescente jongens ondervinden hier minder invloed van, vermits slechts 8,2% van hen getrouwd zijn. Dit wijst echter op een aanzienlijk leeftijdsverschil tussen echtgenoten en echtgenotes, waardoor de jonge echtgenotes kwetsbaarder zijn voor besmetting met HIV en/of andere SOA's, en een hogere vruchtbaarheid vertonen. De combinatie van al deze factoren draagt sterk bij tot een hoge vruchtbaarheidsgraad van 5,3 en aan het te grote aantal zwangerschappen en geboortes op jonge leeftijd. Tegen de leeftijd van 18 jaar is 40,2% van de adolescente meisjes reeds bevallen, waardoor ze 167 geboortes van iedere 1000 gerapporteerde geboortes voor hun rekening nemen. Ook hier is er weer een groot verschil tussen stedelijke (141) en landelijke (183) gebieden. Bovendien hebben 51% van de zwangere adolescenten geen enkel opleidingsniveau, terwijl zij die minstens secundair onderwijs genoten hebben slechts voor 26% van de zwangerschappen op jonge leeftijd "verantwoordelijk" zijn. Het staat buiten kijf dat een dergelijk hoog aantal zwangerschappen en bevallingen op jonge leeftijd in belangrijke mate bijdragen tot een algemeen moedersterftecijfer dat zich al enkele jaren op het veel te hoge niveau van 408 op elke 100.000 levend geboren kinderen gestabiliseerd heeft. En dit terwijl het voor Mozambique mogelijk zou moeten worden om het relevante doel voor de 2030 ADO van 70 gevallen te halen. Samenvattend kan men dus stellen dat er nog veel werk verricht moet worden voordat Mozambique tot een demografische transitie zal komen en voordat alle adolescenten beschermd zullen zijn tegen ongezonde en al te vaak levensbedreigende zwangerschappen op jonge leeftijd. Het feit dat het aantal potentiële gebruikers van contraceptie die hun weg vinden naar de gezondheidsvoorzieningen aanzienlijk gestegen is, nl. van 13,9% in 2009 tot 28% in 2014 doet voor het eerst hopen dat hier op middellange termijn belangrijke resultaten geboekt kunnen worden.

De dienstverlening aan zwangere vrouwen lijkt op het eerste gezicht hoog: 90% van de zwangere vrouwen krijgen prenatale consultatie. Bij slechts 67% van hen wordt echter de bloeddruk gemeten, en bij slechts 40% wordt de urine getest. 71% van alle zwangere vrouwen bevallen in een ziekenhuis, tegenover 44% in 1994. Opnieuw belangrijk om weten is echter dat, hoewel 93% van de vrouwen met een diploma secundair onderwijs bevalt in een ziekenhuis, dit slechts voor 40% van de vrouwen zonder opleiding het geval is. Tijdens de bevalling lopen 2-5 op 1000 bevallende vrouwen nog altijd een obstetrische fistel op, terwijl 11,2% van de doodgeboortes voorkomen bij vrouwen wiens foetus bij aankomst op de kraamafdeling een hartslag vertoonde. Dit wijst op ernstige problemen inzake kwaliteitszorg in de kraamafdelingen.

Tegelijkertijd moet de gezondheidsinfrastructuur verder uitgebreid en voldoende uitgerust worden. Het aantal gezondheidsposten die verloskundige zorg in noodgevallen kunnen verstrekken, is immers beperkt tot 2,2 per half miljoen inwoners. Hoewel postpartum verzorging reeds wijdverspreid is, wordt ze bovendien in veel gevallen niet verstrekt in de eerste week na de geboorte. Nochtans is dit de belangrijkste periode om neonatale sterfte te voorkomen en complicaties na de geboorte te vermijden<sup>17</sup>. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat het sterftecijfer onder borelingen nog steeds hoog ligt. Het maakt tot 16% uit van de kindersterfte onder 5 jaar terwijl het veel langzamer dan het algemene kindersterftecijfer daalt. Tenslotte zijn er specifieke strategieën nodig om dit cijfer verder te doen dalen, gelet op het feit dat 81% voorkomt in de eerste week, en 32% zelfs tijdens de eerste dag. Vroeggeboorte, verstikkingsdood en neonatale sepsis zijn respectievelijk verantwoordelijk voor 35, 24, en 17% van dit sterftecijfer. Ondervoeding is de onderliggende oorzaak bij ongeveer 30% van het U5M-cijfer. Behalve complicaties na een abortus, zijn de rechtstreekse oorzaken voor moedersterfte dan weer hoofdzakelijk baarmoederruptuur (29%), ernstige bloedingen (24%) en sepsis (17%). Tegelijkertijd zijn HIV en AIDS met respectievelijk 54 en 40% de meest gangbare onrechtstreekse oorzaken van moedersterfte, terwijl bloedarmoede ook vrij veel voorkomt bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd (54%)<sup>18</sup>.

Met betrekking tot andere zaken van SRHR worden er enorme stijgingen vastgesteld van het ARV-bereik, nu bijna 600.000 volwassenen ARV toegediend krijgen. De kloof tussen mensen die de behandeling krijgen (en blijven krijgen) en mensen die eigenlijk behandeld moeten worden/blijven is echter nog altijd aanzienlijk. Die kloof is nog des te groter bij kinderen en adolescenten, en voor het centrale en noordelijke deel van het land in het algemeen.

<sup>17</sup> Analyse van de pre-, intra- en postpartum zorg is hoofdzakelijk gebaseerd op PESS, 2014-19, pp. 17-19.

<sup>18</sup> PESS 2014-19, pp. 8-9

Tezelfdertijd is er geen daling van de HIV-incidentie, zeker bij adolescente meisjes, terwijl retentie in de zorg tijdens en na de zwangerschap een uitdaging blijft. Co-infectie met TB-HIV stijgt ook - van 47% in 2007 tot 63% in 2011 - terwijl het aantal multiresistente TB-gevallen reeds gestegen was tot 1500 in 2011. Hierdoor was HIV, met een totale prevalentie van 11,5% in de leeftijdsgroep 15-49 jaar, verantwoordelijk voor 27% van de algemene sterfte in Mozambique in 2012. De screening voor baarmoederhalskanker en gratis medicatie en preventieprogramma's voor zowel baarmoederhals- als baarmoederkanker werden recent opgenomen in het SRH-programma van de Regering. Met 3,2 miljoen gemelde gevallen in 2012 was malaria verantwoordelijk voor 29% van het totale sterftcijfer in Mozambique dat jaar, vooral bij zwangere vrouwen en kinderen! Hier probeert het gezondheidssysteem de periodieke behandeling van zwangere vrouwen, na een absoluut dieptepunt in de periode 2010-11 (13,5%), terug naar een aanvaardbaar niveau te brengen. Daarenboven daalde de combinatietherapie met artemisinine voor kinderen met koorts van 26% in 2008 tot 15% in 2011<sup>19</sup>, terwijl de periodieke preventieve behandeling van zwangere vrouwen, zoals reeds vermeld, ook daalde van bijna 70% in 2009 tot 44% in 2014<sup>20</sup>.

Op het vlak van HRH heeft Mozambique in het algemeen al enorme vooruitgang geboekt. Tussen 2000 en 2010 verdubbelde het land het aantal personeelsleden werkzaam in de gezondheidszorg van 15.920 naar 34.507. Het huidige opleidingsplan droeg bij tot dit opmerkelijke resultaat. Het legde zich vooral toe op het creëren van nieuwe opleidingsfaciliteiten en post-graduaatsopleidingen voor specifieke vaardigheden, met bijzondere nadruk op professionele managers voor het middenkader. Ondanks deze vooruitgang telde Mozambique in 2014 nog altijd slechts 70,9 personeelsleden werkzaam in de gezondheidszorg per 100.000 inwoners<sup>21</sup>, wat ver af staat van het minimum van 230 per 100.000 volgens de WGO-richtlijnen. De verdere stijging van het personeel in de gezondheidszorg zal nog structurele hindernissen moeten overwinnen. De endogene groei gaat immers te langzaam, terwijl het behouden van personeelsleden in de gezondheidssector in een heel competitieve omgeving met hoofdzakelijk de privé- (non-profit) sector een probleem blijft. Dit is nog meer het geval voor de personeelsleden van de hogere niveaus. De universiteiten leveren jaarlijks nog altijd slechts 200 artsen af! Ook op het vlak van preventieve geneeskunde, voeding en ondersteunende diensten blijft er een enorme schaarste aan goed opgeleid personeel. Er moeten veel meer verpleegkundigen en ander personeel uit de gezondheidssector opgeleid worden, vooral via technische en beroepsopleiding, terwijl de kwaliteit en uitgebreidheid van hun opleiding aanzienlijk verhoogd moeten worden. Parallel hiermee moet het absorptievermogen van het gezondheidssysteem verbeterd worden, vermits dit thans slechts 1000-1500 personeelsleden per jaar bedraagt. De huidige strategie om dit probleem gedeeltelijk op te lossen bestaat erin een groot deel van het personeel aan te werven buiten het eigenlijke geformaliseerde systeem, het zgn. *fora do quadro*, dat vooral met externe middelen gefinancierd wordt. De problemen die deze strategie veroorzaakt, blijken binnen de sector ernstige instabiliteit te veroorzaken.

Ook het feit dat het merendeel van het personeel van de gezondheidssector zich in hoge mate om en rond de belangrijkste bevolkingsgebieden van het land concentreert, vormt een groot probleem. Dit wordt nu aangepakt door een meer verplichte spreiding van het personeel over het land. De erg lage personeelsaantallen waarvan veel van de voorheen gemarginaliseerde gebieden in het land moeten starten, leiden echter tot een erg langzame vooruitgang. De beste indicator voor de ernst van dit probleem is de afstand tot een eerstelijns-gezondheidsvoorziening in de verschillende provincies. In Tete blijft de afstand met 18km het grootst in vergelijking met de gemiddelde nationale afstand van 14 km en de kleinste afstand van 2 km in Maputo (stad). Dit oefent enorme druk uit op het hele verwijzingssysteem, dat onmogelijk doeltreffend kan werken in een context van dergelijke gigantische schaarse op het eerstelijnsniveau. Een andere strategie is gebaseerd op een toegenomen verschuiving van de taken naar gemeenschapswerkers, de zogenaamde polyvalente gemeenschapsmedewerkers, of naar zelf-organiserende gemeenschapsgroepen. Zij zijn reeds betrokken bij activiteiten inzake ARV en gezinsplanning. Het Mozambikaanse Ministerie van Volksgezondheid heeft ook een strategie ontwikkeld rond het betrekken van traditionele artsen, gezien hun wijdverspreide aanwezigheid, hun positie als vertrouwenspersoon in de gemeenschap en hun bewezen genezende vaardigheden. Zij worden bijvoorbeeld ingeschakeld als tussenpersoon voor het verdelen van anticonceptie (condooms)<sup>22</sup>.

Met betrekking tot de uitdagingen voor de financiering van de gezondheidssector, werd er in 2013 ongeveer 40 US\$ per capita uitgegeven aan gezondheid in Mozambique. Dit is een grote stijging ten opzichte van de

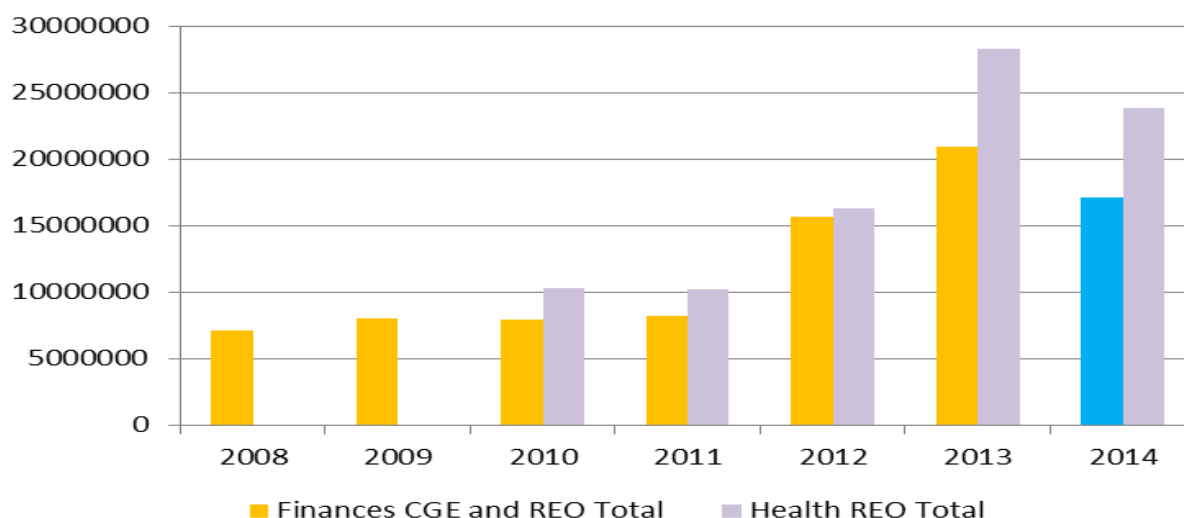
<sup>19</sup> De analyse in deze alinea is vooral gebaseerd op PESS, 2014-19, pp. 20-21 en MISAU, Avaliação Conjunta Annual do Desempenho do Sector de Saúde -2014, p.24.

<sup>20</sup> MISAU, Avaliação Conjunta Annual do Desempenho do Sector de Saúde -2014, p. 33 & Figura 9.

<sup>21</sup> MISAU, Avaliação Conjunta Annual do Desempenho do Sector de Saúde -2014, pp. 43-44 & Figura 16.

<sup>22</sup> PESS 2014-19, pp. 23-24

eerdere investeringsniveaus van 33 US\$ in 2012 en slechts 23 US\$ in 2010<sup>23</sup>. Dit is grotendeels te danken aan het feit dat de Mozambikaanse overheid besliste om terug een groter deel van haar begroting te spenderen aan gezondheid. In 2013 en 2014 werd tot 11,5% van de algemene staatsbegroting besteed aan gezondheid. Deze toegenomen investering heeft Mozambique over een belangrijke drempel geholpen. Het land financiert nu meer dan de helft, namelijk 56%, van zijn gezondheidsuitgaven.



In 2014 bedroeg het totale gezondheidsbudget 762,8 miljoen US\$, waarvan 44% afkomstig was van donoren, mede door donaties in natura van medicijnen en medische uitrusting<sup>24</sup>. Andere enorme bedragen van externe donoren of hun fondsen stromen echter rechtstreeks naar private non-profit dienstverleners, vooral internationale NGO's. Grote donoren en belangrijke multilaterale fondsen, waaronder GFATM, houden deze parallelle kanalen helemaal open. Zij gaan er immers van uit dat investeren via het publieke systeem nog steeds te veel fiduciaire risico's met zich meebrengt, terwijl ze het absorptievermogen van het publieke systeem in twijfel trekken. Een meer endogene uitdaging op dit vlak is de onvoldoende doorsijpeling van de staatsbegroting voor gezondheid naar de districten. In 2011 voerden de districten slechts 11% van deze begroting uit, terwijl zij volgens de wet eigenlijk een centrale rol moeten spelen in de dienstverlening inzake gezondheid. Tegelijkertijd maakt het feit dat dergelijke fondsen door de districten naar hun algemenere budget voor sociale ontwikkeling gesluisd worden, het nogal moeilijk om deze middelen en de doelen waarvoor zij uiteindelijk gebruikt zijn, te traceren. Ten slotte zijn bij de 13% totale gezondheidsinvesteringen private dienstverleners betrokken, en worden zij deels besteed in apotheken of voor contante uitgaven in de gezondheidsposten. Zelfs met het bijkomende geld van binnenlandse middelen blijft de *financieringskloof*<sup>25</sup> in de gezondheidssector aanzienlijk. Een raming voor 2016 voorspelde een kloof van 200 miljoen US\$. Dit zou betekenen dat, zelfs met de bilaterale steun van de donoren aan de sector, de financieringskloof iets meer dan 20% zou bedragen. Rekening houdend met het meest realistische scenario van instroom van externe fondsen om een deel van dit tekort te compenseren, komt de volledige kostenraming van het gezondheidsplan over de hele uitvoeringsperiode, d.i. 2014-19, nog steeds 1,48 miljard US\$ te kort<sup>26</sup>. Dit valt enerzijds te verklaren door de moeilijkheden die Mozambique ondervindt om ten volle aan zijn Abuja-engagement<sup>27</sup> te voldoen. Hier spelen o.a. de tegenstrijdige eisen van een hele resem evenzeer ondergefinancierde sociale en economische sectoren. Maar ook het nog steeds beperkte absorptievermogen van deze sector, op zijn beurt o.m. te wijten aan het gebrek aan voorspelbare financiering om ook op langere termijn en op grotere schaal structureel te investeren in de sector, helpt mee dit tekort te verklaren.

<sup>23</sup> <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>

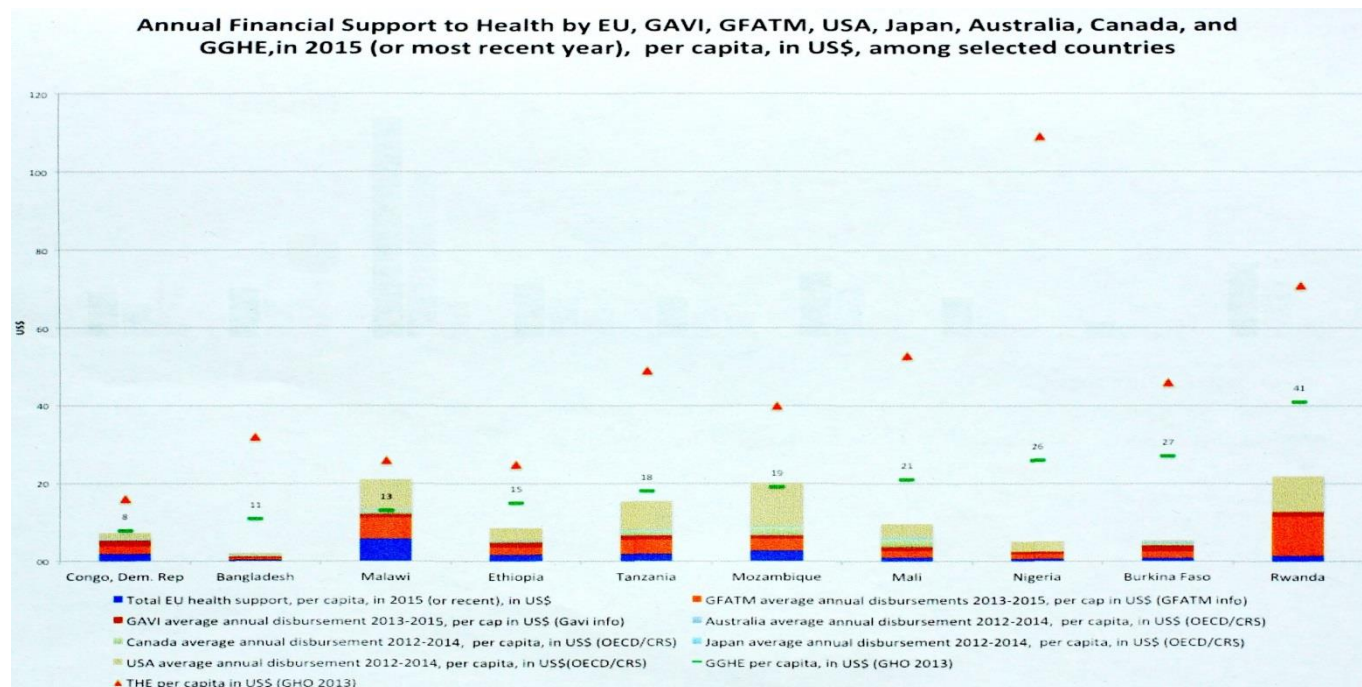
<sup>24</sup> Ramingen afkomstig uit A. MUSATTI, How to improve management of Mozambique's health budget and reduce the risks, maart 2014, <http://www.btcctb.org/nl/node/11724>.

<sup>25</sup> *Financieringskloof* = Het verschil tussen de massa aan geldelijke middelen die uit verschillende kanalen voorradig zijn en de geschatte nood aan in te zetten middelen om een doel te bereiken.

<sup>26</sup> PESS, 2014-19, p. 127.

<sup>27</sup> Op de Abuja-top van de Afrikaanse Unie van 2001 verklaarden de Afrikaanse regeringsleiders plechtig dat ze een doelstelling zouden opnemen om uiteindelijk op zijn minst 15% van hun respectievelijk nationaal budget in te zetten voor het versterken van de gezondheidssystemen in hun land. Het MvG dringt voor het realiseren van de doelstellingen van het vijfjarenplan van de Mozambikaanse Overheid opnieuw aan op het respecteren van dit engagement (Ministério da Saúde, Proposta PARP 2010-2014, p. 3).

Hierbij is het ook cruciaal om de impact op langere termijn van de lopende taakverdelingsoefening onder Europese donoren, de zgn. Division of Labour of DoL, op de (externe) financiering van de Mozambikaanse gezondheidssector te kunnen inschatten. Zo zal bijvoorbeeld het aantal donoren aanwezig in PROSAUDE waarschijnlijk dalen in de toekomst, terwijl er zich nog geen nieuwe donoren aangediend hebben om die donoren te vervangen die zich heel waarschijnlijk zullen terugtrekken. In het kader van deze interne Europese taakverdeling dient tenslotte opgemerkt te worden dat de Europese Commissie en Mozambique in hun lopende strategienota rond ontwikkelingssamenwerking 'gezondheid' niet als aandachtssector hebben weerhouden.





### 3. Context van de Vlaamse Ontwikkelingssamenwerking met Mozambique

#### 3.1. VLAAMSE ONTWIKKELINGSSAMENWERKING IN HET ALGEMEEN

De Vlaamse Overheid heeft de ambitie om, in nauwe samenwerking met haar internationale partners, bij te dragen tot een welvarende en democratische wereld. Daarom heeft Vlaanderen het bijdragen tot armoedebestrijding en de sociaaleconomische ontwikkeling van ontwikkelingslanden tot de algemene doelstelling van zijn ontwikkelingssamenwerking gemaakt. Als één van de meest welvarende regio's in de wereld wil Vlaanderen zo bijdragen tot het realiseren van de Doelstellingen inzake Duurzame Ontwikkeling. Tezelfdertijd is de Vlaamse Ontwikkelingssamenwerking in overeenstemming met de internationale akkoorden rond goed donorschap zoals die vastgelegd werden in de Verklaring van Parijs (2005); de Accra Agenda voor Actie (2008), het Busan Partnerschap voor Effectieve Ontwikkelingssamenwerking (2011) en de Europese Gedragscode inzake Taakverdeling onder donoren (2007). Zo concentreert Vlaanderen o.m. de geboden steun geografisch in de regio Zuidelijk Afrika en meer bepaald in zijn drie partnerlanden: Zuid-Afrika, Mozambique en Malawi; en sectoraal in "Toegang tot Gezondheid"; "Landbouw en Voedselzekerheid", "Jobcreatie en Ontwikkeling van KMMO's", en "Handel en Ontwikkeling"<sup>28</sup>.

#### 3.2. EVOLUTIE VAN DE FORMELE SAMENWERKING MET MOZAMBIQUE

Al sinds 2002 onderhouden Vlaanderen en Mozambique een nauwe samenwerkingsband. In dat jaar werd Mozambique immers het tweede officiële partnerland van de Vlaamse Ontwikkelingssamenwerking. De enorme sociale ravage aangericht door de HIV/AIDS-epidemie vormde de directe aanleiding om de hulp voornamelijk op de strijd tegen deze ziekte te richten. In 2004 werd een eerste formeel samenwerkings-protocol tussen de Vlaamse en Mozambikaanse regering ondertekend. Daarbinnen zou bijna alle aandacht naar dit belangrijke gezondheidsthema gaan. UNAIDS, het Instituut voor Tropische Geneeskunde van Antwerpen, het International Centre for Reproductive Health van Universiteit Gent en Artsen zonder Grenzen vormden in die periode de voornaamste uitvoerders binnen de samenwerking.

Sinds 2004 is de samenwerking tussen beide partners zowel in inhoud als in kwaliteit enkel toegenomen. De onderhandeling van de eerste Landenstrategienota (LSN I) betekende een grote stap voorwaarts. Deze strategienota werd in juni 2006 gelanceerd en vormde het kader voor de samenwerking tussen Vlaanderen en Mozambique voor de periode 2006-2010. Daarmee kwam men tegemoet aan de wettelijke vereiste om de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking met de concentratielanden van een dergelijk kader te voorzien<sup>29</sup>. Ook werd de samenwerking in lijn gebracht met de internationale criteria rond efficiëntie en effectiviteit van de ontwikkelingssamenwerking zoals die in 2005 in de Verklaring van Parijs<sup>30</sup> vastgelegd werden. Vanaf dan zou Vlaanderen via o.m. de SWAp-structuur de Mozambikaanse regering rechtstreeks ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van zijn eigen programma om van de gezondheidssector opnieuw een slagkrachtige sector te maken en om deze sector van nieuw, nog op te leiden gezondheidspersoneel te voorzien. De steun via indirecte en directe actoren bij de strijd tegen HIV/AIDS en voor het behoud van gemotiveerd en goed opgeleid gezondheidspersoneel en -gemeenschapswerkers werd tezelfdertijd in de provincie Tete verdergezet. Ook de bouw van gezondheidsinfrastructuur werd als deelsector opgenomen. Tezelfdertijd beslisten beide partners dat er ook binnen de Mozambikaanse onderwijssector - meer bepaald de subsector van het technisch en beroepsonderwijs - intens zou samengewerkt worden.

<sup>28</sup> G. Bourgeois, 2014-2019 Beleidsnota inzake Buitenlands Beleid, Internationaal Ondernemen en Ontwikkelingssamenwerking, pp. 40-49.

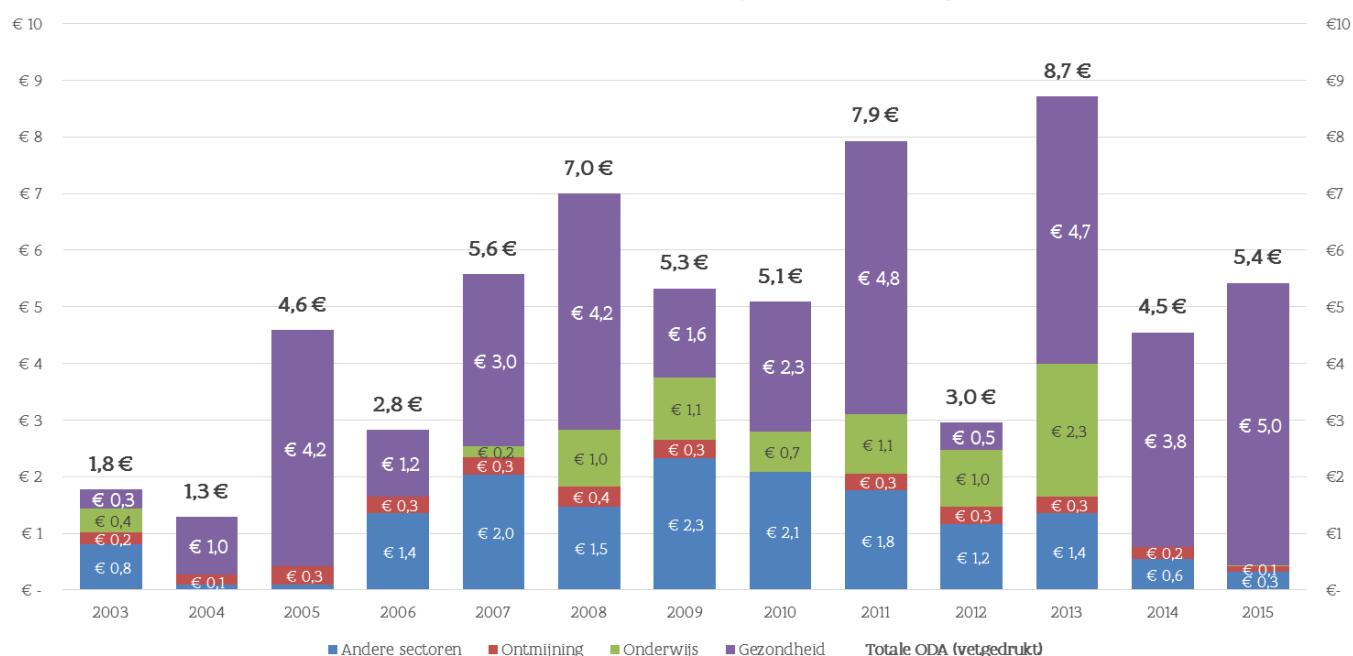
<sup>29</sup> Kaderdecreet op de Internationale Samenwerking van 22 juni 2007, hoofdstuk VI, art. 13.

<sup>30</sup> OESO, The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action, 2005/2008.

De tweede LSN, voor de periode 2011-2015, werd hoofdzakelijk opgesteld op basis van een beleidsevaluatie van de eerste LSN. Beide partners kwamen overeen om het sectorale concentratiebeleid verder te versterken door zich toe te leggen op één enkele sector met de hoogste toegevoegde waarde voor Vlaanderen, namelijk de gezondheidssector met, waar nodig, bijzondere aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid. Er werd echter ook aandacht besteed aan het verkennen van een eventuele intrede in de sector Voedselzekerheid/nutritie als dé hulpsector bij een multisectorale benadering van het thema 'toegang tot gezondheid'. Tijdens deze uitvoeringsperiode werd een strategischer toelevering van voldoende sectorale expertise georganiseerd ten voordele van het Ministerie van Gezondheid en de hele gezondheidsdonorengroep. Terwijl eventuele schaalvergroting en een programmatorische aanpak in de samenwerking aangemoedigd werden, werd er ook ruimte gecreëerd voor innovatieve initiatieven, zoals de verdere introductie van het model 'gemeenschapsgroepen voor ARV' in Tete en de TB-screening met behulp van rattentechnologie. De portefeuillebenadering, die een mengeling van verschillende hulpmodaliteiten bevat en de combinatie van steun aan de nationale overheid enerzijds, en aan provinciale initiatieven in Tete anderzijds, werd behouden. Men hield vast aan het zelfde jaarlijkse bestedingsniveau (5 miljoen EUR/jaar indicatief) voor de bilaterale samenwerking. Goed bestuur in Mozambique in het algemeen en binnen de samenwerking in het bijzonder, naast de opname van de andere transversale thema's van de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking, nl. gender, kinderrechten, hiv/aids en duurzame ontwikkeling, bleven de algemene beginselen binnen onze samenwerking, terwijl de strategie voor resultaatgericht beheer en risicomanagement binnen het ruimere bereik van wederzijdse aansprakelijkheid verder ontwikkeld werd. Tot slot werden de eerste pogingen ondernomen om de beste plaats van inspanningen tegen de negatieve impact van de klimaatveranderingen en een meer structurele vorm van noodhulp en humanitaire bijstand binnen de strategienota verder te bepalen.

Tot slot werden op de Jaarlijkse Consultatie van 28 mei 2015 tussen vertegenwoordigers van beide regeringen, de algemene principes bepaald voor de ontwikkelingssamenwerking onder de derde landenstrategie (zie bijlage). Deze principes zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aanbevelingen van de Tussentijdse Evaluatie van de Tweede LSN. Alle principes kregen een gepaste vertaling in dit document.

Bilaterale steun aan Mozambique (ODA, miljoen euro)



De (kwalitatieve) groei en toenemende diversificatie van de samenwerking tussen beide partners en de gewijzigde internationale consensus rond efficiënte en effectieve ontwikkelingssamenwerking noopten beide partners om hun algemeen samenwerkingsprotocol begin 2009 aan te passen. Beide partners beslisten dat de keuze van interventiesectoren niet langer unilateraal bepaald zal worden en niet langer beperkt zal blijven tot samenwerking op het vlak van de strijd tegen HIV/AIDS. Een volgend principe was grotere algemene conformiteit met de internationale principes aangaande efficiëntie en effectiviteit van ontwikkelingssamenwerking, nl. (1) eigen verantwoordelijkheid van het land; (2) stijgende harmonisatie en integratie van de Vlaamse ontwikkelingsinspanningen met de initiatieven en opvolgingsinstrumenten van andere donoren; (3) resultaatgericht beheer en (4) wederzijdse verantwoordingsplicht via monitoring en evaluaties. Er moet bovendien voldoende aandacht besteed worden aan de conformiteit met het Vlaams kaderdecreet voor ontwikkelingssamenwerking via (1) de onder voorgaand punt vermelde uitbreiding van de richtinggevende principes; (2) de verwijzing naar de noodzaak om bij te dragen tot het bereiken van de Millennium-Ontwikkelingsdoelen en (3) de opname van de voor de Vlaamse Ontwikkelingssamenwerking gedefinieerde transversale thema's: gender, HIV/AIDS, kinderrechten, goed bestuur en duurzame ontwikkeling. De portefeuillebenadering waarbij Vlaanderen andere vormen van samenwerking zou steunen, evenals het betrekken van allerlei actoren bij de uitvoering van de samenwerking, zoals multilaterale instellingen, indirecte actoren en trilaterale samenwerking, werd door beide partijen aanvaard. Het statuut van het in te zetten buitenlandse personeel wordt uitgeklaard en de plaats binnen de samenwerking van de LSN werd bepaald.

## 4. Indicatief Programma 2016-2020

### 4.1. DE VOORTZETTING VAN HET GEZONDHEIDSTHEMA ALS EXCLUSIEVE FOCUS

Vlaanderen en Mozambique beslisten om de toegang tot gezondheid als exclusieve focus te behouden. De relatieve meerwaarde die de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking kan bieden binnen het reeds druk bezette donorlandschap in Mozambique, bevindt zich nog steeds hoofdzakelijk in deze sector. Dit o.m. door de **binnen het Vlaamse territorium aanwezige en op ontwikkelingscontexten toepasbare expertise op dit vlak**. Een tweede criterium is, meer dan ooit, het **streven naar continuïteit** binnen de bilaterale samenwerking, vermits de eigenlijke praktijk na grondige evaluatie zijn effectiviteit bewezen heeft. Als derde, niet minder belangrijke criterium lag een **objectieve behoefteanalyse** bij de Mozambikaanse bevolking aan de basis van de exclusieve focus op het thema “Toegang tot Gezondheid” binnen deze Landenstrategienota. Binnen de ruimere gezondheidssector hebben Mozambique en Vlaanderen ook samen beslist de focus te behouden op seksuele en reproductieve gezondheid, door de enorme uitdagingen in deze subsector. In dit opzicht zal er bijkomende aandacht besteed worden aan de gezondheid van adolescenten, waarbij de klemtoon hoofdzakelijk, maar niet uitsluitend, op adolescente meisjes en jonge vrouwen (tussen 10-19 jaar) zal liggen. Deze klemtoon komt er op basis van de veel grotere kwetsbaarheid van deze bevolkingsgroep voor een ernstig nadelige gezondheidsimpact op dit vlak. Dit laatste in combinatie met de analyse van de dreigende kloof tussen de vereiste en de beschikbare internationale financiering voor gezondheid in Mozambique, als gevolg van het verlies van verschillende belangrijke donoren in deze sector.

### 4.2. DOELSTELLINGEN

#### 4.2.1. Algemene doelstelling

De ontwikkelingssamenwerking tussen Vlaanderen en Mozambique zal in de periode 2016-20 geleid worden door onze gezamenlijke opdracht. Deze luidt: het verder nastreven van het fundamentele recht op de **hoogst bereikbare gezondheidsstandaard** voor de hele Mozambikaanse bevolking in het algemeen, en voor de adolescente bevolking in het bijzonder, als **deelstrategie bij het terugdringen van de absolute armoede in het land**. Samen geven we hiermee uitvoering aan de missie van het Ministerie van Gezondheid van Mozambique (MvG), zoals die in zijn lopende strategisch plan voor de sector, het zogenaamde PESS, 2014-19, vertolkt wordt:

*“Het bieden van leiderschap in de productie en verlening van meer en betere basisgezondheidsdiensten die voor iedereen toegankelijk zijn, door een gedecentraliseerd gezondheidssysteem dat samenwerkingsverbanden toestaat, om de gezondheid en/of het algemeen welzijn van alle Mozambikanen te maximaliseren, waardoor zij een productief bestaan kunnen opbouwen dat naar persoonlijke en nationale ontwikkeling leidt”<sup>31</sup>.*

Tezelfdertijd sluit het algemene kader van de samenwerking perfect aan bij de rol die de Europese Unie en haar lidstaten voor zichzelf hebben bepaald binnen de internationale samenwerking gericht op het bevorderen van de mondiale gezondheid:

*“De EU heeft een centrale rol te spelen bij het versnellen van de vooruitgang voor wat de mondiale gezondheidsuitdagingen betreft, met inbegrip van de gezondheidsgerelateerde MDG's en de niet-overdraagbare aandoeningen, en dit doorheen haar engagement om het recht van ieder individu op de hoogst bereikbare standaard voor fysieke en mentale gezondheid te beschermen en te promoten. De raad benadrukt de gemeenschappelijk erkende EU-waarden van solidariteit bij het nastreven van gelijke en universele dekking door kwaliteitsvolle gezondheidsdiensten als de basis voor het beleid van de EU op dit terrein.”<sup>32</sup>*

<sup>31</sup> Ministério da Saúde, *Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2014-2019. O nosso maior valor é a vida*, p. xi.

<sup>32</sup> EU and Member States, *Council conclusions on the EU role in Global Health*, 3011th Foreign Affairs Council meeting, punt 4.

De tweede pijler van de strategie, naast de productie en verlening van meer en betere basisgezondheidsdiensten, heeft het over de **nood om het gezondheidssysteem te decentraliseren** om deze diensten voor iedereen toegankelijk te maken. Beide partners waren er van bij het begin van hun samenwerking reeds van overtuigd dat een dergelijke tweesporenaanpak, waarbij steun op nationaal niveau gecombineerd wordt met gerichte provinciale steun, inderdaad een absolute vereiste was om een sterk en performant gezondheidssysteem te verwezenlijken in een land zo groot en divers als Mozambique.

Het is daarom ook niet toevallig dat decentralisatie in principe als uitgangspunt genomen wordt voor de structurele en verregaande hervormingen die verder bepaald en uitgevoerd zullen worden binnen het gezondheidssysteem tijdens en na de uitvoeringsperiode van het huidige PESS<sup>33</sup>. Daarom zal provinciale steun, bij voorkeur gericht op de provincie Tete, behouden blijven als onderdeel van de portefeuillebenadering binnen de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking. Dit houdt in dat beide partners waar mogelijk, niet bezwarend en/of relevant, systematisch zullen proberen om de provincie Tete als begunstigde te betrekken bij hun gezamenlijke inspanningen. De keuze voor Tete is gebaseerd op overwegingen van continuïteit en betrouwbaarheid van de Vlaamse provinciale steun, een behoefteanalyse die enkele bijzondere kwetsbaarheden<sup>34</sup> van het gezondheidssysteem in Tete aantoon, en de mogelijkheid om strategisch samen te werken met andere gezondheidsdonoren.

Ten derde bevestigen beide partners hun analyse dat het gezondheidsthema als een **multisectoraal** gegeven **benaderd** moet worden. Daarbij vormt de gezondheidstechnische sector maar één instrument voor gezondheidsbevordering. Andere sectoren dienen dus betrokken te worden om de impact van onze inspanningen te bevorderen. Deze bijzondere nood aan een multisectorale aanpak wordt expliciet als een rechtstreeks gevolg van de goedkeuring van de visie van het PESS 2014-19 erkend. Deze strategie bepaalt immers dat de gezondheidssector zal bijdragen aan het maximaliseren van de gezondheid van alle Mozambikanen, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren, opnieuw als bijdrage aan de strijd tegen armoede en voor de bevordering van de algemene ontwikkeling van het land<sup>35</sup>. Tezelfdertijd hanteren de EU en haar lidstaten deze multisectorale aanpak als een goede praktijk van gezondheidssamenwerking met ontwikkelingslanden<sup>36</sup>. Maar ook bij de nieuwe globale strategie van de VN voor de bevordering van de gezondheid van vrouwen en kinderen wordt uitgegaan van de noodzaak van een multisectorale aanpak<sup>37</sup>. Ten slotte benadrukt de nieuwe 2030 ADO van de VN het belang van het stimuleren van dergelijke multisectorale benaderingen om op de belangrijke links tussen de bepaalde doelen en dimensies van duurzame ontwikkeling te kunnen kapitaliseren. Hoewel deze benadering complexer en veeleisender is, leidt zij tot betere en meer duurzame resultaten. Beide partners zijn het eens dat een dergelijke multisectorale steun omkadering zal krijgen van reeds bestaande multisectorale strategieën voor adolescenten.

#### **4.2.2. Specifieke doelstelling en subdoelstellingen**

De opgesomde basisprincipes van de samenwerking, met name (1) samenwerking rond het thema toegang tot gezondheid als een integraal onderdeel van een bredere strategie voor het bestrijden van de armoede, (2) de noodzaak van een tweesporen-aanpak waarbij nationale en provinciale steun gecombineerd worden en (3) de nood aan een multisectorale aanpak om de gezondheid bij adolescenten effectief te bevorderen, brengen ons bij het bepalen van de volgende specifieke doelstelling voor deze samenwerking:

*“Het bijdragen tot de ontwikkeling en de uitvoering van een efficiënt en effectief gezondheidsbeleid op nationaal vlak en in de provincie Tete met voldoende aandacht voor adolescenten.”*

<sup>33</sup> PESS 2014-19, pp. 47-48

<sup>34</sup> Tete haalt bijvoorbeeld de slechtste score op de cruciale indicator van afstand tot de dichtstbijzijnde gezondheidsvoorziening (18 km), één van de belangrijkste bijdragers aan (het gebrek aan) toegang tot gezondheidsdiensten, PESS, 2014-19, p.17.

<sup>35</sup> PESS 2014-19, pp. 35-36: “Esta afirmação (...) mostra o reconhecimento, por parte do sector, da importância do papel dos outros sectores na melhoria do estado de saúde, bem como destaca, implicitamente, a necessidade de colaboração intersectorial (...)”. Gelieve op te merken dat een dergelijke multisectorale aanpak ook deel uitmaakt van de basisprincipes inzake basisgezondheidsdiensten en samenwerkingsverbanden binnen het PESS (PESS, 2014-19, pp. 37-38).

<sup>36</sup> “...particular attention will be devoted to the four main health challenges (sexual and reproductive health, child health, communicable and non-communicable diseases) and to the multidimensional nature of health, with close links to gender, food security and nutrition, water and sanitation, education, and poverty.” EU and Member States, Council conclusions on the EU role in Global Health, 3011th Foreign Affairs Council meeting, 2010, punt 6.

<sup>37</sup> Ban Ki-Moon, Global Strategy for Women's and Children's Health, p. 5, pp. 7-8, p. 10 & p. 16.

en dit in combinatie met de volgende subdoelstellingen waaraan de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking haar eigenlijke meerwaarde wenst te ontlelen:

1. *Het bijdragen tot de verdere ontwikkeling van een kritische massa van goed opgeleide en gemotiveerde gezondheidswerkers, die voldoende vakkundig zijn om ook de adolescente bevolking doeltreffend te helpen;*
2. *Het bijdragen tot gedegen gezondheidsonderzoek en -monitoring van ziekten en epidemieën met, waar relevant en gepast, voldoende aandacht voor de onderbediende adolescente bevolking;*
3. *Het bijdragen tot het promoten van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van alle Mozambikanen, met bijzondere nadruk op de meest kwetsbare bevolkingsgroepen, in het bijzonder adolescenten, o.a. door de bevordering van een multisectorale benadering.*

Door deze doelstellingen te aanvaarden, zullen alle basisprincipes voor het verlenen van gezondheidsdiensten zoals bepaald door het hieronder vermelde PESS, de nodige aandacht krijgen. Dit via het verlenen van brede of specifieke steun en/of de manier waarop deze steun voorzien en gebruikt wordt:

1. Basisgezondheidsdiensten;
2. Gelijkheid;
3. Kwaliteit;
4. Partnerschap;
5. Maatschappelijke betrokkenheid;
6. Onderzoek en technologische innovatie;
7. Integriteit, transparantie en verantwoordingsplicht.

In combinatie met de principes zal de samenwerking ook bijdragen tot de realisatie van alle 7 strategische doelstellingen van het PESS, 2014-19<sup>38</sup>:

1. Het vergroten van de toegang tot en het gebruik van gezondheidsdiensten;
2. Het verbeteren van de kwaliteit van de verleende diensten (o.a. door een aanpak op maat van de gebruiker);
3. Het beperken van ongelijkheden in toegang tot gezondheidsdiensten op basis van geografische en sociale determinanten;
4. Het verbeteren van de efficiëntie in de verlening van gezondheidsdiensten en het gebruik van hulpbronnen (o.a. door integratie);
5. Het versterken van samenwerkingsverbanden voor het gezondheidsthema op basis van wederzijds respect;
6. Het vergroten van de transparantie bij en de verantwoordingsplicht over de manier waarop overheidsmiddelen gebruikt werden;
7. Het versterken van het Mozambikaanse gezondheidssysteem, o.a. door het ondersteunen van het decentralisatiebeleid.

Deze principes en strategische doelstellingen zouden alle Mozambikanen toegang moeten geven tot meer en betere diensten op korte termijn (eerste pijler van het PESS). Op middellange termijn zouden de gezamenlijke inspanningen van het MvG en al zijn partners moeten bijdragen tot een structurele hervorming van de gezondheidssector zelf, zodat de collectieve winst inzake dienstverlening en gezondheid volgehouden kan worden op lange termijn (tweede pijler van het PESS).

Tot slot verklaren beide partners dat de volgende hiaten van bijzonder belang zijn voor hun samenwerking:

1. de noodzaak om de vraag naar diensten op het vlak van de gezondheid van moeders te vergroten, mede door een bewustmakingscampagne;
2. de noodzaak om de kwaliteit van de dienstverlening inzake de gezondheid van moeders te verhogen, ook op het vlak van veilige abortus, en dit op een geïntegreerde manier;
3. de noodzaak om de Strategie voor Gezinsplanning uit te voeren, om ze voor iedereen toegankelijk te maken;

---

<sup>38</sup> PESS 2014-19, pp. 39-44.



4. de noodzaak om het beheer van het gezondheidspersoneel te verbeteren en het niveau van vermensenlijken van de dienstverlening te verhogen, met specifieke aandacht voor het kwaliteitsvol onthaal van adolescente gebruikers en voor het tegemoet komen aan hun noden;
5. de noodzaak om de duurzaamheid en het goede financiële beheer van de sector te verzekeren, door het versterken van de institutionele capaciteit op alle niveaus en door het consolideren van de mechanismen van partnerschappen en van acties tegen corruptie op alle niveaus.

### 4.3. TRANSVERSALE THEMA'S

De partners zullen bij het programmeren en realiseren van hun samenwerking de transversale thema's 'gender', 'HIV/AIDS' en 'goed bestuur' volledig binnen hun ontwikkelingssamenwerking integreren. Het is de belangrijk op te merken dat er, indien nodig, ook specifieke financiering voorzien kan worden binnen de initiatieven gesteund door de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking, om het werk rond deze transversale thema's concreter en zichtbaarder te maken. Daarnaast zullen ook de andere, door het Vlaams kaderdecreet op de ontwikkelingssamenwerking gedefinieerde transversale thema's, met name kinderrechten, personen met een handicap en duurzame ontwikkeling, binnen alle door Vlaanderen ondersteunde projecten en programma's stelselmatig aandacht krijgen<sup>39</sup>. Tenslotte zal men, door elementen op te nemen in de (regionale) samenwerking, voldoende aandacht besteden aan de door de Mozambikaanse Overheid geïdentificeerde transversale thema's die niet met de Vlaamse thema's overlappen<sup>40</sup>.

### 4.4. STRATEGISCHE AANPAK

#### 4.4.1. Sectorale begrotingssteun blijft het bevoorrechte instrument

Een sterk en voldoende gefinancierd gezondheidssysteem vormt dé basisvoorwaarde om in de toegang tot gezondheid duurzame vooruitgang te kunnen boeken. Daarbij moet het overgrote deel van de inspanningen op één enkele, door de Mozambikaanse Overheid zelf uitgetekende strategie worden afgestemd. Ook de administratieve en technische uitvoering van dit sectorbrede programma moet zoveel mogelijk door deze Overheid en haar instellingen worden gecoördineerd.

De hulpmodaliteit die een dergelijke horizontalisering binnen de gezondheidssector het beste dient, is ongetwijfeld de sectorbrede benadering voor de gezondheidssector: de SWAp-gezondheid. De EU en haar lidstaten zijn dan ook het engagement aangegaan om alvast:

*"(...) daar waar mogelijk twee derde van hun jaarlijkse gezondheidsbijdragen via programmatorische samenwerking naar de partnerlanden te kanaliseren. Daarbij zal men op zijn minst 50% van deze middelen via landeigen systemen, met inbegrip van het mechanisme van de sectorale budgethulp, inzetten. Tegelijk zullen ze de noodzakelijke voorspelbaarheid op middellange termijn nastreven om het ontwerpen en uitvoeren van de nationale gezondheidsstrategieën te faciliteren<sup>41</sup>.*

Beide partners komen dan ook overeen om een significante bijdrage van minstens 2 miljoen EUR per jaar te programmeren voor PROSAUDE of voor zijn opvolger als die grotendeels dezelfde kenmerken heeft als PROSAUDE. Er zullen bijkomende middelen voorzien worden om ervoor te zorgen dat Vlaanderen een betrouwbare partner blijft in de lastenverdeling binnen de groep gezondheidspartners, waarbij het technische ondersteuning verleent aan strategische werkgroepen.

#### 4.4.2. Aandacht voor specifieke subsectoren

##### *Gezondheidspersoneel (HRH)*

Mozambique heeft te stellen met wat wereldwijd als één van de ergste crises op het vlak van beschikbaar gezondheidspersoneel (HRH) wordt beschouwd. Het gebrek aan voldoende geschoold personeel belemmert de vooruitgang in zowat elk onderdeel van de gezondheidszorg. Er werd berekend dat, bijvoorbeeld voor het

<sup>39</sup> Vlaams Kaderdecreet op de Ontwikkelingssamenwerking van 13 juni 2007, Hoofdstuk III, art. 10.

<sup>40</sup> PARPA II, pp. 61-72. PQG, pp. 100-110.

<sup>41</sup> EU and Member States, Council conclusions on the EU role in Global Health, 3011th Foreign Affairs Council meeting, punt 9.

eerste jaar van de uitvoering van deze LSN, de verhouding tussen het noodzakelijke versus het beschikbare personeel 187% bedraagt voor huisartsen, 806% (!) voor gynaecologen en verloskundigen en ander hoger medisch personeel dat betrokken is bij de zorg voor moeder en kind, 608% (!) voor andere specialisten en 115% voor verpleegkundigen van de verschillende categorieën<sup>42</sup>. Beide partners zijn overeengekomen om op de verschillende niveaus van hun samenwerking ruime aandacht te besteden aan deze problematiek, om bij te dragen tot het vergroten van de inspanningen rond opleiding en motivatie van het gezondheidspersoneel.

Dit personeel zal ook geleidelijk aan vaardigheden en infrastructuur verwerven die aangepast zijn om ook voor adolescenten op een aantrekkelijkere manier te zorgen. Dit maakt deel uit van de geplande inspanningen om de dienstverlening gebruiksvriendelijker te maken.

### *Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRHR)*

De Vlaamse Ontwikkelingssamenwerking ontleent een deel van haar meerwaarde aan haar werk op het vlak van SRHR<sup>43</sup>. Een belangrijk deel van de samenwerking zal specifiek voorrang geven aan de subsector van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, met voldoende aandacht voor de adolescente SRHR. Vooruitgang op dit vlak zal dan ook bijzondere aandacht krijgen bij de evaluatie van de algemene prestatie van het gezondheidssysteem.

Eventuele multilaterale en indirecte programma's die steun krijgen op dit vlak, zullen gebaseerd zijn op de relevante nationale plannen en strategieën, zoals het "Plan voor het versnellen van de vermindering van moeder- en borelingensterfte", en de specifieke nationale programma's voor SRH, voor de gezondheid van kinderen, voor HIV en AIDS en voor adolescente (SR) gezondheid<sup>44</sup>. De gegevensuitwisseling met de gezondheidsdiensten van de Mozambikaanse Overheid wordt ook gegarandeerd.

De focus mag dan wel op SRHR liggen. Dit verandert echter niets aan de erkenning dat de verdere integratie van dergelijke SRHR-initiatieven in de preventieve en curatieve (basis-)gezondheidsdiensten tegen belangrijke infectieziekten (vooral malaria en TB) en in de uitvoering van de vaccinatieschema's voor zuigelingen en moeders en de preventie en behandeling van met diarree gerelateerde aandoeningen en intestinale parasieten tegelijkertijd nagestreefd moet worden<sup>45</sup>.

Vanuit een globaal perspectief zal de samenwerking ook bijdragen tot de verwezenlijking van de globale doelen bepaald door de UN Global Strategy for Women's and Children's Health<sup>46</sup> en de doelstellingen 3 en 5 van het ruimere kader van de Doelstellingen inzake Duurzame Ontwikkeling binnen de 2030 ADO.

Tot slot zullen de meer specifieke inspanningen om een multisectorale benadering te bepalen en/of te stimuleren bij gezondheidsbevordering van adolescenten, zich ook in deze subsector situeren. Via deze samenwerking zullen één of meer van de volgende basisonderdelen van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten aangepakt worden die niet enkel via de gezondheidssector aangepakt kunnen worden<sup>47</sup>:

1. Complete seksuele en relationele vorming;
2. De strijd tegen HIV/AIDS en andere seksueel overdraagbare aandoeningen;
3. Het voorzien in de beste moderne methodes inzake gezinsplanning via diensten op maat van jongeren;
4. Het verbeteren van de genderverhoudingen en de strijd tegen gendergerelateerd geweld (GGG);
5. De strijd tegen schadelijke traditionele praktijken, zoals kindhuwelijken, huwelijken op jonge leeftijd en gedwongen huwelijken.

<sup>42</sup> PESS, 2014-19, Tabel 5, p. 126.

<sup>43</sup> Recent werd deze meerwaarde internationaal erkend door de Vlaamse Vertegenwoordiger aan te duiden als voorzitter van het 'Special Programma of Research, Development and Research training in Human Reproduction', dat gesponsord wordt door UNDP, UNFPA, UNICEF, WGO en de Wereldbank (<http://www.who.int/life-course/partners/human-reproduction/en/>).

<sup>44</sup> Zoals vermeld door het PESS, 2014-19, respectievelijk op pp. 51-53, p. 53, pp. 56-57 & p. 62.

<sup>45</sup> Voor deze strategische noodzaak tot integratie, zie African Union Commission, Maputo Plan of Action for the Implementation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights, 2007-2010, Maputo, 2006. En ook: PESS, p. 43, p. 45, p. 64, p. 68 & p. 86.

<sup>46</sup> Ban Ki-Moon, Global Strategy for Women's and Children's Health, p. 5, pp. 7-8, p. 10 & p. 16.

<sup>47</sup> Voor de noodzaak aan integratie, zie o.a.:

[http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/20100604\\_26thpcbthematicbackground\\_final\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/20100604_26thpcbthematicbackground_final_en.pdf). Merk ook op dat de strijd tegen HIV/AIDS, kinderrechten en gender tevens transversale thema's zijn voor de algemeen Vlaams-Mozambikaanse samenwerking.

## *Ondersteuning van 'evidence based medicine' (op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde geneeskunde) en gezondheidsmonitoring*

Teneinde de schaarse middelen voor gezondheid zo efficiënt en effectief mogelijk in te zetten zijn goede medische dataverwerking, epidemiologische monitoring en correct en ethisch uitgevoerd gezondheidsonderzoek onontbeerlijk. Enkel zo kan de overheid de juiste keuzes maken op het vlak van algemene prioritisering binnen het gezondheidsbeleid en de meest aangewezen behandelingsmethoden bepalen<sup>48</sup>. Een deel van de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking zal dan ook gericht zijn op de ondersteuning van de actor(en) die de meeste van de volgende diensten op een zo efficiënte en effectief mogelijke manier kan (kunnen) bieden:

1. Het monitoren van de gezondheidstoestand binnen het nationale territorium of een deel ervan, met voldoende aandacht voor de gezondheid van adolescenten, waar mogelijk en/of aangewezen;
2. Het beheer en de verspreiding van gezondheidsgegevens die van strategisch belang zijn voor het beleid en die voldoende uitgesplitst zijn volgens geslacht en leeftijd;
3. (Het toezien op) de kwaliteitscontrole van vaccins, geneesmiddelen, testen en gezondheidsdiensten;
4. Het beheer van medische referentielaboratoria;
5. Het verzorgen van snelle diagnostiek bij ziektes/de uitbraak van epidemieën;
6. De opleiding van onderzoekers en assistend personeel voor de laboratoria en de inzet van sneltesten;
7. Het verspreiden van gerichte gezondheidsinformatie naar de bevolking, met inbegrip van adolescenten, in het kader van de algemene gezondheidspromotie.

De Vlaams-Mozambikaanse samenwerking zal daarbij verder voorrang verlenen aan de steun voor onderzoek en monitoring op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg en rechten waarbij, waar mogelijk en relevant, de nodige aandacht zal gaan naar de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van adolescenten. In eerste instantie zal onderzocht worden hoe de versterking van het Nationaal Gezondheidsinstituut (INS) verder ondersteund kan worden als prioritaire partner op het vlak van gezondheidsonderzoek en -monitoring. Dit zal in grote mate bijdragen tot de duurzaamheid en mogelijke opwaardering op nationale en zelfs regionale schaal, van het werk op dit vlak<sup>49</sup>.

### *Samenwerking in de provincie Tete*

In principe zal de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking voorrang blijven geven aan de samenwerking in de provincie Tete en haar gezondheidsdistricten voor wat de ondersteuning van provinciale overheidsinstellingen, specifieke onderzoekstaken, NGO's die bijdragen tot de ontwikkeling van de voormelde subsectoren en mogelijke gezamenlijke programma's met andere donoren betreft. Deze keuze is gedeeltelijk gebaseerd op:

1. De erkenning door beide partners van het belang van een effectief decentraliseringsproces als een strategie om de performantie van de gezondheidssector te verbeteren;
2. De nood aan voldoende continuïteit binnen de provinciale steun;
3. Een analyse van de specifieke kwetsbaarheden van de gezondheidssector in deze provincie<sup>50</sup>.

Deze paragraaf is echter niet bedoeld om aan de provincie Tete de absolute exclusiviteit toe te kennen inzake lokale samenwerking.

#### **4.4.3. Indicatief programma voor de inzet van de middelen**

Indicatieve financiering van de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking voor de LSN III, 2016-2020
--

<sup>48</sup> Dit onderzoeksthema vormt dan ook één van de prioritaire aandachtspunten binnen het PESS (PESS, pp. 55-56). Maar ook binnen de Mozambikaanse Innovatiestrategie voor Wetenschap, Technologie en Innovatie komen gezondheidsonderzoek en zijn structurele noden aan bod, GoM, *Mozambique Science, Technology and Innovation Strategy (MOSTIS)*, 2006-2016, pp. 32-33.

<sup>49</sup> In de nasleep van de huidige ebolacrisis besliste de Franse ontwikkelingssamenwerking om de nationale gezondheidsinstellingen van bijzonder kwetsbare landen te verstevigen als beginpunt voor de verbetering van de totale capaciteit van de nationale gezondheidssystemen in deze landen, om dergelijke crisissen in de toekomst veel efficiënter te kunnen aanpakken. Deze instellingen zullen in een netwerk geplaatst worden dat de samenwerking tussen gelijke instellingen in deze landen en relevante Franse instellingen aanmoedigt.

<sup>50</sup> Tete heeft het op één na slechtste cijfer inzake aantal artsen versus aantal te bedienen inwoners (1/44.789 inwoners) en tegelijk de grootste gemiddelde afstand tot een gezondheidscentrum (18km).

Jaar	2016-2020
Bijdragen tot de ontwikkeling en uitvoering van een efficiënt en effectief algemeen gezondheidsbeleid*	11.000.000
Steun aan de provincie Tete	1.200.000
Bijdragen tot de verdere ontwikkeling van goed opgeleid en gemotiveerd gezondheidspersoneel en vrijwilligers op nationaal vlak en in de provincie Tete om zo o.a. de toegang tot en de aantrekkelijkheid van de gezondheidsdiensten voor de adolescente bevolking te verhogen.	4.500.000
Bijdragen tot het promoten van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, met specifieke aandacht voor adolescenten.	3.500.000
Aanmoedigen van multisectorale acties voor de bevordering van de gezondheid bij adolescenten.	1.500.000
Bijdragen tot gedegen gezondheidsonderzoek en monitoring van ziekten en epidemieën, met voldoende aandacht voor adolescenten.	2.500.000
Bevorderen van de verantwoordingsplicht en bewustmaking voor het recht van adolescenten op gezondheid en informatie, met inbegrip van de strijd tegen schadelijke traditionele praktijken.	800.000
<b>Totaal</b>	<b>25.000.000</b>

\* waarvan minstens 2 miljoen € per jaar uitbetaald wordt aan het gemeenschappelijk programma voor gezondheid

## 5. Uitvoering en opvolging van de Strategienota

### 5.1. VERTICALE COMPONENTEN BIJ DE UITVOERING

#### 5.1.1. Portefeuillebenadering

Bij de uitvoering van deze strategienota zal een portefeuillebenadering worden gehanteerd. Die benadering omvat:

- (1) verschillende financiering- of uitvoeringsmodaliteiten;
- (2) verschillende administratieve uitvoeringsniveaus (cfr. *supra* decentrale niveaus);
- (3) verschillende categorieën van uitvoerende actoren (directe, indirecte, multilaterale, ....)

in de samenwerking, waarbij deze op complementaire en wederzijds versterkende wijze met elkaar gecombineerd worden. Deze portefeuillebenadering staat garant voor de nodige flexibiliteit bij de besteding van de middelen en voor een zekere risicospreiding.

Om de kans op onvoldoende afstemming op de Mozambikaanse overheidsplannen te vermijden zal Vlaanderen elke beslissing om niet rechtstreeks via overheidsactoren te interveniëren aan de Mozambikaanse overheid meedelen en motiveren. Vlaanderen zal echter ook inspanningen aansturen om, samen met de Mozambikaanse overheid, (een) oproep(en) tot het indienen van voorstellen te lanceren rond thema's bepaald door de strategische aanpak. Van zodra de LSN III goedgekeurd is, zal er tussen vertegenwoordigers aangeduid door beide regeringen een speciale dialoog over deze werkwijze gestart worden.

Ook zal Vlaanderen er bij de ondersteunde actoren en organisaties op aandringen dat zij, als zij in Mozambique actief zijn, hun programma's zoveel mogelijk op de nationale plannen afstemmen en zo compatibel mogelijk maken met de administratieve procedures gehanteerd binnen de publieke gezondheidsdienstverlening.

#### 5.1.2. Integratie van aanpassing aan de klimaatverandering

De hoge kwetsbaarheid van Mozambique voor natuurrampen is bij uitstek klimaatgerelateerd. Iedere verandering in klimaatbepalende factoren en de algemene opwarming van de aarde kunnen dan ook verstrekken negatieve gevolgen hebben voor het land. Mozambique was dan ook één van de eerste landen die, met steun van de internationale gemeenschap, een Nationaal Actieprogramma voor Adaptatie (NAPA) ontwierpen<sup>51</sup>. Tezelfdertijd leeft bij beide partners de wens om de aanpassing aan de klimaatverandering maximaal in hun ontwikkelingsprogramma's te integreren. Bij de identificatie, het ontwerpen, uitvoeren en opvolgen van alle nieuwe programma's en projecten zullen de beoogde ontwikkelingsresultaten systematisch op hun klimaatgevoeligheid worden getoetst, en zal men, indien nodig, deze projecten en programma's bijsturen. Ook zullen passende beheersmaatregelen voor klimaatrisico's bij kwetsbare projecten en programma's worden voorzien. Gelet op de noodzakelijke schaal van de inspanningen voor de strijd tegen de klimaatverandering, zal dit thema ook via regionale initiatieven, gesteund door de Vlaamse Ontwikkelingssamenwerking (cf. *infra*), aangepakt worden.

### 5.2. IDENTIFICATIE VAN PROGRAMMA'S EN PROJECTEN

De aangewezen vertegenwoordigers van het Departement internationaal Vlaanderen (DiV), in nauwe samenwerking met de relevante Mozambikaanse autoriteiten (cf. *supra*), zijn verantwoordelijk voor de identificatie van de programma's en projecten die binnen het kader van deze LSN zullen worden uitgevoerd.

De projecten en programma's die nadien uitgevoerd worden door indirecte actoren, universiteiten of multilaterale organisaties zullen systematisch afgetoetst worden aan de afspraken gemaakt in deze LSN, aan hun overeenstemming met de in de relevante nationale strategienota's bepaalde prioriteiten van de Mozambikaanse overheid, en aan de door de 2030 ADO vooropgestelde doelstellingen en prioriteiten. Tot slot

<sup>51</sup> Ministry for the Coordination of Environmental Affairs, National Adaptation Programme for Action, Approved by the Council of Ministers at its 32nd Session, December, 04, 2007.

zal er systematisch een kostenbatenanalyse uitgevoerd worden van alle programma's en projecten die in aanmerking komen voor financiering door Vlaanderen.

Bij het opvragen van programma- en projectvoorstellen en bij de formulering van de definitieve programma- en projectvoorstellen, engageren de Mozambikaanse overheid en de Vlaamse overheid zich ertoe, zoveel mogelijk met bestaande formaten en/of voldoende actuele informatie van de uitvoerende partner te werken om zo de administratieve overlast maximaal te beperken.

### 5.3. DOCUMENTEN VOOR PROJECTUITVOERING

Voor elk programma of project – behalve voor PROSAUDE waarvoor het geldende gemeenschappelijke Memorandum of Understanding als programmaovereenkomst dienst doet – wordt in overeenstemming met de betrokken partner(s) een projectovereenkomst opgesteld. Deze overeenkomst specificeert minstens de belangrijkste voorzieningen met betrekking tot de programma's of projecten, zoals: het onderwerp van de overeenkomst, de taken met betrekking tot de uitvoering, de coördinatie en opvolging van het programma of het project, de bijdragen en verplichtingen van alle partners, de vrijmaking van fondsen, rapporten, opvolging en financiële doorlichtingen, inwerkingtreding, geldigheid, wijzigingen, beëindiging en geschillenbeslechting. De project/programmaovereenkomst dient een voldoende basis te vormen voor de opvolging, de controle en de evaluatie. Alle details met betrekking tot programma- of projectdoelstellingen, resultaten en de daarvoor noodzakelijk activiteiten zullen in een apart projectdocument worden gespecificeerd. Eventuele wijzigingen kunnen pas na onderling overleg goedgekeurd worden. Dit document zal als bijlage bij de project/programmaovereenkomst worden gevoegd.

Ook hier engageert DiV zich ertoe de administratieve last voor de uitvoerende partner maximaal te beperken en zal het bij voorkeur met de organisatie-eigen formaten van de partner werken. Bij projecten en programma's die door meerdere donoren gefinancierd worden, zal bij voorkeur gekozen worden voor geïntegreerde project- en programmavoorstellen.

Het Ministerie van Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking is bevoegd om, in naam van de Regering van Mozambique, de relevante documenten voor de projectuitvoering die overheidsactoren omvatten, mede te ondertekenen. DiV is bevoegd om, in naam van de Vlaamse Regering, de documenten voor de projectuitvoering te ondertekenen.

### 5.4. FINANCIERING EN BEGROTING

De bevoegdheid voor de Vlaamse programma- en projectfinanciering ligt bij de Vlaamse Minister bevoegd voor ontwikkelingssamenwerking. In naam van de Minister zal DiV voorzien in fondsen voor programma's en projecten die door beide Partijen zijn goedgekeurd. De financiering kan rechtstreeks of onrechtstreeks gebeuren. De precieze beschikbare budgetten zullen jaarlijks door DiV aan de Regering van Mozambique worden meegedeeld. De vastgelegde en bestede middelen zullen opgenomen worden in ODAMAZ. Ter gelegenheid van de Bilaterale Consultatie zal DiV ook steeds een overzicht geven van de vastleggingen en de bestede middelen.

Tijdens de looptijd van deze landenstrategie maakt Vlaanderen een gemiddeld jaarlijks budget van 5 miljoen EUR voor uitvoering vrij. Een bedrag van maximum 5% van dit budget zal beheerd worden door de lokale vertegenwoordiger om de kwaliteit van de identificatie, formulering, monitoring en evaluatie te verzekeren en om ad hoc technische bijstand te verlenen binnen de programma's die o.a. met Vlaamse fondsen gesteund worden.

Indien bijkomende middelen voor bilaterale samenwerking beschikbaar zouden zijn, zullen die binnen het algemeen kader van deze strategienota en bij voorkeur na overleg met de Regering van Mozambique worden besteed. DiV zal de Mozambikaanse Regering hiervan op de hoogte brengen.

### 5.5. RAPPORTERING



DiV sluit zich zoveel mogelijk aan bij de lokale systemen en procedures voor rapportering van de uitvoerende partnerorganisatie en/of bij systemen en procedures van andere donoren om de administratieve last voor de partner maximaal te verminderen. Voorwaarde is wel dat deze systemen en procedures voor rapportering een specifieke kwaliteitstoets door DiV kunnen doorstaan en dat de specifieke rapporteringsnoden van DiV voldoende geïntegreerd zijn of kunnen worden in de systemen/formats van de partner. De rapportering dient ook voldoende informatie te bevatten over de vooruitgang in de werkplannen die in de project/programmaovereenkomst zijn overeengekomen. De rapporten zullen daarbij minstens uit een voortgangsrapport en een financieel rapport bestaan. Dit voortgangsrapport zal op zijn beurt minstens voldoende kwaliteitsvolle informatie bevatten over:

- De eigenlijke resultaten in vergelijking met de geplande resultaten;
- Een samenvatting van hoe de fondsen uitgegeven zijn in vergelijking met het geplande budget;
- Een overzicht van eventuele wijzigingen in de resultaten;
- Een interne evaluatie van de noodzaak om veranderingen aan te brengen aan de werkplannen.

Het financiële rapport zal een voldoende overzicht geven van en inzicht in de uitgaven om het financiële beheer te monitoren in overeenstemming met het overeengekomen budget en de goedgekeurde werkplannen.

Indien, om welke reden ook, de behoefte zich toch zou voordoen om meer specifieke sjablonen voor rapportering te gebruiken, dan stelt DiV de eigen sjablonen voor inhoudelijke en financiële rapportering ter beschikking van de uitvoerende partner.

## 5.6. FINANCIËLE DOORLICHTINGEN

Als algemene regel zullen alle programma's of projecten regelmatig financieel worden doorgelicht. De modaliteiten voor de doorlichting worden over het algemeen bepaald in de project/ programmaovereenkomst. DiV kan een bijkomende doorlichting laten uitvoeren. De doorlichting wordt zoveel mogelijk afgestemd op de systemen van de partner in het geval van PROSAUDE. In geval van andere multidonor steun zal Vlaanderen deelnemen aan de overeengekomen gezamenlijke doorlichting. Als Vlaanderen de enige steunverlener is, zal de doorlichting moeten voldoen aan de relevante internationale standaarden. Wanneer Vlaanderen aan gemeenschappelijke programma's deelneemt, zal het ook bij voorkeur aan gemeenschappelijke doorlichtingen met de andere betrokken donoren deelnemen. Ingeval er onrechtmatige uitgaven geïdentificeerd worden bij doorlichtingen door de *Tribunal Administrativo* (administratief Rechtshof) of externe auditors, zal er geld terugbetaald moeten worden aan de Vlaamse overheid, of kan er geld afgetrokken worden van toekomstige uitbetalingen. De partners zullen overleg plegen en een open dialoog voeren om tot overeenkomst te komen.

## 5.7. OPVOLGING EN EVALUATIE

### **5.7.1. Opvolging en evaluatie op het niveau van de uitvoering**

De algemene verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het programma en de rapportering over de vooruitgang en de resultaten ligt bij de uitvoerende partners. DiV zal dit proces opvolgen. Samen met de partner en de andere donoren zal het behalen van duidelijk omschreven resultaten en de uitgave van middelen opgevolgd worden. Het monitoringproces zal bestaan uit regelmatige vergaderingen (met inbegrip van de Bilaterale Consultatie), plaatselijke inspecties en de hieronder beschreven mechanismen van verslaggeving.

Als algemene regel zullen alle programma's of projecten ook worden geëvalueerd. Wanneer Vlaanderen aan gemeenschappelijke donorprogramma's deelneemt, zal het enkel aan de gemeenschappelijk georganiseerde evaluaties deelnemen. Wanneer Vlaanderen bij een sectorale benadering aansluit, zal het de opvolging en evaluatie in overeenstemming brengen met de bepalingen en mechanismen die door de relevante Gedragscode en/of het Memorandum van Overeenstemming voor deze sectorale benadering zijn vastgelegd<sup>52</sup>.

<sup>52</sup> Voor een weergave van het huidige MoU in de gezondheidssector zie: <http://blogs.dfid.gov.uk/wp-content/uploads/2010/03/mou-final-version-30july08.pdf>. Er zal echter binnenkort een nieuw MoU goedgekeurd worden.

Wat het gebruik van indicatoren voor de opvolging van de directe bilaterale samenwerking op het niveau van de specifieke doelstelling en op het niveau van subdoelstellingen 1 (HRH) en 2 (SRHR) betreft, zal men grotendeels terugvallen op een verdere selectie van de relevante indicatoren gehanteerd binnen het prestatiekader voor de SWAp-gezondheid of binnen de voormelde relevante, specifieke programma's<sup>53</sup>.

Voor de opvolging van de resultaten binnen subdoelstelling 3 rond gezondheidsonderzoek en monitoring zullen de indicatoren verder bepaald worden van zodra de omvang van de steun beter vastgelegd is.

De indicatoren voor rechtstreekse steun op provinciaal niveau zullen bepaald worden na verder overleg met de provinciale overheid inzake de aard, doelstellingen en modaliteiten van de steun die zij voorrang willen geven, en met de andere donor(en) die reeds in dezelfde provincie actief is (zijn).

De overeenkomsten voor specifieke programma's en projecten die uitgevoerd zullen worden door indirecte of multilaterale actoren binnen de portefeuillebenadering zullen hun eigen schema voor opvolging en evaluatie moeten voorleggen. Zolang aan minimale kwaliteitsvoorwaarden voldaan is, zullen dergelijke schema's opnieuw zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de formats die eigen zijn aan de betrokken uitvoerende organisatie(s). Toch kan DiV er ook voor kiezen om gemotiveerde *ad hoc* evaluaties uit te voeren.

### **5.7.2. Opvolging en evaluatie op beleidsniveau**

Wat de opvolging en evaluatie van de SWAp-Gezondheid betreft, zal Vlaanderen deelnemen aan de beleidsdialoog met MISAU zoals die voor dit instrument gestructureerd is. Daarbij wordt de coördinatie door de leidende donor gerespecteerd en sluit men zich zo volledig mogelijk aan bij het principe dat de opvolging en evaluatie ervan collectieve oefeningen moeten zijn. Daarvoor zullen beide partners de verschillende, reeds gehanteerde instrumenten voor het toeleveren van voldoende sectorexpertise aan en het terugkoppelen van de resultaten van de decentrale en innovatieve initiatieven naar de SWAp-dialoog blijven evalueren. Maar ook nieuwe instrumenten kunnen daarvoor eventueel verkend en aanwend worden. Vlaanderen zal daarbij eveneens met de andere donoren blijven samenwerken om de standpunten en voorstellen die naar MISAU vertaald worden zo coherent en rechtlijnig mogelijk te houden.

Het permanente instrument bij uitstek voor de opvolging en evaluatie op beleidsniveau van de algemene samenwerking tussen de Vlaamse Regering en de Mozambikaanse Regering is evenwel de rechtstreekse beleidsdialoog tussen beide partners. Deze vindt vooral plaats tijdens de Bilaterale Consultaties. Tijdens de eerste Consultatie zal de start van de werkzaamheden in het kader van de LSN III worden beoordeeld. Waar nodig kunnen er in onderling overleg maatregelen genomen worden om bepaalde processen te versnellen en/of zwaartepunten te verleggen.

Via deze Consultaties zullen beide partners informatie uitwisselen over de vooruitgang maar ook problemen binnen de samenwerking, en dit vanuit een open geest van wederzijdse verantwoording en permanente verbetering. De Mozambikaanse Overheid zal kort verslag uitbrengen over de evoluties binnen het algemene beleid voor de gezondheidssector. Daarnaast zullen (1) de gezondheidsresultaten die reeds bereikt werden en (2) de gewenste resultaten voor de toekomst kort worden toegelicht.

Verder zal de dialoog zich toespitsen op het onderling bespreken van het beleid en de vooruitgang op de specifieke aandachtspunten waaraan de Mozambikaans-Vlaamse samenwerking haar meerwaarde ontleent, namelijk:

1. De algemene vooruitgang op het vlak van de opwaardering en het motiveren van gezondheidspersoneel in Mozambique en in Tete  
*Indicator: Aantal gezondheidswerkers, artsen, verpleegkundigen en gezondheidswerkers voor de gezondheid van moeder en kind, per 100.000 inwoners*
2. De algemene vooruitgang op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid van voornamelijk maar niet uitsluitend de adolescenten in Mozambique en in Tete;  
*Indicatoren: Aandeel geboorten in ziekenhuizen, % nieuwe gebruikers van moderne methoden van gezinsplanning, % adolescenten en jongeren die op HIV getest zijn in de gezondheidscentra*

<sup>53</sup> GoM, *Matriz de Desempenho do Sector Saúde: Metas Referentes ao Período 2008 – 2012*, versão actualizada, 2010.

3. De versterking van het gezondheidsonderzoeks- en monitoringsysteem;  
*Indicatoren: later te bepalen binnen de geïdentificeerde initiatieven, maar deze dienen betrekking te hebben op de efficiëntie/effectiviteit van de specifieke elementen van institutionele versteviging en/of dienstverlening binnen de uitvoerende organisatie die met Vlaamse middelen werkzaam is*

Complementair aan deze permanente beleidsdialoog zullen het Departement Internationaal Vlaanderen en de Regering van Mozambique in 2019 een externe, gezamenlijk gecoördineerde tussentijdse evaluatie (MTR) van de LSN III uitvoeren. Op basis van deze evaluatie zal men de vooruitgang in de uitvoering van de strategienota en haar algemene resultaten kunnen beoordelen. Ook zal de evaluator suggesties moeten aandragen om de nodige aanpassingen binnen de toekomstige samenwerking aan te brengen om deze efficiënter en effectiever te kunnen maken. De conclusies en aanbevelingen van deze externe evaluatie zullen op de laatste Bilaterale Consultatie binnen het kader van deze LSN onderling besproken worden.

### **5.7.3. Ondersteuning vanuit het Parlement en het maatschappelijk middenveld**

Beide partners zijn van oordeel dat het Parlement en het lokale maatschappelijke middenveld in een unieke positie verkeren om de verantwoordelijkheid te monitoren die de Overheid heeft op het vlak van het bestrijden van de absolute armoede<sup>54</sup> en van het realiseren van de fundamentele mensenrechten, waaronder het recht op de hoogst mogelijke standaard van gezondheid. Daartoe moeten beide voornoemde structuren echter over voldoende instrumenten en middelen beschikken en moeten hun capaciteiten ontwikkeld worden. Er zullen dan ook middelen voor deze belangrijke actoren vrijgemaakt worden om hen toe te laten:

- de efficiëntie en de effectiviteit van beleid en dienstverlening, ook voor adolescenten, en andere principes van goed bestuur binnen de Mozambikaanse gezondheidssector op te volgen;
- ongelijkheden binnen het recht op toegang tot de hoogst bereikbare standaard van gezondheid te identificeren en deze kenbaar en bespreekbaar te maken;
- alternatieve beleidslijnen voor te stellen aan de overheid.

Elke beslissing om specifieke initiatieven van het Parlement of het maatschappelijk middenveld te steunen, zal ook stipt meegedeeld worden aan de Mozambikaanse Regering.

---

<sup>54</sup> Bij de opstelling van het eerste plan tegen de absolute armoede PARPA I werd zo een platform van het maatschappelijk middenveld opgericht, het zgn. *Observatorio da Pobreza* dat de regering van Mozambique moet bijstaan bij het voeren van een open dialoog over goed bestuur in al zijn dimensies, het versterken van de beleidskeuzen, het verbeteren van de publieke dienstverlening en van de administratie en het verduidelijken van de rol van de Staat in een vrije samenleving: “Desde a fase da concepção do Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, PARPA, que o Governo de Moçambique tem procurado a participação e o diálogo com a Sociedade Civil. O Observatório da Pobreza foi criado com a intenção de se constituir uma plataforma para o debate aberto, entre o governo e a sociedade civil “como um instrumento vital para o aprimoramento da governação em todas as suas dimensões. A livre discussão dos problemas da população pode ajudar o governo a fortalecer as suas políticas, melhorar a provisão dos serviços públicos, melhorar a administração e clarificar o papel do Estado numa sociedade livre” (citaat van Luisa Diogo aangehaald in: G 20, *Relatório Anual da Pobreza*, 2004, p. 3.)

## 6. Risicobeheer

---

Wanneer er zich risico's zouden voordoen tijdens de uitvoering van de strategienota kan het zijn dat de Vlaamse partner een aantal maatregelen moet nemen om een goed beheer van zijn programma's en van de door zijn regering vrijgemaakte fondsen te waarborgen.

De volgende elementen moeten in overweging genomen worden:

- De principes van de *Verklaring van Parijs*, die wederzijds van toepassing zijn op zowel de Mozambikaanse als de Vlaamse Regering, moeten zoveel mogelijk worden nageleefd wanneer er veranderingen aan de steunmodaliteiten worden overwogen.
- Samen met de andere donoren zal Vlaanderen nauw toezicht houden op risicofactoren in al zijn samenwerkingsprogramma's en zal het, in dialoog met de Regering van Mozambique, ook met de andere donoren oplossingen proberen te vinden.
- In geval van objectief vastgestelde verminderde prestaties en/of een verhoogd bestedingsrisico van de door te storten middelen op het centraal niveau kan Vlaanderen de verleende fondsen heroriënteren door de financiële steun aan lokale overheden en/of aan niet-gouvernementele en internationale organisaties te verhogen. Deze moeten dan wel minstens een gedeelte van de doelstellingen en van de doelgroep met de oorspronkelijke directe bilaterale steun gemeen hebben. In dergelijk geval kan Vlaanderen ook beslissen het zwaartepunt van zijn samenwerking naar (een) andere sector(en) te verplaatsen die het algemene doel van deze LSN ondersteunt/ondersteunen. Dergelijke beslissingen zullen steeds stipt aan de Mozambikaanse regering worden meegedeeld. In dezelfde context zullen uitgaven die niet voor steun in aanmerking komen, onverwijld terugbetaald moeten worden aan de Vlaamse Regering.
- Ingeval de basisvoorwaarden (open dialoog, goed bestuur etc...) voor het besteden van de middelen in de provincie Tete niet (langer) aanwezig zouden zijn, kan Vlaanderen de directe steun progressief naar lokaal opererende NGO's of internationale organisaties heroriënteren indien zij de doelgroep en objectieven van het programmaopzet met de provinciale overheid delen.
- In het geval van een ernstige schok op bestuursvlak zal Vlaanderen moeten beoordelen of het absorptievermogen van Mozambique is aangetast. In extreme gevallen zal de steun misschien moeten worden teruggedroefd of bevroren. In overeenstemming met wat op dat moment mogelijk is, zal dit in overleg met de Regering van Mozambique alsook op basis van een evaluatie van de situatie door de internationale donorgemeenschap en, in het bijzonder, door de Europese Unie worden beslist.
- De meest kansarme bevolkingsgroepen van Mozambique blijven in elk geval de doelgroep van de voorliggende landenstrategie. De ultieme doelstelling van de samenwerking is nog altijd de meest kwetsbaren onder de Mozambikaanse bevolking te helpen om de risico's waarmee ze in hun dagelijks leven worden geconfronteerd, te beheersen en om hun eigen capaciteit op te bouwen om zo uiteindelijk de vastgestelde kwetsbaarheid te verminderen.

## 7. De Vlaams-Mozambikaanse Samenwerking buiten het indicatief programma

### 7.1. ALGEMEEN

Een nazicht van het indicatief programma binnen de LSN III volstaat niet om een volledig en transparant overzicht te verkrijgen van alle initiatieven die Vlaanderen in Mozambique binnen de looptijd van deze LSN zal ondersteunen. Daarom zal men binnen dit hoofdstuk de huidige financiële inspanningen toelichten die om diverse redenen buiten het indicatief programma van deze LSN gehouden worden. Met dergelijke initiatieven wil Vlaanderen in de eerste plaats zijn duurzaam engagement in het nieuwe partnerschap voor globale ontwikkeling, zoals omschreven in de 2030 ADO, verder concretiseren. Deels gaat het om aanvullende initiatieven die als hoofddoel hebben de bilaterale samenwerking te versterken, maar die daarbij via andere kanalen deels op Mozambique gericht worden. Andere, tot nog toe kleinere componenten worden ook op regionale schaal georganiseerd maar hebben voornamelijk tot doel de asymmetrische handelsrelaties in de regio en op globaal vlak te verminderen. Vermits de investeringsprioriteiten van de Vlaamse Regering kunnen verschuiven, is het volgende overzicht tijdsgebonden. Vragen over de omvang en de status van de specifieke initiatieven kunnen gesteld worden aan de Vlaamse vertegenwoordiger in Maputo.

### 7.2. REGIONAAL GEORGANISEERDE INITIATIEVEN

#### **7.2.1. Versterking van de gezondheidssamenwerking via multilaterale initiatieven**

Vlaanderen kiest ervoor de ondersteuning van de multilaterale organisaties in hoofdzaak in te zetten als aanvulling op de bilaterale samenwerking met de partnerlanden en -regio. Zo geeft Vlaanderen gewoonlijk een deel (1/3) van zijn middelen in de vorm van kernsteun voor de organisatie, terwijl 2/3 vrij geografisch of thematisch geoormerkt kan worden. Zo is Vlaanderen één van de belangrijkste donoren van het 'Speciale Programma rond Menselijke Voortplanting', HRP, ingebed in het departement 'Reproductieve Gezondheid en Onderzoek', RHR, van de WGO. Een tweede voorbeeld is de steun aan UNAIDS in het kader van de derde samenwerkingsovereenkomst met Vlaanderen. UNAIDS wordt immers beschouwd als de belangrijkste instelling op het vlak van een geïntegreerd antwoord op de HIV-hyperepidemie. Daarenboven legt de organisatie ook sterk de nadruk op preventie door gedragswijziging. Maar ook door het ijveren voor het wegwerken van barrières voor preventie en behandeling die besloten liggen in nationale wetgeving en sociale attitudes die leden van de kwetsbaarste groepen voor deze ziekte discrimineren, zoals mannen die seks hebben met mannen, druggebruikers maar ook vrouwen in het algemeen, speelt UNAIDS een onvergeloofbare rol in de multisectorale strijd tegen deze epidemie. Vlaanderen verbindt zich ertoe verdere informatie te verschaffen over de ontwikkeling en de resultaten van zijn multilaterale samenwerking die relevant zijn voor Mozambique tijdens de Bilaterale Consultaties.

#### **7.2.2. Rampenpreventie en –bestrijding en rehabilitatie**

Binnen Afrika staat Mozambique als derde meest kwetsbare land voor meervoudige weergeerelateerde risico's gerangschikt. Het krijgt inderdaad regelmatig te maken met massale overstromingen, cyclonen en droogtes<sup>55</sup>. In het kader van de inspanningen die Vlaanderen levert om ook zijn humanitaire hulp zo duurzaam mogelijk te maken, wenst het een deel van deze middelen voor een structurele benadering van rampenpreventie in de partnerlanden en dus ook in Mozambique in te zetten. Wanneer er een ramp gebeurt, zal Vlaanderen daarenboven extra inspanningen leveren om noodhulp te verstrekken en geld voor rehabilitatie vrij te maken. Voor het aanverwante domein van klimaatverandering zet de Vlaamse Regering zich o.a. in via een regionaal programma van de FAO voor de verdere ontwikkeling en bevordering van een klimaatvriendelijke landbouw in de regio Zuidelijk Afrika. Betrokken landen zijn: Mozambique, Zambia en Malawi.

#### **7.2.3. Handel en ontwikkeling en respect voor arbeidsnormen**

We nemen in het bijzonder nota van de inspanningen in het bredere kader van "Handel voor Ontwikkeling" waarmee men de verdere ontwikkeling van de competenties voor regionale en/of internationale export van de kleine of middelgrote producenten van de partnerlanden, al dan niet binnen het circuit van de fair trade, beoogt. Dit wordt via verschillende kanalen ingevuld. Zo zijn er de beurzen voor opleidingen rond

<sup>55</sup> PESS, figuur 1, p. 5.

havengerelateerde materies en diverse instrumenten die mikken op de productieverbetering voor het behalen van exportkwaliteit en een hogere meerwaarde van de productie bij de vermarkting. Een ander onderdeel draait rond het promoten van arbeidsnormen binnen de partnerregio. Hierbij wordt voornamelijk samengewerkt met de IAO.



## 8. Bibliografie

- ✓ African Union Commission, Maputo Plan of Action for the Implementation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights, 2007-2010, Maputo, 2006, [http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf), met zijn uitbreiding naar 2015
- ✓ Ban Ki-Moon, Global Strategy for Women's and Children's Health, <http://www.un.org/sg/hf/Global.StrategyEN.pdf>
- ✓ CHANDRA-MOULI V. et al, Programa Geração Biz, Mozambique, how did this adolescent health initiative grow from a pilot to a national programme, and what did it achieve, Reproductive health 2015, 12 :12, <http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/1/12>.
- ✓ CNCS, Global AIDS Response Progress Report, GARPR, Country Progress Report Mozambique, 2014.
- ✓ DANIDA, Mozambique, Health and Nutrition Sector Programme Support, HN-SPS Phase V(2012-2017, <http://mozambique.um.dk/da/~media/Mozambique/Documents/Content%20Danish/Danida%20Business/Full%20PD%20Jan%2013.pdf>.
- ✓ J.G. DIAS & I. TIAGO DE OLIVEIRA, Multilevel effects of Wealth on Women's Contraceptive Use in Mozambique, in: PLoS ONE, 10(3): e0121758, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0121758>.
- ✓ EU and Member States, EU Code of Conduct on Division of labour in Development Policy, [http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/code\\_conduite\\_labor\\_division\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/code_conduite_labor_division_en.pdf).
- ✓ EU and Member States, Council conclusions on the EU role in Global Health, 3011th Foreign Affairs Council meeting, [http://onetec.be/global\\_health/doc/Council%20Conclusions%20Global%20Health%20May%202010.pdf](http://onetec.be/global_health/doc/Council%20Conclusions%20Global%20Health%20May%202010.pdf).
- ✓ Governo de Moçambique, Plano para a Redução da Pobreza, 2011-2014, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2011/cr11132.pdf>.
- ✓ Government of Mozambique, Report on the Millennium Development Goals, Maputo, 2010.
- ✓ Government of Mozambique, Multisectoral Plan for Chronic Malnutrition Reduction in Mozambique, 2011-2014 (2020), Maputo, 2010.
- ✓ Governo de Moçambique & Parceiros de Cooperação, Memorando de Entendimento Relativamente ao PROSAUDE II, Maputo, 2008, <http://blogs.dfid.gov.uk/wp-content/uploads/2010/03/mou-final-version-30july08.pdf>.
- ✓ Government of Mozambique – European Community, Country Strategy Paper and National Indicative Programme for the period 2008-2013, [http://ec.europa.eu/delegations/mozambique/documents/eu\\_mozambique/023\\_annex\\_csp\\_mozambique.pdf](http://ec.europa.eu/delegations/mozambique/documents/eu_mozambique/023_annex_csp_mozambique.pdf).
- ✓ G 20, Relatorio Anual da Pobreza, Maputo, 2004, [http://www.iid.org.mz/\\_G20\\_relatorio\\_FINAL\\_.pdf](http://www.iid.org.mz/_G20_relatorio_FINAL_.pdf).
- ✓ HERA, Avaliação Final dos projectos financiados pela FICA no sector da saúde na província de Tete, Reet, 2010.
- ✓ HERA, Revisão Intercalar, Estratégia Nacional 2011-2015, Governo da Flandres e Governo da República de Moçambique, Reet, 2014.
- ✓ IHP+, Taking Stock Report, Mozambique, Lusaka, 2008, [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS\\_files/documents/mozambique\\_stock\\_taking\\_report\\_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/mozambique_stock_taking_report_EN.pdf).
- ✓ Instituto Nacional de Estatística, Inquérito de Indicadores Múltiplos, 2008, [http://www.unicef.org/mozambique/pt/UNICEF\\_Inquerito\\_Indicadores\\_Multiplos\\_2008\\_LR.pdf](http://www.unicef.org/mozambique/pt/UNICEF_Inquerito_Indicadores_Multiplos_2008_LR.pdf), Maputo, 2009.
- ✓ MISAU, Avaliação de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique, Maputo, 2009.
- ✓ MISAU, Avaliação Conjunta Annual do Desempenho do Sector de Saúde -2014, 2015.
- ✓ MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Plano Integrado para o Alcance dos Objetivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio, 2009-2012 (2015) , Maputo, 2008.
- ✓ MISAU, Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2014-2019, O nosso maior Valor é a Vida, Maputo, 2014.
- ✓ MJD, MISAU, MINED, Plano Estratégico do Programa Geração Biz 2014-2017, Dezembro 2013.
- ✓ MISAU, Direcção Nacional de Recursos Humanos, Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde, 2008-2015, Maputo, 2008.

- ✓ MISAU, Matriz de Desempenho do Sector Saúde: Metas Referentes ao Período 2008 – 2012, versão actualizada, 2010.
- ✓ MISAU, Direcção Nacional de Promoção de Saúde e controlo de Doenças, Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose em Moçambique para o Período 2008-2012, 2007, <http://www.misau.gov.mz/pt/programas/tuberculose>.
- ✓ Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Epidemiologia e Endemias, Programa Nacional de Controlo da Malaria, <http://www.misau.gov.mz/pt/programas/malaria>.
- ✓ MISAU, Avaliação Conjunta Annual do Desempenho do Sector de Saúde -2014, 2015.
- ✓ OECD-DAC, Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento, apropriação, Harmonização, Alinhamento, Resultados e Responsabilidade Mútua, 2005, <http://www.oecd.org/dataoecd/56/41/38604403.pdf>.
- ✓ OECD-DAC, Agenda para Acção de Acra, 2008, <http://www.oecd.org/dataoecd/58/59/41202060.pdf>.
- ✓ G. BOURGEOIS, Beleidsnota 2014-2019, Buitenlands Beleid, Internationaal Ondernemen en Ontwikkelingssamenwerking, <https://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2014-2015/g147-1.pdf>.
- ✓ USAID, Mozambique, Country Assisting Strategy, 2009-2014, [http://www.usaid.gov/mz/doc/plan/usa\\_moz%20assistance%20strategy%202009-14.pdf](http://www.usaid.gov/mz/doc/plan/usa_moz%20assistance%20strategy%202009-14.pdf).
- ✓ F. Vollmer, Mozambique's Economic Transformation, Are efforts to streamline the fragmented aid landscape undermined for good?, in: German Development Institute Discussion Paper 12/2013, [http://www.die-gdi.de/uploads/media/DP\\_12.2013.pdf](http://www.die-gdi.de/uploads/media/DP_12.2013.pdf).
- ✓ WHO, WHO country cooperation strategy, 2009-2013, Mozambique, Maputo, 2009, [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_moz\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_moz_en.pdf).
- ✓ WHO, Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health, A WHO Report on Inequities in Maternal and Child Health in Mozambique, Geneva, 2007, [http://www.who.int/social\\_determinants/media/inequities\\_maternal\\_child\\_health\\_mozambique\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/media/inequities_maternal_child_health_mozambique_2007.pdf).
- ✓ WHO, World Health Report 2008, Primary Health Care, No more than ever, Geneva, 2008, <http://www.who.int//whr//2008//whr08.en.pdf>.

### Bijlage 1: Algemene beginselen voor de opmaak van de derde LSN voor Ontwikkelingssamenwerking tussen de Vlaamse Regering en de Regering van Mozambique, 2016-2020

1. De uitvoeringsperiode van vijf jaar zal behouden blijven om de Vlaamse steun meer voorspelbaar en duurzaam te maken;
2. Een jaarlijks investeringsniveau van gemiddeld 5 miljoen EUR per jaar, dat leidt tot een totale investering van 25 miljoen EUR over de hele uitvoeringsperiode, wordt herbevestigd. Tot deze investeringen behoren niet de investeringen voor regionale initiatieven of die afkomstig van andere departementen;
3. Het principe van nationaal eigenaarschap zal maximaal gerespecteerd worden;
4. De exclusieve focus op de gezondheidssector vanuit een aanpak op basis van mensenrechten wordt verlengd. Dit omvat specifieke aandacht voor de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en/of voor de basisgezondheidsdiensten, en voor de verdere bevordering van gezondheidsbeleid op basis van wetenschappelijk onderzoek. Er zal de nodige aandacht besteed worden aan het nieuwe hulpparadigma dat voortvloeit uit de ontwikkelingsagenda na 2015, waarin actief gestreefd wordt naar links tussen de gezondheidsbevordering en activiteiten in andere sectoren dan de gezondheidssector;
5. Vlaanderen engageert zich voor een volledige deelname aan de dialoog van de gezondheidssector. Dit zal o.a. gebeuren door een belangrijke jaarlijkse investering in het gezondheidssectorfonds onder coördinatie van het Ministerie van Gezondheid, die vergezeld gaat van voldoende technische deskundigheid. In dit verband zal Vlaanderen ook deelnemen aan de lastenverdeling met de andere gezondheidspartners;
6. Een slimme mengeling van hulpinstrumenten en -modaliteiten, ook portefeuillebenadering genaamd, waarin ook de steun voor het nationale en het provinciale (Tete) niveau gecombineerd wordt, blijft tevens behouden. In dit verband zullen we de voorkeur geven aan initiatieven die een meer programmatorische aanpak en verdere opschaling mogelijk maken. Dit zal ons helpen de doeltreffendheid en relevantie van onze steun te verhogen, en de administratieve overlast te beperken. Er kan echter nog steeds wat budget voorzien worden voor het aansturen van pilootbenaderingen die een belangrijk potentieel voor bredere uitrol hebben. Om dit alles te verwezenlijken, zullen we de mogelijkheid onderzoeken om via oproepen tot het indienen van voorstellen te werken. MISAU zal ook systematisch bij deze inspanning betrokken worden;
7. Het ongebonden karakter van de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking zal bewaard blijven;
8. Vanuit een coherente benadering op basis van rechten, zullen verschillende transversale thema's in het hart van onze ontwikkelingssamenwerking geplaatst worden, met specifieke aandacht voor de bevordering van goed bestuur en gender, kinderrechten en HIV/AIDS. Alle andere transversale thema's, namelijk duurzame ontwikkeling en personen met een handicap zullen, waar relevant, de nodige aandacht krijgen. Belangrijke instrumenten in dezelfde context zijn de steun aan het Parlement van Mozambique en de onrechtstreekse samenwerking via het lokale maatschappelijke middenveld.
9. Er zal een volwaardige strategie voor resultaatgericht beheer en risicocontrole voorzien worden binnen het ruimere kader voor wederzijdse verantwoordingsplicht;
10. Waar relevant en/of mogelijk, zullen we ruimte voorzien binnen deze LSN voor de strijd tegen de negatieve impact van de klimaatverandering en voor onze inspanningen om in een meer structurele vorm van humanitaire hulp te voorzien. Dit zal o.a. gebeuren door de steun aan flankerende/regionale initiatieven waarvan de financiële middelen niet in mindering zullen gebracht worden van de middelen die vastgelegd zijn voor de eigenlijke uitvoering van deze LSN;
11. De knowhow verkregen uit de samenwerking met Mozambique moet ook de (gedeeltelijke) herhaling in andere (partner-)landen mogelijk moeten maken;
12. Een kostenbatenanalyse van de projecten en fondsen die Vlaamse steun ontvangen zal een belangrijk criterium vormen voor het opvolgen en evalueren van de ontwikkelingssamenwerking tussen Vlaanderen en Mozambique.

Bijlage 2: Punctueel advies van de tussentijdse evaluatie van de LSN II en hoe dit geïntegreerd is in de LSN III		
Nr.	Punt van advies	Manier van integratie
1	Versterk de <i>technische expertise/capaciteit inzake volksgezondheid binnen de Vlaamse Samenwerking</i> .	De expertise wordt verder extern verkregen en strategisch gepositioneerd.
2	Gebruik bijkomende financieringsbronnen op een flexibele manier, om <i>relevante activiteiten in Mozambique buiten de LSN op vraag</i> te financieren.	Alle bijkomende bronnen van regionale financiering zijn reeds toegewezen volgens een aparte logica waarmee de bilaterale samenwerking ook versterkt kan worden.
3	Optimaliseer het gebruik van de aanwezigheid van het <i>ITG in de volgende LSN</i> .	Het ITG zal betrokken worden aangezien de hier aanwezige expertise beschouwd wordt als integraal deel van de meerwaarde van de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking op het vlak van gezondheid.
4	Plan en voer een <i>gezamenlijk formuleringsproces</i> uit, om de <i>volgende LSN</i> zo goed mogelijk te <i>ontwerpen, op basis van duidelijke behoeften zoals die geformuleerd zijn door de rechtstreekse en onrechtstreekse begunstigen</i> .	Het ontwerp voor een experiment met een gezamenlijk bepaalde oproep tot indienen van voorstellen zal ontwikkeld worden en, na onderzoek door de juridische diensten en het kabinet, uitgevoerd worden.
5	Verplaats de <i>focus</i> , die tot nu toe exclusief op HIV/AIDS en Reproductieve Gezondheid lag, <i>naar basisgezondheidsdiensten/ basisgezondheidszorg in het algemeen</i> .	Beide partijen zijn overeengekomen dat een bijkomende focus op SRHR geldig blijft in de Mozambikaanse context. Verdere pogingen om SRHR te integreren, zullen echter ondersteund worden.
6	Blijf <i>WGO-MOZ</i> ondersteunen; echter wel duidelijk definiëren dat de flexibele cofinanciering van de cluster gezondheidssysteemversterking van het tweejaarlijks WGO-plan ook ' <i>basisgezondheidsdiensten/-zorg</i> ' moet omvatten.	De steun aan WGO-MOZ zal geëvalueerd worden om zijn blijvende relevantie en het beste strategische gebruik van zijn competenties en ervaring te beoordelen.
7	Hou M&E/onderzoek als specifiek thema aan, met een duidelijke focus op institutionele <i>steun aan actiegericht onderzoek</i> .	Werd als dusdanig geprogrammeerd.
8	Zet de <i>dialog</i> tussen de twee overheden betreffende <i>Prosaúde-steun</i> voort	Werd als dusdanig geprogrammeerd.
9	Het overwegen van de <i>verlenging van de samenwerking in Tete</i>	Werd als dusdanig geprogrammeerd.
10	<i>Terugkeren naar de steunmodaliteit in de Provincie Tete</i> . Het is aanbevolen de gezamenlijke uitvoering van <i>provinciale geïntegreerde gezondheidsplannen</i> op flexibele manier te ondersteunen.	Werd geprogrammeerd als strategische troef, maar de eigenlijke haalbaarheid vergt verdere analyse, o.a. door het veranderende donorlandschap.
11	<i>Wat de aanslepende projecten betreft</i> , werk daar samen met de projectmanagers om een duidelijk overzicht op te stellen van de <i>mijlpalen en verwachte resultaten/uitgaven</i> tegen eind 2015.	Lopend proces.
12	Identificeer meer opties voor de <i>delegatie van activiteiten</i> aan andere ontwikkelingspartners in de gezondheidssector.	Werd als dusdanig geprogrammeerd maar zal geval per geval beoordeeld worden.
13	<i>Maak meer gebruik van regelmatige, onafhankelijke projectevaluaties</i> (naast de financiële audits), om de eruit te trekken lessen te identificeren.	Werd als dusdanig geprogrammeerd.

14	Ontwikkel zo snel mogelijk een strategie om het <i>nachthospitaal</i> in Moatize volledig en op een <i>duurzame</i> manier in het gezondheidssysteem te integreren.	De integratie van het nachthospitaal in het gezondheidssysteem is aan de gang.
15	Gebruik het huidige steunproject - en de eventuele voortzetting onder LSN-3 - voor de ontwikkeling van <i>provinciale actiegerichte onderzoeksagenda's</i> , met volledige deelname van het lokale gezondheidspersoneel.	Werd geprogrammeerd als strategische troef, maar de eigenlijke haalbaarheid vergt verdere analyse, o.a. door het beoordelen van de kracht van lokale instellingen en/of nationale antennes.
16	Overweeg om M&E-systemen op <i>provinciaal vlak</i> te verstevigen, waarbij actiegericht lokaal onderzoek een belangrijke rol speelt.	Zie 10 & 15
17	Investeer in een <i>grotere administratieve capaciteit</i> , op een duurzame manier.	Door strikte budgettaire beperkingen zal dit niet mogelijk zijn.