

LANDENSTRATEGIENOTA  
VOOR ONTWIKKELINGSSAMENWERKING

**VLAANDEREN–MOZAMBIQUE  
2021-2025**

**Naar meer inclusiviteit en kwaliteit voor een betere  
gezondheid**

# Inhoud

<b>LIJST VAN AFKORTINGEN</b>	<b>4</b>		
<b>INLEIDING</b>	<b>6</b>		
<b>1. ONTWIKKELINGSSAMENWERKING TUSSEN MOZAMBIQUE EN VLAANDEREN</b>	<b>11</b>		
1.1. De Vlaamse ontwikkelingssamenwerking in het algemeen		11	
1.2. Evolutie van de Vlaamse samenwerking met Mozambique		12	
<b>2. SAMENWERKINGSPROGRAMMA 2021-2025: FOCUS OP INCLUSIEVE EN KWALITATIEVE GEZONDHEIDSZORG</b>	<b>14</b>		
2.1. Kadering van de focus in het beleid van de partners		14	
2.2. Uitdagingen en opportuniteiten in de gezondheidssector		16	
▪ Algemeen			16
▪ Algemene organisatie van het gezondheidssysteem			17
▪ Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten			17
▪ Gezondheidspersoneel			21
▪ Financiering van de gezondheidssector			23
▪ De gecombineerde impact van de gezondheids-, veiligheids- en klimaatcrisis			25
2.3. Strategische keuzes voor het samenwerkingsprogramma		26	
▪ Conclusies van de tussentijdse evaluatie			27
▪ Uitgangspunten			28
▪ Veranderingstheorie			29
2.4. Strategische aanpak bij de uitvoering van de veranderingstheorie		34	
▪ Kernwaarden: gender, goed bestuur, mensenrechten			34
▪ Integratie van aanpassing aan de klimaatverandering			35
▪ Schematische voorstelling van de uitvoering			35
▪ Basisveronderstellingen			37

<b>3. INDICATIEVE FINANCIERING VAN DE LSN IV</b>	<b>39</b>		
<b>4. BEHEER VAN HET PROGRAMMA</b>	<b>40</b>		
4.1. Bestuur		40	
4.2. Uitvoering		40	
4.3. Financieringsverbintenissen en uitbetalingen		42	
4.4. Opvolging, evaluatie en leren		43	
4.5. Risicobeheer		45	
<b>5. SAMENWERKING BUITEN DE LSN 2019-2023</b>	<b>47</b>		
5.1. Algemeen		47	
5.2. Regionaal georganiseerde initiatieven		47	
▪ Versterking van de gezondheidssamenwerking via multilaterale initiatieven			47
▪ Strijd tegen klimaatverandering, rampenpreventie en -bestrijding en rehabilitatie			48
▪ Ondersteuning voor economische welvaart			48
▪ Cultuur en wetenschap			48
<b>ANNEX</b>	<b>49</b>		
<b>REFERENTIES</b>	<b>53</b>		

## LIJST VAN AFKORTINGEN

<b>2030 ADO</b>	2030 Agenda voor Duurzame Ontwikkeling
<b>APE</b>	gemeenschapsgezondheidswerkers
<b>ARV</b>	antiretrovirale therapie
<b>ASRH</b>	seksuele en reproductieve gezondheid van adolescenten
<b>BC</b>	bilaterale consultatie
<b>BNI</b>	bruto nationaal inkomen
<b>BNP</b>	bruto nationaal product
<b>CGE</b>	algemene staatsbegroting (Conta Geral do Estado)
<b>CNCS</b>	Nationale Raad voor Coördinatie van hiv/aids
<b>DKBUZA</b>	Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken van de Vlaamse overheid
<b>LSN</b>	landenstrategienota
<b>EU</b>	Europese Unie
<b>FRELIMO</b>	Bevrijdingsfront van Mozambique
<b>GBiz</b>	speciaal programma voor de volgende generatie
<b>GFF</b>	mondiale financieringsfaciliteit (Global Financing Facility)
<b>GDI</b>	gendergerelateerde 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>GRN-SDG</b>	nationale referentiegroep betreffende de doelen voor duurzame ontwikkeling (Grupo de referência nacional para os objetivos de desenvolvimento sustentável)
<b>HDI</b>	index van menselijke ontwikkeling (Human Development Index)
<b>HDR</b>	rapport over menselijke ontwikkeling van de VN (Human Development Report)
<b>HIV/AIDS</b>	human immunodeficiency virus, acquired immune deficiency 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>IPM</b>	index voor multidimensionele armoede (índice de pobreza multidimensional)
<b>ITG</b>	Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen
<b>KMMO</b>	kleine, micro- en middelgrote ondernemingen
<b>MDM</b>	Democratische Beweging van Mozambique
<b>MINEC</b>	Ministerie van Buitenlandse Zaken en Samenwerking
<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 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>OECD-DAC</b>	ontwikkelingssamenwerkingscomité van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
<b>OS</b>	ontwikkelingssamenwerking
<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>PFM</b>	beheer overheidsmiddelen ( <i>Public Financial Management</i> )
<b>PLHIV</b>	mensen die leven met hiv
<b>PMTCT</b>	preventie van hivoverdracht van moeder op kind (Preventing Mother-to-Child Transmission)
<b>PROSAUDE</b>	Gemeenschappelijk programma voor de Gezondheidssector
<b>RENAMO</b>	Nationale Verzetsbeweging van Mozambique
<b>RCF</b>	Rapid Credit Facility
<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>SDG</b>	Duurzame Ontwikkelingsdoelen (Sustainable Development Goals)
<b>SGM</b>	seksuele en genderminderheden
<b>SISTAFE</b>	Staatssysteem voor de Financiële Administratie
<b>SGM</b>	seksuele en genderminderheden
<b>SRGR</b>	seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (Sexual and Reproductive Health and Rights)
<b>SWAp</b>	sectorbrede benadering, hier gebruikt als synoniem voor gemeenschappelijk fonds voor de gezondheidssector PROSAUDE
<b>TA</b>	technische assistentie
<b>tbc</b>	tuberculose
<b>THE</b>	totale gezondheidsuitgaven (Total Health Expenditure)
<b>VN</b>	Verenigde Naties
<b>UNAIDS</b>	Gezamenlijk VN-Programma tegen hiv en aids (Joint United Nations Programme on aidsAIDS)
<b>UNICEF</b>	Kinderfonds van de Verenigde Naties (United Nations Children's Fund)
<b>WGO</b>	Wereldgezondheidsorganisatie

# INLEIDING

Deze vierde landenstrategienota (LSN IV) kadert het meerjarige engagement voor de ontwikkelingssamenwerking tussen de Vlaamse en Mozambikaanse Regering voor de periode 2021-2025. De strategie kwam tot stand via gezamenlijk overleg tussen beide partnerregeringen, dat door COVID-19 virtueel plaatsvond. Zo bepaalden we in de periode juli-augustus 2020 de algemene principes voor onze toekomstige ontwikkelingssamenwerking (zie onder 2.3, kader 2). Deze principes zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aanbevelingen van de tussentijdse evaluatie (MTR) van LSN III (zie onder 2.3, kader 1). Alle principes krijgen een gepaste vertaling in dit document. Elementen uit een consultatie van het brede Vlaamse middenveld, parallel met het overleg dat van overheid tot overheid georganiseerd werd, zorgden voor de verdere onderbouwing van de principes.

In het algemeen behoudt de LSNIV de **exclusieve focus op het thema toegang tot gezondheid**. Tezelfdertijd bouwt ze voort op het werk dat beide regeringen in de derde LSN rond **gezondheidssysteemversterking en toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR)** voornamelijk voor **adolescente meisjes** als kwetsbare groep in Mozambique hebben opgezet. Dat werk wees echter uit dat er naast de vrouwelijke adolescenten nog andere groepen zijn, onder wie **mensen met een handicap of hiv, seksuele en genderminderheden (SGM), migranten en intern ontheemden**, die op het vlak van toegang tot SRGR uitermate kwetsbaar zijn. Sommige van die groepen overlappen zelfs met de oorspronkelijke doelgroep van adolescenten waardoor ze nog een sterkere, zogenaamde intersectionele kwetsbaarheid ervaren<sup>1</sup>. Daarnaast stelden we vast dat de (gepercipieerde) kwaliteit van de geleverde zorg een belangrijke rem zet zowel op de vraag naar zorg van de patiënt als op succes van de dienstverlening. De voornaamste projecten en programma's blijven daarom aan **toegang tot SRGR** gewijd. Daarbij **breiden we evenwel de specifieke doelgroep van adolescente meisjes naar die andere kwetsbare groepen uit**. We mikken ook op de **verhoging van de kwaliteit van de zorg** via onder meer **beter opgeleid en begeleid gezondheidspersoneel en -vrijwilligers** en via de introductie van **technologische en sociale innovatie**. Zo willen we uiteindelijk de vraag naar zorg binnen de volledige gemeenschap, inclusief de kwetsbare groepen, als de resultaten van de dienstlevering zelf verbeteren.

Daarnaast blijven we, zowel financieel als met technische assistentie, het **brede gezondheidssysteem structureel ondersteunen**. Uit overwegingen rond zowel efficiëntie als effectiviteit en duurzaamheid willen we onze focus op SRGR en de **dienstverlening** die daarmee gepaard gaat, zo veel mogelijk in een bredere visie op versterking van het hele gezondheidssysteem **integreren**. Daarenboven blijven we ijveren voor de **promotie van een op wetenschappelijk bewijs gebaseerd gezondheidsbeleid en uitvoeringspraktijk**. Die visie sluit ook nauw aan bij het verlangen van Vlaanderen om met zijn ontwikkelingssamenwerking **systemische verandering** te bewerkstelligen.

---

<sup>1</sup> Zie als voorbeeld: Light for the World & UNICEF, [Access to humanitarian aid for women and men, girls and boys with disabilities. Challenges and Recommendations A review of the access to humanitarian aid for women and men, girls and boys with disabilities affected by Cyclone Idai](#), Mozambique, 2019.

Beide regeringen zijn zich bewust van het groeiende risico op gezondheids crisissen die snel op elkaar volgen en die, zoals bij COVID-19, uitgroeien tot een pandemie. Een sterk gezondheidssysteem vormt hét cruciale element om een **dreigende epidemie en haar nefaste economische impact te voorkomen** en, indien nodig, zo snel en effectief mogelijk te **bestrijden**.

Noch het gezondheidssysteem louter versterken, noch zeer specifieke dienstverlening via indirecte actoren aanbieden kan een sluitende oplossing bieden voor het centrale probleem van de te beperkte toegang tot SRGR voor kwetsbare groepen in de Mozambikaanse samenleving. Sociale en economische factoren, grotendeels buiten het bereik van de gezondheidssector, blijven erg bepalend voor die toegang. Bovendien bestendigt het gebrek aan seksuele en relationele vorming en informatie de bestaande schadelijke opvattingen over een correcte man-vrouw-x-relatie, naast verschillende vormen van discriminatie en gebrek aan inclusie van leden van andere kwetsbare groepen. Mensen moeten dergelijke vorming en informatie, samen met constructieve voorbeelden uit verschillende hoeken en vanuit verschillende perspectieven, tegelijk ontvangen voor ze uiteindelijk overgaan tot de verandering van hun basishouding en gedrag ten opzichte van traditioneel kwetsbare groepen. Daarom moeten extra kanalen, zoals de sport- en cultuursector, de brede media en maatschappelijk georganiseerde groepen of gemeenschappen, organisaties en verenigingen en het hele onderwijs- en gezondheidssysteem zelf ingezet worden. Bijkomende aandacht zal dus gaan naar een **multisectorale aanpak**, waarbij sensibilisering en zeer specifieke dienstverlening vanuit verschillende sectoren en door verschillende actoren in een **multiactorpartnerschap** worden aangeboden. Die aandacht vormt opnieuw een doorvertaling van de visie op systemische verandering die de Vlaamse samenwerking promoot.

Ook het ontbreken van specifieke data die voldoende uitgesplitst zijn op het niveau van gender, leeftijd, socio-economische situatie enzovoort, houdt de kwetsbare groepen nog te zeer in onze blinde hoek. Dat laat niet toe om met onze nieuwe inspanningen de personen die tot nu toe het verst zijn achtergebleven, het eerst te bereiken. Daarom zullen we **meer uitgesplitste en gedetailleerde datavergaring** binnen en buiten de projecten promoten. Zo kunnen we de activiteit en de verantwoordingsplicht vanwege de Mozambikaanse Regering en haar partners aan die kwetsbare groepen verbeteren en verhogen. We gaan ook de **rechtenbenadering versterken** door de transversale aandacht voor die groepen en hun gelijke rechten binnen de verschillende steunmodaliteiten ingrijpend te vergroten. Daarnaast gaan we er nog beter en consequenter over waken dat de resultaten van onze aanpak binnen een dergelijke rechtenbenadering breed worden bekendgemaakt bij de relevante actoren, waaronder de lokale overheden, het middenveld en andere donoren.

De inspiratie voor onze nieuwe aanpak komt uit:

1. **het beleid van de Mozambikaanse overheid**, zoals bepaald in onder meer het Vijfjarig Programma van de Mozambikaanse Regering 2020-24 (PQG 2020-24<sup>2</sup>); het Strategisch Plan voor de Gezondheidssector 2014-2019 (PESS<sup>3</sup>), zoals verlengd tot 2024 per beslissing van de Coördinerende Raad van de Gezondheidssector van Mozambique; het Programma voor Seksuele en Reproductieve Gezondheid van adolescenten (ASRH);

---

<sup>2</sup> Governo da Moçambique, [Programa Quinquenal do Governo, 2020-24](#), 2020, p. 8 & pp. 10-13.

<sup>3</sup> MISAU, [Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2014-2019, O nosso maior valor é a vida](#), p. 32. (Vanaf nu: PESS, 2014-19.)

2. het **beleid van de Vlaamse Regering**, zoals vastgelegd in de Vlaamse Beleidsnota Buitenlands Beleid en Ontwikkelingssamenwerking 2019-2024 en het Vlaams Regeerakkoord 2019-2024<sup>4</sup>;
3. het **advies van de Nationale Referentiegroep voor de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen** (GRN-SDG) die het leveren van kwaliteitsvolle sociale diensten op een inclusieve manier als een van de zeven versnellers van ontwikkeling identificeerde<sup>5</sup>;
4. de bijzondere nadruk op gepaste aandacht voor de onbeantwoorde behoeften van kwetsbare groepen in de **2030 Agenda voor Duurzame Ontwikkeling** (2030 ADO) vanuit een benadering dat niemand achtergelaten mag worden, en de doorvertaling daarvan in een eerste Vrijwillig Nationaal Rapport over de Uitvoering van de 2030 ODA in Mozambique, de Vlaamse visienota over ontwikkelingssamenwerking anno 2030 en het Vlaams Kaderdecreet inzake ontwikkelingssamenwerking<sup>6</sup>;
5. **een analyse van de nog steeds zware ziektelast en beperkte, gemiddelde levensverwachting** als gevolg van o.m. de hiaten in dienstverlening in de gezondheidssector voor specifieke kwetsbare groepen van de Mozambikaanse bevolking, zoals adolescenten en andere groepen die al dan niet met die adolescenten overlappen;
6. de **numerieke aanwezigheid van individuen uit kwetsbare groepen** binnen de totale Mozambikaanse bevolking<sup>7</sup>.

De ondertitel van de LSN IV, namelijk **'Naar meer inclusiviteit en kwaliteit voor een betere gezondheid'** verwijst naar de voornoemde versneller van ontwikkeling, zoals geïdentificeerd door de GRN-SDG. De ondertitel zinspeelt ook op de gezamenlijke inspanningen van beide partijen om het algemene doel na te streven: **het gezondheidssysteem versterken om onder alle omstandigheden de gezondheid en het welzijn van alle leden van de Mozambikaanse bevolking, inclusief de kwetsbare groepen, te bevorderen.**

Met deze landenstrategienota vervullen beide partnerregeringen een gedeelte van hun **engagement om de 2030 ADO** uit te voeren met een focus op de hoofddoelen (SDG's) die hieronder schematisch weergegeven worden en wederzijds met elkaar verbonden zijn: SDG1 (Armoedebestrijding); SDG3 (Gezondheid en Welzijn); SDG 5 (Gender); SDG 10 (Ongelijkheid Verminderen); SDG 16 (Vrede, Rechtvaardigheid en Sterke Instellingen) en SDG17 (Multi-actorpartnerschappen):

---

<sup>4</sup> J. Jambon, [Beleidsnota 2019-2024 inzake Buitenlands Beleid en Ontwikkelingssamenwerking](#), p. 38. Vlaamse Regering, [2019-24 Vlaams Regeerakkoord](#), pp. 111-112.

<sup>5</sup> [Mozambique, Voluntary National Review of Agenda 2030 for Sustainable Development, 2020](#), pp. 24-25. (Vanaf nu: VNR Mozambique 2020)

<sup>6</sup> Zie: UN, Resolution 70/1, Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development, para 4; VNR Mozambique 2020, p. v; Vlaamse Regering en Vlaams Departement Buitenlandse Zaken, [Visienota: De Vlaamse ontwikkelingssamenwerking anno 2030, naar een nieuwe identiteit als partner in ontwikkeling](#), p. 7 & [Decreet kaderdecreet op de Internationale Samenwerking](#) van 22 juni 2007, zoals aangepast op 1 januari 2019, titel III, hoofdstuk I, artikel 4.

<sup>7</sup> Zo moest de schatting van het aandeel mensen met een beperking in de Mozambikaanse maatschappij na een eerste nationaal onderzoek en een modellering drastisch omhoog bijgesteld worden, namelijk van 1,8% in 1999 naar 6% of 1,2 miljoen individuen in 2009 (RAVIM & Handicap International Mozambique, [People with disabilities in the suburban areas of Maputo and Matola](#), Maputo, 2010, p. 14.).





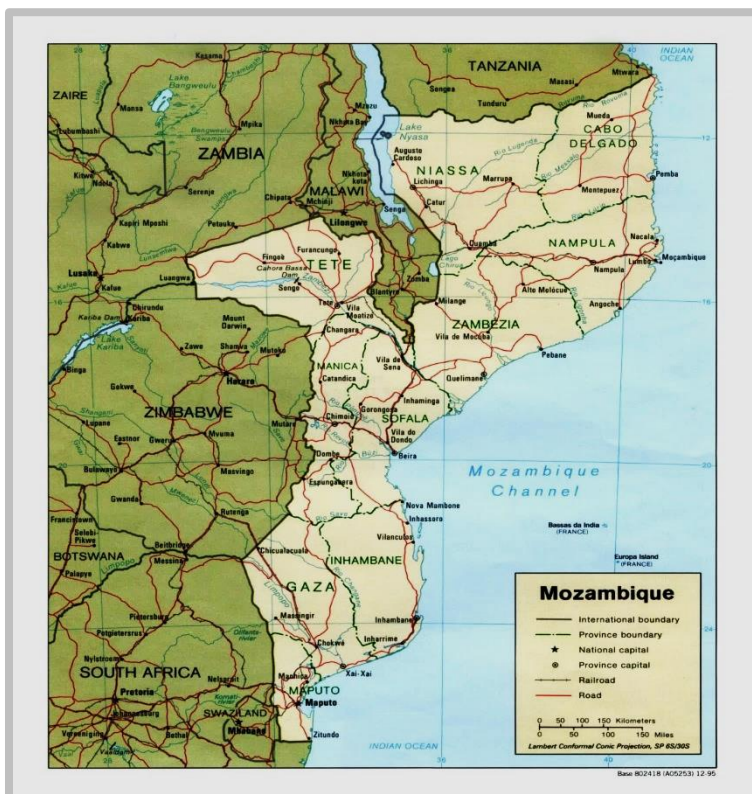
De algemene principes van de 2030 ADO en de beleidsoriëntaties van **gespecialiseerde multilaterale organisaties** die ervan afgeleid zijn, zoals WHO, UNFPA, UNESCO en UNAIDS, veronderstellen dat de partners:

1. **afstemming zoeken met de doelen en indicatoren van dit globale kader**, dat ook ingegeven is door de nationale strategie van Mozambique, om de agenda uit te voeren;
2. een **omvattende mensenrechtenaanpak** consequent centraal stellen;
3. **actief links zoeken** met werk voor andere dimensies, sectoren of doelen om gezondheid en welzijn breed te bevorderen (bijvoorbeeld onderwijs en gender);
4. de nadruk leggen op de **meest kwetsbare bevolkingsgroepen**;
5. **alle niveaus ondersteunen**, ook het lokale niveau en de individuele burger, om zo de meest kwetsbare en kansarme personen te bereiken;
6. naar een **datarevolutie** toewerken, zodat de beleidsmakers over de nodige instrumenten beschikken om hun agenda voor duurzame ontwikkeling en hun gezondheids- en welzijnsbeleid samen te stellen, uit te voeren en aan te passen;
7. **universele gezondheidsdekking** als overkoepelend concept centraal stellen bij het streven naar meer en betere gezondheidsdiensten voor alle leden van de Mozambikaanse samenleving, ook de allermindersten, zonder dat ze daarvoor te zware financiële inspanningen moeten leveren;
8. een **omvattend beleid dat gericht is op gezondheids- en welzijnsbevordering en gezondheidsbescherming** ontwikkelen en toepassen;
9. benaderingen promoten die op de **gemeenschappen gebaseerd** zijn, waarbij de **patiënt of persoon centraal staat**.

Ten slotte erkennen beide partnerregeringen dat een aangepaste werkwijze noodzakelijk is die om **diversificatie en innovatie** vraagt en die vaak heel **kosten- en inspanningsintensief** is, om de groepen te bereiken die gekenmerkt zijn door grote, doorgaans zelfs intersectionele kwetsbaarheid of discriminatie. Daarom zullen we **naast kwantitatieve ook kwalitatieve indicatoren** gebruiken om onze resultaten binnen de component 'verbreding van de toegang tot SRGR' van de LSN IV op te volgen.

Daarenboven zullen we een **portefeuillebenadering** hanteren. Daarbij vullen we onze **rechtstreekse steun aan de Mozambikaanse overheid** als belangrijkste component op strategische wijze aan met steun aan het **maatschappelijk middenveld, kennisinstellingen en multilaterale organisaties**. Ook de mogelijke bijdrage van de **privésector** zal onderzocht worden. Zo kunnen proefinitiatieven genomen worden met nieuwe, nog verder uit te testen benaderingen en met, waar nodig, rechtstreekse dienstverlening aan de doelgroep.

## MOZAMBIQUE IN EEN OOGOPSLAG<sup>8</sup>



officiële naam	Republiek Mozambique
regering	Presidentiële republiek, meerpartijensstelsel
administratieve verdeling	11 provincies, 154 districten
officiële talen	Portugees
munteenheden	Mozambikaanse metical
totale bevolking (2020)	30,066 miljoen inwoners
bevolkingsprognose (2030)	36 miljoen inwoners
afhankelijkheidsratio jonge leeftijd (0-14)	45%
levensverwachting bij geboorte (2016)	60,2 jaar (vrouwen 63 jaar; mannen: 57,1 jaar)
% bevolking onder de armoedegrens (2014)	63,7%
% bevolking onder de nationale inkomenslijn	46,1% (53,1% ruraal; 40,7% urbaan)
groei van het bbp (2019)	2,28%
bni per hoofd van de bevolking	460 actuele US\$
inflatie (2019)	2,8% (cfr. 2016: 17,5%)
rangschikking index menselijke ontwikkeling	180 van 182 lidstaten (HDI = 0,446)
Gini-index (inkomensongelijkheid)	45,6
rangschikking index genderongelijkheid (2015)	142 van 162 lidstaten (GII = 0,569)
tewerkstellingsgraad	78,5
jeugdwerkloosheid (% leeftijd 15-24)	6,8%
gemiddeld aantal jaren scholing	3,5 (meisjes 2,5, jongens: 4,6)
alfabetiseringsgraad volwassenen (% > 15 jaar)	56%
internetgebruikers (2017)	6,6% (mannen: 8,1%; vrouwen: 5,3%)
netto ODA (% bbp, 2018)	12,6%
rangschikking wereldwijde corruptie-index	146/180 (score: 26/100)

<sup>8</sup> Bron: INE Mozambique, Wereld Bank, UN Mozambique, HDR-UNDP, Transparency International

# 1

## ONTWIKKELINGSSAMENWERKING TUSSEN MOZAMBIQUE EN VLAANDEREN

### 1.1 DE VLAAMSE ONTWIKKELINGSSAMENWERKING IN HET ALGEMEEN

Naar aanleiding van de wereldwijde aanvaarding van de 2030 ADO op 25 september 2015 heeft Vlaanderen in 2016 zijn visie op en benadering van internationale samenwerking herbekeken en zijn kaderdecreet aangepast<sup>9</sup>. Bijdragen aan armoedebestrijding en aan de duurzame, sociaaleconomische ontwikkeling van ontwikkelingslanden is nu de algemene doelstelling van de ontwikkelingssamenwerking van Vlaanderen. Vlaanderen ging het Busan Partnerschap voor Effectieve Ontwikkelingssamenwerking (2011) aan en verklaarde zich akkoord met de nieuwe Europese Consensus voor Ontwikkeling (2017). De Verklaring van Parijs (2005) en de Accra Agenda voor Actie (2008) had het daarvoor al mee onderschreven<sup>10</sup>. Als een van de meest welvarende regio's in de wereld wil Vlaanderen bijdragen aan de realisatie van de 2030 ADO en de SDG's die erin opgenomen zijn. De principes en uitvoeringsmodaliteiten van die nieuwe visie zijn kort samengevat in de onderstaande figuur.



Momenteel concentreert Vlaanderen de geboden steun geografisch in de regio Zuidelijk Afrika en meer bepaald in zijn drie partnerlanden: Zuid-Afrika<sup>11</sup>, Mozambique en Malawi. De steun heeft betrekking op 'toegang tot gezondheid, inclusief SRGR', 'landbouw en voedselzekerheid', 'toekomstkansen van kwetsbare bevolkingsgroepen', 'algemene economische ontwikkeling', 'klimaatverandering' en 'humanitaire actie'<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Vlaamse Regering en Vlaams Departement Buitenlandse Zaken, [Visienota: De Vlaamse ontwikkelingssamenwerking anno 2030, naar een nieuwe identiteit als partner in ontwikkeling, 2016 & Decreet kaderdecreet op de Internationale Samenwerking](#) van 22 juni 2007, zoals aangepast op 22 februari 2016, titel II, artikel 3, §1.

<sup>10</sup> OECD-DAC, [The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action](#), 2008 & [The Busan Partnership for Effective Development Co-operation](#), 2011. [Gemeenschappelijke Verklaring van het Europees Parlement, de Raad en de Europese Commissie aangaande de nieuwe Europese consensus inzake ontwikkeling: "Onze Wereld Onze Waardigheid, Onze Toekomst"](#)

<sup>11</sup> De relatie met Zuid-Afrika zal in de jaren na 2020 geheroriënteerd en gediversifieerd worden naar een relatie die minder louter op ontwikkelingssamenwerking focust. Daarnaast zal een ander partnerland in Noord- of Oost-Afrika geselecteerd worden om er de grondoorzaken van migratie aan te pakken.

<sup>12</sup> J. Jambon, [Beleidsnota 2019-2024 inzake Buitenlands Beleid en Ontwikkelingssamenwerking](#), pp. 37-42.

## 1.2 EVOLUTIE VAN DE VLAAMSE SAMENWERKING MET MOZAMBIQUE

In 2002 werd Mozambique het **tweede officiële partnerland van de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking**. De sociale ravage die er aangericht was door de hiv/aidsepidemie vormde de directe aanleiding om de hulp voornamelijk op de strijd tegen die ziekte te richten. In 2004 werd een **eerste formeel samenwerkingsprotocol** tussen de Vlaamse en Mozambikaanse regering ondertekend. Daarbinnen zou bijna alle aandacht naar dat belangrijke gezondheidsthema gaan. Met de **eerste landenstrategienota 2006-2010 (LSN I)** werd tegemoet gekomen aan de wettelijke vereiste om in een kader te voorzien voor de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking met de concentratielanden<sup>13</sup>. De samenwerking werd ook afgestemd op de internationale criteria rond efficiëntie en effectiviteit van ontwikkelingssamenwerking, zoals in 2005 vastgelegd in de Verklaring van Parijs. Vanaf dan ondersteunde Vlaanderen rechtstreeks het programma van de Mozambikaanse regering om het gezondheidssysteem te versterken, onder meer door de sectorbrede benadering. Parallel daaraan zetten we via steun aan indirecte en directe actoren de initiatieven rond de strijd tegen hiv/aids en rond het behoud van gemotiveerd en goed opgeleid gezondheidspersoneel en -gemeenschapswerkers in de provincie Tete voort. Ook namen we de bouw van gezondheidsinfrastructuur als deelsector op. Binnen de subsector van het technisch en beroepsonderwijs werkten we intens samen. Via een financieel indicatief engagement van 25 miljoen euro en gemiddelde uitgaven van 5 miljoen euro per jaar nam de voorspelbaarheid van onze samenwerking aanzienlijk toe.

In 2009 verplichtten de (kwalitatieve) groei en de toenemende diversificatie van de samenwerking, net zoals de gewijzigde internationale consensus over efficiënte en effectieve ontwikkelingssamenwerking, beide partners ertoe om ook hun **algemene samenwerkingsprotocol aan te passen**. Vlaanderen besliste de keuze van interventiesectoren niet langer unilateraal te bepalen. Daarenboven namen we formeel de internationale principes aan over efficiëntie en effectiviteit van ontwikkelingssamenwerking van Parijs en inmiddels ook Acra: (1) eigenaarschap 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. Daarnaast werden de overige beginselen van het Vlaams kaderdecreet voor ontwikkelingssamenwerking geïntroduceerd, namelijk de opname van de transversale thema's gender, hiv/aids, kinderrechten, goed bestuur en duurzame ontwikkeling (opgeheven in 2019) enerzijds, en het bijdragen aan de realisatie van de Millenniumontwikkelingsdoelen (nu SDG's) anderzijds. Ook de portefeuillebenadering (cfr. infra) werd door beide partijen aanvaard. Ten slotte verhelderden we het statuut van het in te zetten buitenlandse personeel en bepaalden we de plaats van de LSN binnen de samenwerking.

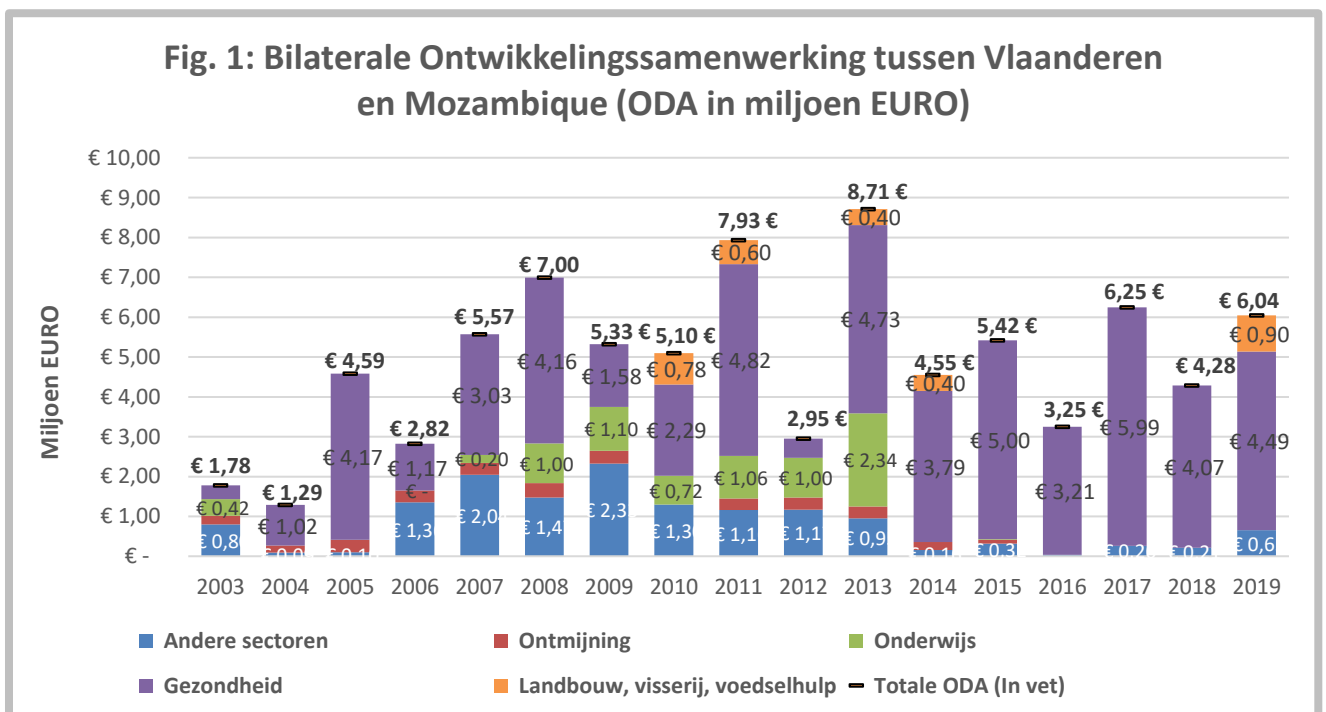
Voor de **LSN II 2011-2015** besloten beide partners het sectorale concentratiebeleid nog te versterken door zich toe te leggen op één enkele sector met de hoogste toegevoegde waarde voor Vlaanderen: de gezondheidssector. Daarbij ging bijzondere aandacht naar SRGR. Dat ging gepaard met een korte intrede in de sector voedselzekerheid/nutritie als een belangrijke hulpsector bij een multisectorale benadering van het thema 'toegang tot gezondheid'.

---

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

Ook voorzag Vlaanderen in voldoende sectorale expertise voor het Ministerie van Gezondheid en de hele gezondheidsdonorengroep, zowel op het vlak van beheer van de publieke financiën voor gezondheid als van beheer van gezondheidspersoneel. We moedigden schaalvergroting, een programmatorische aanpak en innovatie in de samenwerking aan. Vlaanderen hield vast aan hetzelfde jaarlijkse bestedingsniveau (5 miljoen euro per jaar indicatief) en aan dezelfde transversale thema's. We werkten de strategie voor resultaatgericht beheer en risicomanagement binnen het ruimere bereik van wederzijdse aansprakelijkheid verder uit. We streefden ernaar, vooral via de capaciteitsversterking van het Nationaal Gezondheidsinstituut, het concept van gezondheidsbeleid dat op wetenschappelijk bewijs gebaseerd is, in Mozambique verder te promoten. Tot slot leverde Vlaanderen de eerste inspanningen tegen de negatieve impact van de klimaatverandering in Mozambique en probeerde het een meer structurele vorm van noodhulp en humanitaire bijstand te kaderen in de strategienota.

Ook onder de LSN III 2016-20 bleef de bijna exclusieve focus op de brede ondersteuning van de gezondheidssector, aangevuld met bijzondere aandacht voor SRGR, behouden. Via een meer gefocuste aanpak voor de toegang tot SRHR van voornamelijk vrouwelijke adolescenten brachten we evenwel een veel grotere aandacht voor kwetsbare groepen als voornaamste vernieuwing binnen onze samenwerking aan. Daardoor kwam de multisectorale aanpak met in de eerste plaats de onderwijssector meer centraal te staan, terwijl we door aangepaste opleiding en inzet van het gezondheidspersoneel de gezondheidsdiensten voor die adolescenten toegankelijker maakten. Ten slotte moesten een betere vergaring van gezondheidsdata en het gezondheidsonderzoek een dieper inzicht in de problematiek van die kwetsbare bevolkingsgroep mogelijk maken.



## 2

# SAMENWERKINGSPROGRAMMA 2021-2025: FOCUS OP INCLUSIEVE EN KWALITATIEVE GEZONDHEIDSZORG

## 2.1 KADERING VAN DE FOCUS IN HET BELEID VAN DE PARTNERS

Vlaanderen en Mozambique beslisten tijdens een consultatieronde (juli-augustus 2020) om ook in deze vierde landenstrategienota exclusief op het thema 'toegang tot gezondheid' in te zetten en zo tot **universele gezondheidsdekking** (UHC) in Mozambique bij te dragen. Door COVID-19 vond de consultatieronde virtueel plaats. We werken daaraan door het fundamentele recht op de **hoogst bereikbare standaard van gezondheid te helpen realiseren voor de hele Mozambikaanse bevolking** in het algemeen en voor de **kwetsbare groepen** in het bijzonder, waaronder vrouwen, adolescenten, seksuele en genderminderheden, mensen met een handicap, intern ontheemden, migranten en hun verschillende deelverzamelingen uit voornamelijk de provincie Tete. Volgens de 2030 ADO moeten beide partnerregeringen vanaf 2016 met hun duurzame ontwikkelingsinspanningen de verst achtergebleven bevolkingsgroepen het eerst proberen te bereiken. Op die manier dragen we niet alleen bij tot vier van de zgn. vijf P's van de 2030 ADO, namelijk mensen (*People*), welvaart (*Prosperity*), vrede/goed bestuur (*Peace*) en partnerschappen (*Partnerships*). We streven er ook naar de realisatie van verschillende doelstellingen van de 2030 ADO die met elkaar verbonden zijn, te bespoedigen, namelijk SDG1: armoedebestrijding; SDG3: gezondheid en welzijn (volgens onderzoek onder de Mozambikaanse bevolking is dat de belangrijkste SDG<sup>14</sup>); SDG 5: gender; SDG 10: ongelijkheid verminderen; SDG 16: vrede, rechtvaardigheid en sterke instellingen en, ten slotte, SDG17: multiactorpartnerschappen, op de wijze die in de inleiding omschreven is.

Binnen de ruimere gezondheidssector willen Mozambique en Vlaanderen de focus behouden op de verhoging van de toegang tot kwaliteitsvolle SRGR-dienstverlening, inclusief de SRGR van de eerder genoemde kwetsbare groepen. De relatieve meerwaarde die de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking binnen het ruimere donorlandschap in Mozambique kan bieden, bevindt zich nog altijd hoofdzakelijk in die subsector, onder meer vanwege **expertise** op dat vlak die **binnen het Vlaamse territorium aanwezig is en op ontwikkelingscontexten toepasbaar is**. Een tweede criterium voor die keuze is het **streven naar continuïteit** binnen de bilaterale samenwerking. Die samenwerking heeft immers na grondige evaluatie ook haar **effectiviteit bewezen** (zie 2.3, kader 2). Het derde criterium is de **objectieve behoefteanalyse** bij en door de Mozambikaanse bevolking. In die subsector zijn er nog altijd enorme uitdagingen. Met betere en uitgebreidere en inclusievere dienstverlening valt er dus nog heel wat gezondheidswinst te halen.

---

<sup>14</sup> VNR Mozambique 2020, p. 18.

Het streven naar gezondheidssysteemversterking en de bijbehorende uitbreiding van de toegang tot SRGR vormen belangrijke aandachtspunten, zowel in het **vijfjarenplan van de huidige Mozambikaanse regering 2020-24** als in de **beleidsnota 2019-2024 van de huidige Vlaamse minister-president Jan Jambon**, die verantwoordelijk is voor ontwikkelingssamenwerking.

Het samenwerkingsprogramma wordt bepaald door een veranderingstheorie (*Theory of Change*). Die theorie beschrijft hoe en waarom een gewenste verandering zich naar verwachting in een gegeven context zal voltrekken. Aangezien Vlaanderen zich richt op het beleid en de uitvoeringsstrategieën van Mozambique, is die veranderingstheorie gekoppeld aan het Mozambikaanse Strategisch plan voor de gezondheidssector PESS 2014-19, zoals recent verlengd tot 2024. Zo ondersteunen we in de eerste plaats de missie van het Ministerie van Gezondheid van Mozambique (MISAU), zoals weergegeven binnen het PESS:

*“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>15</sup>.*

Alle basisprincipes uit dat PESS om gezondheidsdiensten te verlenen, zullen de nodige aandacht krijgen:

1. basisgezondheidsdiensten;
2. gelijkheid;
3. kwaliteit;
4. partnerschap;
5. maatschappelijke betrokkenheid;
6. onderzoek en technologische innovatie;
7. integriteit, transparantie en verantwoordingsplicht.

Daarenboven zal de samenwerking bijdragen tot de realisatie van de zeven strategische doelstellingen van het PESS<sup>16</sup>:

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

---

<sup>15</sup> PESS 2014-19, p. xi.

<sup>16</sup> Idem, pp. 39-44.

De principes en strategische doelstellingen moeten uiteindelijk alle Mozambikanen toegang geven tot meer en betere dienstverlening op korte termijn (eerste pijler van het PESS). Op middellange termijn moeten de gezamenlijke inspanningen van MISAU en al zijn partners bijdragen tot een structurele hervorming van de gezondheidssector zelf. Zo kan de collectieve winst op het vlak van dienstverlening en gezondheid ook op lange termijn volgehouden worden (tweede pijler van het PESS).

Met deze LSN geven we ook uitvoering aan de derde versneller van ontwikkeling die de Nationale Referentiegroep voor de uitvoering van de 2030 ADO in Mozambique geïdentificeerd heeft: het leveren van hoogwaardige sociale diensten in de gezondheidszorg en het onderwijs<sup>17</sup>. Ten slotte sluit de opzet van deze LSN IV perfect aan bij de rol die de Europese Unie en haar lidstaten met het aannemen van de nieuwe Europese consensus betreffende ontwikkelingssamenwerking<sup>18</sup> voor zichzelf in 2017 hebben bepaald om de mondiale gezondheid te bevorderen.

## 2.2 UITDAGINGEN EN OPPORTUNITEITEN IN DE GEZONDHEIDSECTOR

### ALGEMEEN

Door in te zoomen op de resultaten op het vlak van enkele cruciale gezondheidsdoelen kunnen we de vooruitgang inschatten:

indicator	1995	2000	2009	2014	2018	1995 /2018	
						Abs.	%
volledige vaccinatie van kinderen vanaf 1 jaar	61%	71%	77%	82%	88%	n.v.t.	+ 27 %
kindersterfte per 1000 levendgeboren kinderen	147	124	90	62	55	-92	- 62 %
% zwangere vrouwen met hiv in behandeling	n.v.t.	n.v.t.	24%	61%	87 %	n.v.t.	+ 87%
modern contraceptiegebruik bij vrouwen	5,1%	17%	13,9%	11,6%	25%	n.v.t.	+ 19,9%
geboorten begeleid door medisch personeel (%)	42,2	47,7	55	71%	87%	n.v.t.	+ 28,8%
moedersterfte/ 100.000 levendgeboren kinderen	1000	660	520	408	289 (est.)	-711	- 71%

Het percentage van de bevolking dat contact had met het gezondheidssysteem, steeg tussen 2015 en 2018 van 55% naar 65,7%. De perceptie over de kwaliteit van de geleverde gezondheidsdiensten is in diezelfde periode verbeterd. Het aantal mensen dat aangeeft dat de regering de basisgezondheidsdienstverlening goed aanpakt, is in die periode ook met iets meer dan 10% gestegen (van 42% naar 55%)<sup>20</sup>.

Niettemin staande deze vooruitgang wordt de gezondheidssector nog altijd met veel structurele uitdagingen geconfronteerd. Dat vertaalt zich in het dubbele beeld van algemene vooruitgang versus relatieve achterstand in regionale context dat we krijgen bij de analyse van de gemiddelde levensverwachting bij geboorte in Mozambique.

<sup>17</sup> VNR Mozambique 2020, pp. 24-25

<sup>18</sup> [Gemeenschappelijke Verklaring van het Europees Parlement, de Raad en de Europese Commissie aangaande de nieuwe Europese consensus inzake ontwikkeling: "Onze Wereld Onze Waardigheid, Onze Toekomst"](#), para 27.

<sup>19</sup> Cijfers gebaseerd op: <https://aidsinfo.unaids.org/>, & WHO, [World Health Statistics](#), *passim*, geconsulteerd op 26/08/2020 & INS, [Moçambique, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA, IMASIDA, 2015, 2018](#), [UNICEF Data Warehouse](#), [The World Bank Data](#), MISAU, [Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde, 2019](#) & VNR MOZAMBIQUE 2020, p. 36 & [https://www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/moz.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/moz.pdf?ua=1).

<sup>20</sup> VNR MOZ 2020, p. 36.



Die ligt met 63 jaar voor vrouwen en maar 57,1 jaar voor mannen nog altijd relatief laag vergeleken met de regionale gemiddeldes van respectievelijk 67 en 61 jaar. Toch is die levensverwachting de laatste jaren al significant toegenomen. Zo kon de gemiddelde Mozambikaan bij zijn geboorte in 2007 maar op 49,4 levensjaren hopen. Er is ook een sterke ongelijkheid tussen de levensverwachting bij geboorte van de socio-economisch zwakkere groepen en die van de sterkste groepen<sup>[10]</sup>. Bij de socio-economisch zwakkere groepen ligt de levensverwachting tot 29,8% lager dan die van de sterkste groepen<sup>[10]</sup>. Belangrijke oorzaken daarvan zullen we hieronder meer in detail bespreken. Aan die specifieke uitdagingen in de gezondheidssector willen we met deze LSN werken. Ze verklaren grotendeels waarom deze LSN is opgemaakt. We besteden ook bijzondere aandacht aan sociale determinanten die de ernst of de frequentie van het probleem voor bepaalde sociale groepen ingrijpend bepalen. Tenslotte maakt de combinatie tussen deze historisch gegroeide factoren en de steeds grotere impact van niet-overdraagbare, vaak chronisch te behandelen aandoeningen de uitdaging nog groter. Op die uitdaging is het gezondheidssysteem nog onvoldoende voorbereid<sup>21</sup>.

## **ALGEMENE ORGANISATIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM**

Een eerste uitdaging hangt samen met de algemene organisatie van het Mozambikaanse gezondheidssysteem, dat na de recentere rondes van grondige hervormingen steeds meer naar het provinciale en districtsniveau gedecentraliseerd is. De mate waarin alle overheden die bevoegd zijn voor gezondheid, constructief kunnen samenwerken en afstemmen met elkaar, zal bepalen in welke mate we de individuele patiënten en de kwetsbare groepen met alle diensten rond bijvoorbeeld SRGR zullen kunnen bereiken. Die samenwerking is ook bepalend om het uitgebreide pakket van preventieve, inperkende en remediërende maatregelen die bij het bezweren van een (dreigende) gezondheids crisis nodig zijn, succesvol te kunnen uitvoeren.

## **SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE GEZONDHEID EN RECHTEN**

De uitdagingen op het vlak van SRGR en de negatieve gezondheidseffecten die daaruit voortvloeien, blijven aanzienlijk, in het bijzonder voor (jonge en arme) vrouwen. Het gebruik van moderne contraceptiemethoden<sup>22</sup> is weggelegd voor ongeveer 30% van de vrouwen in het rijkste inkomenskwintiel en voor ongeveer 3% van de vrouwen in het armste kwintiel<sup>23</sup>. Er is ook een groot verschil in gebruik van moderne contraceptiemethoden volgens leeftijd. 11,3% van alle getrouwde vrouwen in de vruchtbare leeftijd gebruikt moderne contraceptiemethoden. Dat aandeel daalt tot 5,9% bij getrouwde vrouwen in de specifieke categorie van 15 tot 19 jaar. Bovendien blijft de totale onbeantwoorde behoefte aan moderne contraceptie met 22,3% hoog. Het gebruik van langetermijncontraceptiemethoden, met dikwijls groter gebruiksgemak en betere algemene resultaten, is zelfs verwaarloosbaar.

---

<sup>21</sup> Zo nam diabetes toe van 2,8 % tot 7,4% en te hoge bloeddruk van 31 tot 39%, terwijl de volledige categorie NCD's al een derde van de ziekte last verklaart, een stijging met 18% ten opzichte van 2010 en met zelfs 45% ten opzichte van 2000. A. OLGA MOCUMBI e.a., *Doenças Crónicas e Não Transmissíveis em Moçambique, Relatório Nacional*, 2018, pp. 13-19.

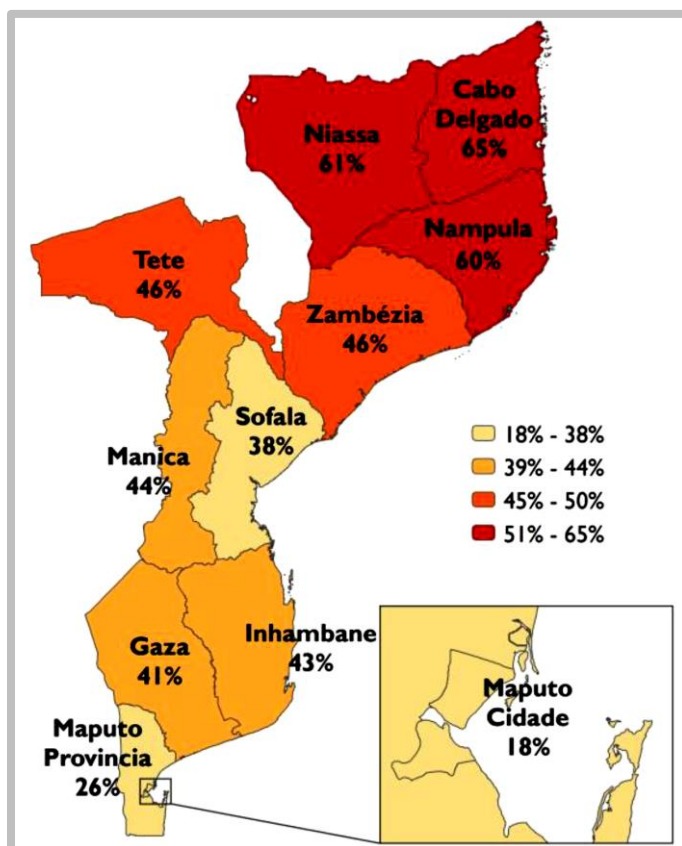
<sup>22</sup> Zonder andere referentie zijn de gegevens over anticonceptie en vruchtbaarheid afkomstig van: PESS, 2014-19, p. 18 en MISAU, *Avaliação Conjunta Annual do Desempenho do Sector de Saúde -2014*, p.24.

<sup>23</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.

In Mozambique is het aantal huwelijken op jonge leeftijd ook groot: 36,6 % van de adolescente meisjes zijn getrouwd. Daarbij zien we opnieuw een groot verschil tussen het urbane (24,5%) en het rurale milieu (43,7%). Mede daardoor blijft de vruchtbaarheidsgraad van 5,3 kinderen per vrouw en het aantal zwangerschappen en geboortes op jonge leeftijd heel hoog.

In 2015 waren 46% van de adolescenten van 15-19 jaar zwanger of al bevallen. In 2014 bevielen 193 op 1000 meisjes in die leeftijdscategorie. Met een tienerzwangerschapsgraad bij 137 op 1000 15-19-jarigen heeft Mozambique een van de hoogste ratio's van alle landen ten zuiden van de Sahara<sup>24</sup>. En die trend blijft nog altijd stijgen.

Fig. 2:% adolescente meisjes, 15-19 jaar, zwanger of al bevallen (2015)<sup>25</sup>



Ook hier zijn adolescenten uit het armste kwintiel oververtegenwoordigd: 47,1% van hen hadden hun eerste kind vóór hun 18de verjaardag versus 'maar' 27,2% adolescenten uit het rijkste kwintiel. Niet-geschoolde adolescente meisjes zijn veel kwetsbaarder: 64% van hen waren zwanger of al bevallen versus 31% van de meisjes met een secundaire of hogere opleiding. Daarenboven is er opnieuw een groot verschil tussen stedelijke ('maar' 35% jonge moeders) en landelijke (54% jonge moeders) gebieden en tussen de provincies<sup>26</sup>.

Een dergelijk hoog aantal zwangerschappen en bevallingen op jonge leeftijd draagt in belangrijke mate bij tot het hoge moedersterftecijfer van minstens 289 op 100.000 levendgeboren kinderen. We zijn dus ver verwijderd

van het streefdoel van maximaal 70 dergelijke sterftegevallen uit de 2030 ADO. Er is nog veel werk te verrichten voordat alle adolescenten en leden van andere kwetsbare groepen beschermd zijn tegen ongewenste, vaak ongezonde en zelfs levensbedreigende zwangerschappen. Dat is een absolute voorwaarde voor Mozambique om tot een demografische transitie te kunnen komen.

Behalve complicaties na abortus zijn de belangrijkste rechtstreekse doodsoorzaken hierbij baarmoederruptuur (29%), ernstige bloedingen (24%) en sepsis (17%). Daarnaast zijn aids en malaria met respectievelijk 54% en 40% de voornaamste onrechtstreekse oorzaken van moedersterfte, terwijl ook bloedarmoede veel voorkomt (54%)<sup>27</sup>.

<sup>24</sup> VNR Mozambique 2020, p. 32.

<sup>25</sup> Overgenomen uit: IMASIDA: p.69, figuur 5.5.

<sup>26</sup> IMASIDA, p. 69. & <https://www.unfpa.org/data/adolescent-youth/MZ>

<sup>27</sup> PESS 2014-19, pp. 8-9

De toegang tot prenatale consultatie voor zwangere vrouwen lijkt met 90% op het eerste gezicht hoog. Maar 53% van hen hebben minstens 4 consultaties per zwangerschap, dus verwijderd van de 8 contacten die de WGO aanraadt<sup>28</sup>. 87% van alle zwangere vrouwen bevallen in een gezondheidsinstelling. Die stijging is een opmerkelijke prestatie ten opzichte van 44% in 1994 en 71% in 2014. Er is echter nog altijd een kwaliteitsprobleem, zowel bij de patiëntgerichtheid als bij de uitrusting van de gezondheidsposten (beschikbaarheid van basisgeneesmiddelen en andere basisgezondheidstechnologie voor standaardcontroles en ingrepen; schaarste aan posten die bij complicaties verschillende niveaus van spoedbehandeling kunnen aanbieden enzovoort<sup>29</sup>). Dit alles geldt nog meer voor vrouwen met een fysieke of mentale handicap.

Hoewel post-partumverzorging al wijdverspreid is, wordt ze in veel gevallen niet verstrekt in de eerste week na de geboorte. Dat is echter de belangrijkste periode om neonatale sterfte te voorkomen en complicaties na de geboorte te vermijden<sup>30</sup>. Het is dus niet verwonderlijk dat het sterftecijfer onder baby's met 55 sterfgevallen op 1000 levendgeboren kinderen nog altijd hoog ligt<sup>31</sup>. Het maakt tot bijna 18% van de kindersterfte onder de 5 jaar uit, terwijl het ook veel langzamer daalt dan het algemene kindersterftecijfer<sup>32</sup>. Er zijn dus specifieke strategieën nodig die met moederzorg geïntegreerd zijn, om dat cijfer verder te doen dalen.

De strijd tegen hiv en aids in Mozambique volgt niet alle positieve trends. Er is zelfs een kleine terugval op een aantal terreinen. Dat heeft onder meer te maken met enkele hardnekkige problemen op het gebied van toegang tot SRGR. Zo steeg de algemene besmettingsgraad onder de Mozambikaanse bevolking tussen 15 en 49 jaar van 11,5% in 2014 naar 12,6%. Op het percentage in Zuid-Afrika na is dat het hoogste nationale percentage in Afrika ten zuiden van de Sahara. Adolescente meisjes en jonge vrouwen blijven de kwetsbaarste groepen voor besmetting met hiv. Meer recent zien we specifiek bij mensen met hiv (PLHIV) die behandeld worden met antiretrovirale middelen, een daling in percentages, namelijk van 64% in 2016-17 naar 57% in 2018. Daarbij valt op dat aanzienlijk minder mannen (46%) dan vrouwen met hiv (67%) behandeld worden. Dat geeft aan dat het test- en zorgzoekende gedrag van mannen om socioculturele redenen sterk achterblijft bij dat van vrouwen.

Daarenboven daalde ook het aantal zwangere vrouwen met hiv dat in behandeling is. De behandeling is nodig om onder meer besmetting van de foetus en de zuigeling te voorkomen. Het aantal zwangere vrouwen in behandeling daalde van nagenoeg 100% in 2017 naar 87% in 2018. Vooral de uitval van moeders tijdens de borstvoedingsperiode zorgt ervoor dat de transmissie van moeder op kind met 14,97% op 18 maanden hoog blijft. De sterfte die aan aids gerelateerd is, daalt wel, maar te traag. Zo stierven er in 2010 64.000 mensen aan de gevolgen van aids.

---

<sup>28</sup> MISAU, *Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde*, 2019, p. 52.

<sup>29</sup> O. AUGUSTO, E.E. KEYES e.a., [Progress in Mozambique: Changes in the Availability, Use, and Quality of Emergency Obstetric and Newborn Care between 2007 and 2012](#), PLOS ONE, July 2018.

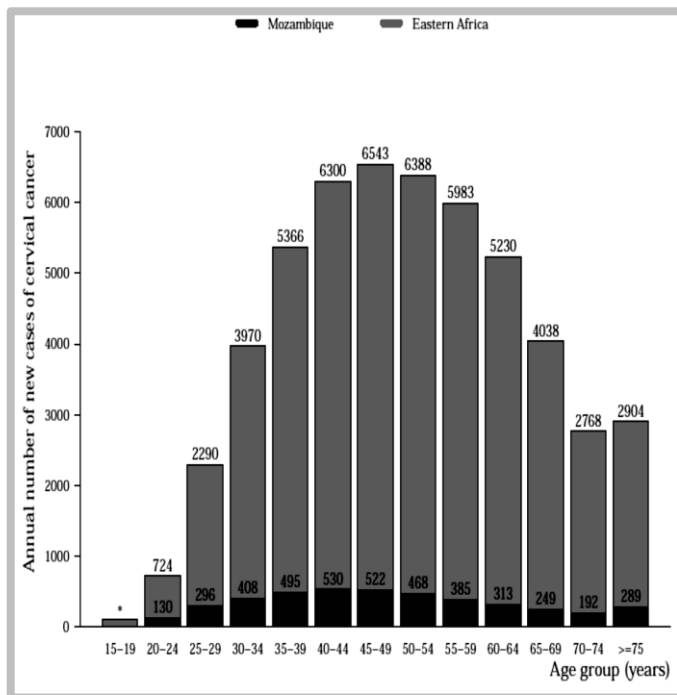
<sup>30</sup> Analyse van de pre-, intra- en postpartum zorg is hoofdzakelijk gebaseerd op PESS, 2014-19, pp. 17-19.

<sup>31</sup> [The World Bank Data](#)..

<sup>32</sup> WHO, [GHO-data](#) geconsulteerd op 28/09/2020.

In 2018 was dat aantal maar tot 54.000 afgenomen. Om de 90-90-90 doelstelling<sup>33</sup> tegen 2020 te behalen, moet 72% van de Mozambikanen met hiv van hun positieve status op de hoogte zijn. Er is dus een tekort van 18%. Daarvan werd 56% behandeld. Dat is 34% te weinig. Door gebrek aan goede opvolging is het aandeel van de mensen die in behandeling zijn, maar die geen detecteerbare virale lading meer in het bloed hebben en dus niet langer besmettelijk zijn, echter onbekend<sup>34</sup>.

Fig. 3: jaarlijks aantal nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker in Mozambique/Oost-Afrika



Baarmoederhalskanker is niet alleen de meest voorkomende, maar ook veruit de dodelijkste vorm van kanker bij vrouwen in Mozambique. In 2018 waren er 4300 nieuwe diagnoses en 3400 doden door baarmoederhalskanker. Met 27,5 gevallen van baarmoederhalskanker per 100.000 vrouwen per jaar heeft het land opvallend meer nieuwe gevallen dan het gemiddelde voor Oost-Afrika, dat op 24,1 nieuwe gevallen ligt<sup>35</sup>. De algemene bevolking moet meer gesensibiliseerd worden voor die vorm van kanker. Daarnaast moeten de verschillende vormen van preventie en behandeling van baarmoederhalskanker meer in de al binnen het gezondheidssysteem bestaande programma's en strategieën tegen andere aandoeningen geïntegreerd worden<sup>35</sup>.

Volgens het Wereldmalaria rapport 2018 heeft Mozambique het derde hoogste aantal malariagevallen ter wereld (circa 10 miljoen gevallen, 5% van de totale ziektelast in 2017). Malaria blijft met 29% de voornaamste doodsoorzaak en treft vooral kinderen onder de vijf jaar (meer dan 50% onder hen), jongeren tussen 6 en 14 jaar (49%) en (anemische) zwangere vrouwen en hun baby's. De vooruitgang van vóór 2017 is daarmee grotendeels verdwenen. Bovendien moet de grote, negatieve impact van COVID-19 op de strijd tegen malaria nog duidelijk moet worden. Bij de Mozambikaanse bevolking zijn er opnieuw veel parasieten (40% is drager). De grotere mobiliteit van de mensen vernieuwt het reservoir constant, wat de vooruitgang tenietdoet die lokaal geboekt is. Daarnaast stijgt de resistentie van de vector tegen de meest gebruikte insecticiden en van de parasiet tegen de meest ingezette middelen, met uitzondering van artemisinine, razendsnel.

<sup>33</sup> Om het einde van hiv en aids als bedreiging van de volksgezondheid tegen 2020 te kunnen bewerkstelligen, moet minstens 90% van de mensen die met hiv leven, daarvan op de hoogte zijn. Minstens 90% van deze PLHIV dient op behandeling te zijn. Van deze mensen die in behandeling zijn, moet minstens 90% een ondetecteerbare virale lading in het bloed hebben, zie: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf).

<sup>34</sup> UNAIDS, [Performance Monitoring Report, Regional and Country report](https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique), 2020, pp. 29-31 & Evidence Review, Implementation of the 2016-2021 Strategy: On the Fast track to End Aids, 2020, p. 19 in combinatie met: VNR Mozambique 2020, p. 36 & <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>, geconsulteerd op 21/09/2020.

<sup>35</sup> MISAU, [Plano Nacional de Controlo do Cancro, 2019-29](https://www.misa.gov.mz/pt/plan-nacional-de-controlo-do-cancro-2019-29), 2019, pp. 13-15.

Eind 2018 werd gestart met een nieuwe aanpak om zo snel mogelijk het tij te keren en om onder meer zwangere vrouwen, hun babies en hun omgeving veilig te kunnen stellen<sup>36</sup>.

Wat tbc betreft, de voornaamste en dodelijkste co-infectie bij hiv en aids, wordt geschat dat ongeveer 34.000 PLHIV een actieve tbc-infectie hebben. Intussen ontwikkelen resistente en zelfs multiresistente tbc zich tot een steeds groter probleem. Aan de oorsprong daarvan ligt de zogenaamde behandelingswaterval. Daarbij verliest men een aanzienlijk aantal patiënten tussen de opeenvolgende fasen van testen, de testresultaten meedelen, de patiënt in behandeling nemen en langdurig behandelen. Hetzelfde fenomeen doet zich ook nog altijd voor bij de levenslange behandeling van PLHIV zelf.

## GEZONDHEIDSPERSONEEL

Op het vlak van gezondheidspersoneel blijft Mozambique, ondanks de grote vooruitgang in de laatste twee decennia, geconfronteerd met een van de zwaarste crises wereldwijd. Er werken maar 758 specialisten in het publieke gezondheidssysteem. Meer in het algemeen telde Mozambique in 2019 per 100.000 inwoners maar 39 personeelsleden – onder wie 9 dokters en 30 verpleegkundigen – in de gezondheidszorg<sup>37</sup>. Dat aantal is heel erg ver verwijderd van het minimum van 230 per 100.000 inwoners volgens de WGO-richtlijnen. De verdere stijging van het personeel in de gezondheidszorg zal nog structurele hindernissen moeten overwinnen. De endogene groei van verplegend personeel, vooral in de moeder- en kindzorg, is de laatste jaren wel bemoedigend. Zo studeerden er in 2019 2.425 verplegers af (61% vrouwelijk) en in 2018 zelfs 3.339. Mede daardoor bereiken we nu een ratio van 68 gespecialiseerde verplegers op iedere 100.000 vrouwen van vruchtbare leeftijd en kinderen van 0-5 jaar oud.

Toch is het behoud van personeelsleden in de publieke gezondheidssector erg problematisch. De publieke gezondheidssector ondervindt ook veel concurrentie van de zowel profit als not-for-profit privésector, waaronder ook de vele gezondheidsprojecten en -programma's die door donoren gefinancierd worden. Dat uit zich nog sterker bij de personeelsleden van de hogere niveaus. De universiteiten leveren jaarlijks maar 200 artsen af. In 2018 studeerden niet meer dan <sup>38</sup>! Vele afgestudeerde medici moeten soms tot twee jaar lang wachten voor ze aangeworven kunnen worden.

Veel meer verpleegkundigen en ander personeel uit de gezondheidssector moeten in een zo hoog mogelijk niveau opgeleid worden en de kwaliteit en praktijkgerichtheid van hun opleiding en bijscholing moeten verhogen. Dat laatste heeft immers een belangrijke impact op de vraag naar zorg bij de algemene bevolking. Bij de meer kwetsbare groepen neemt dat effect overhand toe. Zo stelde Ricardo Moresse als voorzitter van het Forum van Organisaties van Mensen met een Handicap in Mozambique (FAMOD) al in 2010 dat de houding en praktijken van de dienstverleners aangepast moeten worden om de toegang tot sociale diensten voor mensen met een handicap tastbaar te verbeteren. Dat zou veel belangrijker zijn dan het veranderen van beleid en wetten<sup>39</sup>. Verschillende passages in VNR Mozambique van 2020 verklaren op hun beurt dat, naast oudere mensen en kinderen, de groep van mensen met een handicap zich op het vlak van sociale basisdienstverlening nog altijd in een uiterst kwetsbare positie bevindt.

---

<sup>36</sup> WHO, [World Malaria Report 2018](https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/mozambique-signals-urgency-on-malaria-as-researchers-look-for-fresh-hope), *passim*, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/mozambique-signals-urgency-on-malaria-as-researchers-look-for-fresh-hope> & <https://www.severemalaria.org/countries/mozambique>.

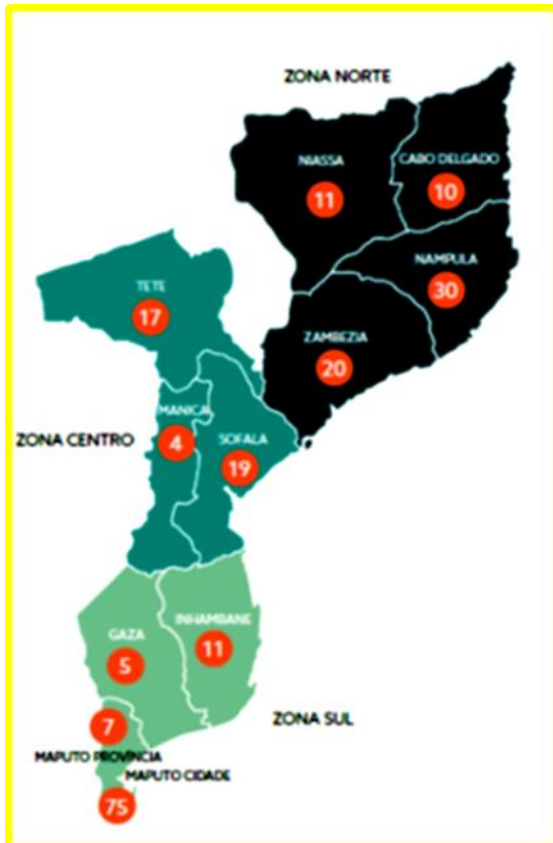
<sup>37</sup> MISAU, Relatorio anual do Balanço do Sector da Saúde, 2019, Maputo, 2020, p. 34.

<sup>38</sup> [Club of Mozambique](#), [Mozambique gets 64 new doctors](#), 20/12/2018.

<sup>39</sup> Geciteerd in RAVIM & Handicap International Mozambique, [People with disabilities in the suburban areas of Maputo and Matola](#), Maputo, 2010, p. 10.

Dat geeft aan dat voor hen ook na 2010 nog niet veel vooruitgang werd geboekt<sup>40</sup>. Hetzelfde geldt voor adolescenten in de districten die nog niet bereikt zijn. En ook de gezondheidsdienstverlening bij migranten, intern ontheemden en PLHIV lijdt sterk onder het gebrek aan goed opgeleid gezondheidspersoneel.

Fig. 4: aantal chirurgen per provincie (2015)<sup>41</sup>



Parallel daarmee moet het absorptievermogen van het gezondheidssysteem verder structureel verbeterd worden. In het gezondheidssysteem is dat momenteel maar 1000-1500 personeelsleden per jaar. De overheid kan onvoldoende voorspelbare middelen vrijmaken om die capaciteit op duurzame wijze te verhogen. 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 blijft concentreren, vormt een groot probleem. Dat probeert men aan te pakken door het personeel te verplichten zich over het land te verspreiden. 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 eerstelijnsgezondheidsvoorziening in de verschillende provincies. In Tete blijft de afstand met 15,4 km het grootst in vergelijking met de gemiddelde nationale afstand van 12,4 km en de kleinste afstand van 1,6 km in Maputo (stad)<sup>42</sup>. Dat oefent een enorme druk uit op het

hele verwijzingsstelsel, dat onmogelijk doeltreffend kan werken in een context van een dergelijke gigantische schaarste op het eerstelijnsniveau.

Hetzelfde referentiesysteem is daarenboven in het algemeen heel zwak vertegenwoordigd op de hogere niveaus. Het primaire niveau kan nog op 1609 gezondheidscentra en -posten rekenen, zij het met sterk uiteenlopende capaciteit (96%). Op het secundaire niveau vinden we maar 51 rurale en districtziekenhuizen en 5 algemene ziekenhuizen (3%). Het tertiaire niveau is met 10 provinciale ziekenhuizen ternauwernood op het niveau van alle provincies vertegenwoordigd. En voor het quaternaire niveau met de hoogste specialisatie zijn er maar 4 centrale ziekenhuizen en 1 psychiatrisch ziekenhuis<sup>[50]</sup>. Een andere strategie om tegemoet te komen aan de beperkingen door het tekort aan lager opgeleid gezondheidspersoneel en de te weinig verspreide gezondheidsinfrastructuur bestaat erin taken steeds meer door te schuiven naar gemeenschapswerkers, de zogenaamde polyvalente gemeenschapswerkers (ApE's), of naar zelforganiserende gemeenschapsgroepen. Ze zijn al betrokken bij activiteiten rond de distributie van ARV, gezinsplanning en malaria. Het Mozambikaanse Ministerie van Volksgezondheid heeft ook een strategie ontwikkeld om traditionele genezers daarbij te betrekken.

<sup>40</sup> VNR Mozambique 2020, pp. 3, 21, 26, 32, 34, 37, 40, 53, 61, 78, 82, 97 en vnl. p. 36.

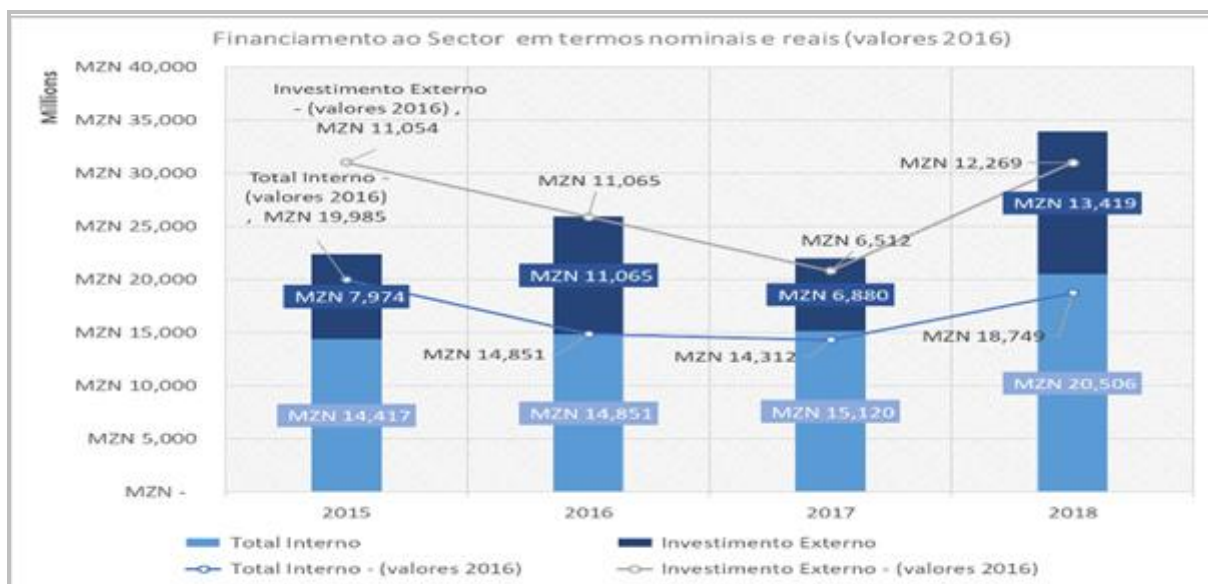
<sup>41</sup> Overgenomen uit . A. [OLGA MOCUMBI e.a., Doenças Crônicas e Não Transmissíveis em Moçambique, Relatório Nacional - 2018](#), p. 10.

<sup>42</sup> MISAU, Relatório anual do Balanço do Sector da Saúde, 2019, Maputo, 2020, p. 28.

Die zijn immers wijdverspreid aanwezig, ze vervullen de rol van vertrouwenspersoon in de gemeenschap en ze bezitten bewezen genezende vaardigheden. Ze worden, naast de APE's, ook ingezet om contraceptiemiddelen (condooms) te verspreiden<sup>43</sup>.

## FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSECTOR

Fig. 5: evolutie in het gezondheidsbudget nominale en reële waarden (miljard MZN, intern-extern)



Er zijn ook nog altijd heel wat uitdagingen op het vlak van de financiering van de gezondheidssector<sup>44</sup>. Het is duidelijk dat de Mozambikaanse Regering, mede met de steun van externe partners, een grote inspanning heeft geleverd om in 2018 meer middelen van het staatsbudget aan de gezondheidssector toe te kennen. Mozambique reserveerde een record van 8,8% van het staatsbudget – 12,7% als we de uitgaven voor financiële operaties en schuldaftbetalingen niet meetellen – vanuit de eigen middelen voor gezondheid. Uiteindelijk werden dat jaar 21,2 miljard MZN vanuit de interne middelen aan de sector toegewezen, terwijl de externe partners 17,6 miljard MZN – 45% van het totaal – aanbrachten. Daarvan zette het systeem uiteindelijk 87% succesvol in (33,9 miljard MZN, 60% intern, 40% extern). In 2019 voorzagen de Mozambikaanse Regering (59%) en haar internationale partners (41%) 33,5 miljard MZN voor de gezondheidssector. Daarmee leverde de Mozambikaanse staat voor gezondheid een inspanning van 7,4% met en 9,8% zonder aanrekening van de kosten van de aflossing van de staatsschuld vanuit de interne middelen van het staatsbudget. Van het interne en externe totaal werd 88% uitgevoerd (29,4 miljard MZN). Daardoor daalde het uiteindelijk ingezette budget voor 2019 met 5% in nominale termen.

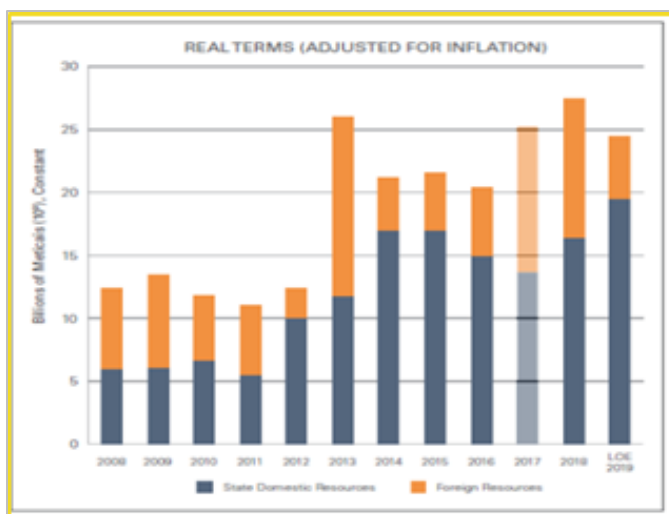
<sup>43</sup> PESS 2014-19, pp. 23-24

<sup>44</sup> De analyse van de gezondheidsfinanciering is gemaakt op basis van: MISAU, Relatório anual do Balanço do Sector da Saúde, 2018, Maputo, 2019, pp. 28-29 & Idem, Relatório anual do Balanço do Sector da Saúde, 2019, Maputo, 2020, p. 39. Ook relevant hiervoor is UNICEF, Budget Brief Health, Mozambique 2018, 2019 & UNICEF, Budget Brief Health Mozambique 2019, 2020.

Als we echter met reële waarden rekenen, zien we dat het gezondheidsbudget in de periode 2016-17 sterk afnam. Het raakte pas in 2018 weer op het niveau van 2015. Daarna nam het in 2019 opnieuw sterk af.

Op basis van een berekening van de reële financiële behoeften om het PESS te kunnen uitvoeren – geschat op 750 miljoen US\$ per jaar – zijn we zelfs met de hoogste investering van 2018 van omgerekend 580 miljoen US\$ nog bijna 30% van de volledige financiering van de sector verwijderd. Ook al nemen we de hogere percentages voor het aandeel van de gezondheidssector door de kosten van de schuldaflossingen niet mee te tellen, toch slaagt Mozambique er niet in om het continentaal overeengekomen engagement uit de Abuja-verklaring waar te maken. Daarvoor zou Mozambique immers minstens 15% van het staatsbudget aan gezondheid moeten spenderen. Een belangrijke opmerking daarbij is dat de huidige verdeling van de middelen die op het terrein ingezet worden, nog te traag evolueert naar verregaande decentralisering. Zeker in een context van groei naar UHC lijkt een groter aandeel aangewezen voor de provincies (11%) en het niveau van de districten, die verantwoordelijk zijn voor de belangrijke basis- en secundaire gezondheidszorg (22%), en ook voor tertiaire zorg (6%), ten opzichte van het centrale niveau (51%).

Fig. 6: Evolutie in interne versus externe investeringen in de gezondheidssector in reële waarde (miljard MZN)<sup>45</sup>



Zeker in een context van sterk verhoogde gezondheidsuitgaven en fragiliteit door COVID-19 mogen we daarbij het blijvende belang van de externe financiering niet onderschatten. Externe financiering wordt grotendeels ingezet om de investeringskosten op te vangen, terwijl de interne fondsen vooral de vaste (personeels)kosten dekken. De externe financieringsmodaliteiten waren voor dat jaar relatief gelijk verdeeld over het sectorfonds PROSAUDE (28%), bilaterale

of verticale projecten en programma's (29%), kredieten (26%, vooral GFF met heel wat raakvlakken met de LSN<sup>46</sup>) en, met een iets minder groot aandeel, giften in natura (17%).

In die cijfers is het grootste deel van de externe financiering echter niet mee opgenomen. De bedragen die niet op een of andere manier via het sectorbudget van de overheid gekanaliseerd of minstens gecapteerd worden, zijn uiterst moeilijk traceerbaar en verifieerbaar. Dat lijkt in de eerste plaats het geval te zijn voor de omvangrijke investeringen van USAID/PEPFAR in de sector.

<sup>45</sup> UNICEF, [Budget Brief Health Mozambique 2019](#), 2020, p. 6, figuur 3B.

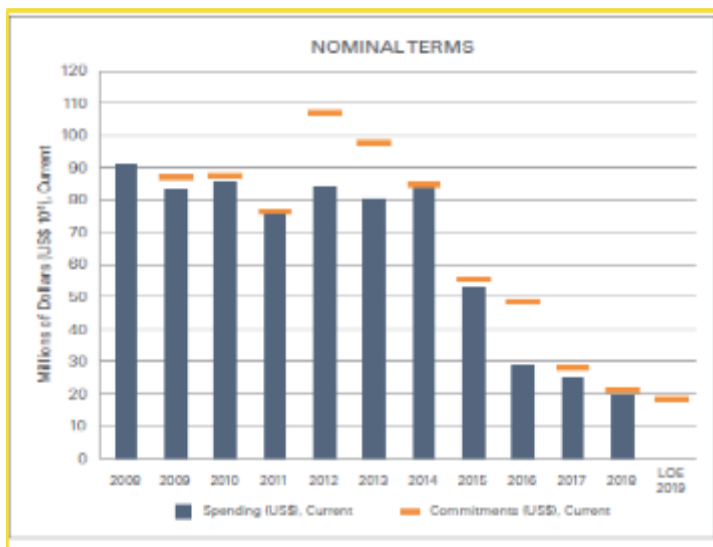
<sup>46</sup> Cfr.: <https://www.globalfinancingfacility.org/mozambique>.



In 2019 alleen al investeerden de Amerikanen volgens hun eigen cijfers in Mozambique 103 miljoen US\$ in de strijd tegen hiv en aids, 60 miljoen US\$ in basisgezondheidszorg en 18 miljoen US\$ in moeder- en kindzorg, inclusief contraceptie<sup>47</sup>. De donoren bij de OESO gaven in 2018 voor Mozambique nog 818,5 miljoen US\$ - dat is 45% van de totale ODA voor het land - aan als uitgaven in de sector 'Bevolking en Gezondheid'<sup>48</sup>.

Bijzonder verontrustend in deze context is de snelle afname van de investeringen via het sectorfonds PROSAUDE. Die investeringen bedragen de laatste drie jaar ongeveer een vierde van de traditionele investeringen van vóór 2016. Dat alleen al legt een zware hypotheek op de voorspelbaarheid, op de mogelijkheid om alle inspanningen binnen de sector op de door de overheid geleide sectorstrategie te aligneren, en op zorgvuldige donorcoördinatie. Bovendien zijn PROSAUDE-gelden de enige middelen die grotendeels (80%) decentraal moeten worden geïnvesteerd door provincies en districten.

Fig. 7: evolutie in investeringen in sectorfonds PROSAUDE (miljoen US\$)<sup>49</sup>



De teloorgang van PROSAUDE-financiering betekent dat de decentrale overheden de facto al een belangrijk deel van hun operationele financiering verliezen. Dat ondermijnt het decentralisatieproces in ernstige mate. Bovendien storten donoren steeds later hun PROSAUDE-fondsen, namelijk in het derde en grotendeels zelfs vierde kwartaal. Daardoor is het onmogelijk om de uitgaven van die bedragen zorgvuldig te plannen.

## DE GECOMBINEERDE IMPACT VAN DE GEZONDHEIDS-, VEILIGHEIDS- EN KLIMAATCRISIS

Enkele externe factoren vergroten de impact van de voornoemde zwaktes binnen het gezondheidssysteem. Door de geografische locatie en de toename van extreme cyclische gebeurtenissen (droogtes, overstromingen en cyclonen), die de laatste jaren steeds regelmatig voorkomen, is Mozambique in hoge mate blootgesteld aan de klimaatverandering. In 2019 was er een triest hoogtepunt met de orkanen Idai en Kenneth die elkaar snel opvolgden. Daarenboven deden de orkanen zich voor op een moment dat het land zijn inspanningen voor vredesopbouw en de preventie van geweld gedwarsboemd zag door enkele nieuwe of heropflakkerende gewapende conflicten, in respectievelijk het noorden en het centrum van het land.

<sup>47</sup> Zie: <https://results.usaid.gov/results/country/mozambique>.

<sup>48</sup> Zie: OECD-DAC: [Aida at a Glance by Recipient, 2018](#).

<sup>49</sup> UNICEF, [Budget Brief Health Mozambique 2019](#), 2020, p. 7, figuur 4.

Die werden aangewakkerd enerzijds door schimmige, met moslimterrorisme gelinkte groepen en anderzijds door een beweging die zichzelf op onduidelijke manier met RENAMO associeerde<sup>50</sup>. De gecombineerde impact van de klimaat- en veiligheids crisis verklaart ook de plotse toename van 537.000 **intern ontheemden** in het rampjaar 2019.

Een groot deel van de verplaatste bevolking kon relatief snel terugkeren naar haar dikwijls zwaar getroffen, oorspronkelijke gemeenschappen of kon zich in veiliger gebied vestigen, maar de negatieve impact op de gezondheidsdienstverlening bleef ook voor hen ernstig en langdurig<sup>51</sup>.

Die zwaktes beïnvloeden ook de capaciteit van Mozambique om een effectief antwoord te bieden op dreigende epidemieën en pandemieën. Bij een (plotse) uitbraak van nieuwe infectieziekten of van infectieziekten die resistent geworden zijn tegen de huidige antibiotica, aangewakkerd door klimaatverandering, de toenemende verstoring van biotopen en de verdere globalisering van de economie, wordt de situatie erg problematisch. Dat heeft de COVID-19-pandemie recent bewezen.

Hoewel de volledige impact van de recente COVID-19-pandemie op de Mozambikaanse maatschappij op lange termijn op dit moment nog onzeker is, is de impact op korte termijn alvast enorm. Het land was verplicht haar grenzen te sluiten en riep (in april 2020) de noodtoestand uit. Scholen en de meeste fabrieken, bedrijven en commerciële voorzieningen werden gesloten. Regels voor sociale afstand en reisbeperkingen werden opgelegd. Ook binnen de gezondheidssector zelf werden doortastende acties genomen, zoals verdachte gevallen screenen en testen en besmette personen isoleren en in quarantaine plaatsen. Dat sloopte heel wat financiële en menselijke middelen op. De beperkingen op het vlak van mobiliteit en sociale afstand hadden een zware impact op het inkomen en op bedrijven. De meest kwetsbare huishoudens zijn daardoor het meest getroffen. Maar ook de ontwikkelingsagenda van het land is sterk gedwarsboemd.

## **2.3 STRATEGISCHE KEUZES VOOR HET SAMENWERKINGSPROGRAMMA**

De regeringen van Mozambique en Vlaanderen opteren voor een consistente ontwikkelingssamenwerking en een continuïteit met de vorige LSN. Ze willen wel een aantal nieuwe accenten leggen en andere focusdomeinen bepalen, in lijn met de opkomende opportuniteiten. De algemene focus van de samenwerking blijft evenwel de verdere ontwikkeling van de gezondheidssector, een van de prioriteiten van het vijfjarenplan van de Mozambikaanse Regering 2019-24. De strategische keuzes voor het samenwerkingsprogramma zijn gebaseerd op de resultaten van de tussentijdse evaluatie van de LSN III en op de ervaringen en de toegevoegde waarde van Vlaanderen in de sector.

---

<sup>50</sup> All Africa, [Mozambique: Defence Forces On 'Maximum Patrol' in Cabo Delgado](#) & [Mozambique: Peace in Mozambique - Third Time Lucky?](#)

<sup>51</sup> IDMC&IOM, [Eight Months after Idai: Chronology of Displacement, Humanitarian Needs and Challenges Going Forward In Mozambique](#), 2019 & <https://www.internal-displacement.org/countries/mozambique>.

## CONCLUSIES VAN DE TUSSENTIJDSE EVALUATIE

In 2019 werd een tussentijdse evaluatie van de LSN III, de zogenaamde MTR III, gemaakt. De MTR was in het algemeen positief over de bijdrage van Vlaanderen aan de ontwikkeling van de gezondheidssector in Mozambique. De MTR III formuleerde de volgende aanbevelingen voor de toekomstige ontwikkelingssamenwerking tussen Vlaanderen en Mozambique:

kader 2: aanbevelingen uit de MTR III		
doelpubliek	nr.	samenvatting van de aanbeveling
regering van Vlaanderen	1	Overweeg om het voorzitterschap van het gezondheidssectorfonds PROSAUDE op te nemen.
	2	Lever nog meer inspanningen om de versnippering van de portefeuille te beperken.
	3	Zoek meer coherentie in de samenstelling van de portefeuille en vermijd daarbij voorstellen die minder op de doelstellingen afgestemd zijn.
	4	Streef naar meer coherentie tussen de projecten die buiten de LSN in Mozambique worden gefinancierd.
	5	Overweeg om directe steun aan de provinciale overheid te verlenen.
	6	Organiseer jaarlijks overleg met alle projecten en elke provincie om synergieën en uitwisseling te bevorderen.
	7	Vergroot de bezetting van het landenkantoor in Maputo, zeker als Vlaanderen het voorzitterschap van PROSAUDE opneemt.
	8	Versterk de samenwerking met andere, vergelijkbare projecten en programma's die niet door de Vlaamse regering ondersteund worden.
	9	Versterk de dialoog met andere sectoren, vooral met sectoren die een rol vervullen rond preventie van op gender gebaseerd geweld, als onderdeel van een strategie om de seksuele en reproductieve rechten beter te doen naleven.
	10	Streef ernaar de middelen meer collectief te mobiliseren via PROSAUDE.
regering van Mozambique	11	Versterk de multisectorale coördinatie van SRGR-initiatieven met alle relevante provinciale directoraten.
	12	Verbeter het overzicht en de coördinatie van de verschillende gezondheidsinitiatieven binnen de provincie.
	13	Wijzig de omschrijving van de opdracht van de technische assistent bij het provinciale directoraat, zodat hij een specifieke opdracht heeft en vooral taken vervult die een grote meerwaarde voor het directoraat hebben.
	14	Overweeg om een begeleidingscomité op te richten dat het overzicht over de uitvoering van de vierde landenstrategienota behoudt.
regeringen van Vlaanderen en Mozambique	15	Overweeg om de aanpak van de verschillende initiatieven en strategieën om SRGR onder adolescenten te promoten, nationaal te evalueren.

## UITGANGSPUNTEN

Als basis voor de LSN IV formuleerden beide partners de volgende vijftien krachtlijnen.

<b>Kader 3: ontwerp van krachtlijnen voor de LSN IV voor ontwikkelingssamenwerking tussen Vlaanderen en Mozambique</b>	
1	Blijf de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking in één sector concentreren, namelijk Gezondheid, voor de LSN IV.
2	Blijf erop inzetten de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in Mozambique te promoten. En blijf inzetten op de strijd tegen schadelijke culturele praktijken en op gender gebaseerd geweld binnen de algemene doelstelling om het gezondheidssysteem te versterken en om de <a href="#">universele gezondheidsdekking (UHC) zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie</a> , te bevorderen.
3	Versterk daarbij het rechtenaspect binnen die samenwerking door meer in te zetten op beleidsbeïnvloeding en -monitoring door relevante, niet-gouvernementele actoren en onderzoeksinstellingen te steunen en een onderlinge beleidsdialog te voeren.
4	Blijf consequent aandacht hebben voor kwetsbare groepen, zowel bij preventieve als bij curatieve gezondheidsdiensten. Kwetsbare groepen zijn adolescenten, vooral meisjes en jonge vrouwen, seksuele minderheden, personen met een handicap of hiv en aids, (potentiële) slachtoffers van schadelijke culturele praktijken rond seksualiteit, voortplanting en huwelijk, en personen die tot verschillende van die categorieën behoren.
5	Hou vast aan een systeembenadering van de samenwerking door (1) de uitbouw van het gezondheidssysteem via het sectorfonds PROSAUDE te blijven ondersteunen. Overweeg daarbij om het voorzitterschap van PROSAUDE in 2021 op te nemen.
6	Hou vast aan een systeembenadering van de samenwerking door (2) te blijven voorzien in technische ondersteuning via (internationale) raadgevers van de centrale en decentrale overheid (provincie Tete en eventueel provincie Maputo).
7	Hou vast aan een systeembenadering van de gezondheidssamenwerking door (3) multisectorale samenwerking tussen de relevante sectorministeries nog actiever te promoten en uitdrukkelijk op te nemen bij projectoproepen.
8	Blijf aandacht besteden aan (1) de verdere ontwikkeling van performant en gemotiveerd gezondheidspersoneel en deskundige gezondheidsvrijwilligers in het bijzonder, en aan (2) het kwaliteitsaspect van de gezondheidsdienstverlening meer in het algemeen. Zo wordt de specifieke dienstverlening effectief meer geschikt en aanvaardbaar.
9	Zet het geografische tweesporenbeleid voort waarbij de steun aan het centrale niveau in aanzienlijke mate met steun aan en binnen de provincies Tete en Maputo wordt aangevuld. Zo kan de gevorderde decentralisatie van het Mozambikaanse gezondheidssysteem verder opgevolgd worden.
10	Versterk de aandacht voor de promotie van een gezondheidsbeleid dat op wetenschappelijk bewijs steunt door (1) verzamelde gezondheidsdata daadwerkelijk te differentiëren, minstens op basis van gender en leeftijd, en door (2) gespecialiseerde actoren verder te ondersteunen, waaronder ook Vlaamse spelers met internationaal erkende expertise
11	Besteed voortdurend aandacht aan de promotie van coherentie en schaalvergroting binnen de OS met Mozambique zonder daarbij in te boeten aan innovatiecapaciteit via onder meer proefprojecten.
12	Besteed voldoende aandacht aan de uitwisseling van materiaal en ervaringen met andere donoren en actoren en met programma's met dezelfde of strategisch aanvullende doelstellingen, vooral in de provincies Tete en Maputo, maar ook daarbuiten, en aan het potentieel van gezamenlijke ondersteuning van programma's.
13	Benut de ervaring van de gezamenlijke projectoproep, zet die praktijk voort en bekijk bijkomende manieren om het eigenaarschap en de betrokkenheid van de Mozambikaanse overheid bij de formulering en uitvoering van de LSNIV verder te garanderen.
14	Onderzoek consequent de mogelijkheid om Vlaamse initiatieven voor internationale samenwerking en ontwikkelingssamenwerking te nemen die (fundamenteel) andere doelstellingen hebben dan samenwerking voor Gezondheid en die dus buiten het kader van de LSNIV vallen. Dit o.m. vanuit het bewustzijn dat de inspanningen onder deze LSN zelf niet klimaataanrekenbaar zullen zijn.
15	Neem de verhoging van de paraatheid om gezondheidsrampen in Mozambique het hoofd te bieden op de meest adequate manier op in de LSNIV.

## VERANDERINGSTHEORIE

### GEWENSTE VERANDERING

Vlaanderen draagt ertoe bij, zowel nationaal als in de provincie Tete, een hoogwaardig en inclusief gezondheidsbeleid te ontwikkelen en uit te voeren, zoals beschreven in de PESS. Dat beleid sluit niemand uit, maakt voldoende en gediversifieerde aandacht voor SRGR voor iedereen mogelijk en helpt mee het hoofd te bieden aan epidemieën en pandemieën. Daardoor nemen de kansen van alle Mozambikanen, inclusief de leden van kwetsbare groepen, zoals adolescenten, leden van seksuele en genderminderheden, mensen met een handicap of hiv, intern ontheemden en migranten, toe om te kunnen deelnemen aan de Mozambikaanse samenleving en de duurzame ontwikkeling ervan.

### BEGUNSTIGDEN

De begunstigden van deze LSN zijn de Mozambikanen met diverse onbeantwoorde gezondheidsbehoeften op het gebied van SRGR maar ook breder. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan leden van kwetsbare groepen, zoals adolescenten, seksuele en genderminderheden, mensen met een handicap of hiv, intern ontheemden en migranten.

### VERANDERINGSDOMEINEN

Op basis van de huidige situatie in de gezondheidssector zijn de domeinen aangewezen waarin verandering noodzakelijk is. De volgende domeinen, aandachtspunten en werkwijzen die binnen dit samenwerkingsprogramma als prioriteiten worden beschouwd, volgen de hierboven vermelde strategische keuzes.

- 1. DE NATIONALE REGERING VAN MOZAMBIQUE EN DE PROVINCIALE OVERHEID VAN TETE ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN EEN BELEID DAT EEN INCLUSIEF EN HOOGWAARDIG GEZONDHEIDSSYSTEEM TOT STAND BRENGT EN DAT DE WEERBAARHEID TEGEN GEZONDHEIDSCRISES BEVORDERT.**

Vlaanderen kiest samen met andere donoren voor rechtstreekse steun aan het Ministerie van Gezondheid door het sectorfonds voor gezondheid PROSAUDE te financieren. Zo draagt het bij tot een gecoördineerde uitvoering van nationale gezondheidsplannen. Via dat sectorfonds worden de inspanningen van de donoren afgestemd op de strategie en het budget van de Mozambikaanse overheid, die de administratieve en technische uitvoering van het sectorbrede programma coördineert. Daarmee brengen we onze samenwerking in overeenstemming met het engagement van de EU en haar lidstaten om: *“...de partnerlanden verder te blijven steunen in hun inspanningen voor de opbouw van sterke, hoogwaardige en veerkrachtige gezondheidssystemen, door te zorgen voor eerlijke toegang tot gezondheidsdiensten en gezondheidszorg voor iedereen.”*<sup>52</sup>

Vlaanderen levert daarbij een betekenisvolle bijdrage van minstens twee miljoen euro per jaar aan PROSAUDE. Naast die financiële bijdrage blijft Vlaanderen werkgroepen en de overheid technisch ondersteunen en neemt het zijn verantwoordelijkheid op in het roterende

---

<sup>52</sup> [Gemeenschappelijke Verklaring van het Europees Parlement, de Raad en de Europese Commissie aangaande de nieuwe Europese consensus inzake ontwikkeling: “Onze Wereld Onze Waardigheid, Onze Toekomst”](#), para 27.

voorzitterschap van PROSAUDE. Vlaanderen hoopt dat het zo ertoe kan bijdragen een positieve trend in de financiering van dat instrument te herstellen. PROSAUDE vertaalt immers voor de gezondheidssector op unieke wijze de principes van de Verklaring van Parijs, de Accra Agenda voor Actie en IHP+.

Daarnaast blijft een tweesporenaanpak – waarbij de sectorsteun op nationaal niveau gecombineerd wordt met een zo rechtstreeks mogelijk georganiseerde steun aan het provinciale niveau – een absolute vereiste om, zeker in een land dat zo groot en divers als Mozambique is, de gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de eindgebruikers te brengen en aan te passen aan de lokale context en aan de dringende gezondheidsbehoeften van onder meer kwetsbare groepen<sup>53</sup>. Na jaren van voorbereiding en uittesten van decentralisering in de gezondheidssector lijken de hervormingen die daarvoor noodzakelijk zijn, nu definitief vorm te krijgen. Vlaanderen zal de provinciale autoriteiten ondersteunen door hun technische en financiële competenties te versterken, zodat die definitieve omslag zo goed mogelijk uitgevoerd kan worden. De Vlaams-Mozambikaanse samenwerking blijft daarbij gefocust op samenwerking met de provincie Tete. Dat geldt zowel voor de ondersteuning van provinciale overheidsinstellingen, specifieke onderzoekstaken, ngo's en andere maatschappelijke actoren als voor de gezamenlijke financiering van programma's met andere donoren. Zo (1) garanderen we de continuïteit en (2) de voorspelbaarheid van onze steun, (3) kapitaliseren we de ervaring die we al opgedaan hebben bij de samenwerking met die provincie, en (4) ondersteunen we verschillende administratieve niveaus extra binnen onze strategische portefeuillebenadering voor de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking. Daarenboven toont een behoefteanalyse enkele hardnekkige bijzondere kwetsbaarheden van het gezondheidssysteem in Tete aan<sup>54</sup>.

Voor initiatieven buiten Tete zijn de mogelijkheid tot kruisbestuiving tussen projecten in verschillende provincies, de (numerieke) aanwezigheid van specifieke kwetsbare groepen, en de opvolgingscapaciteit door de Vlaamse vertegenwoordiging criteria voor de goedkeuring.

Ten slotte zal de versterking van de nationale en provinciale capaciteit om de lokale uitbraak van epidemieën en pandemieën te helpen voorkomen en bestrijden en om de medewerking van alle relevante sectoren daarbij te organiseren en te coördineren, belangrijk worden in de nieuwe plannen.

## **2. DE TOELEVERING VAN EEN COMPLEET PAKKET HOOGWAARDIGE EN FLEXIBELE SRGR-DIENSTVERLENING ZORGT VOOR EEN VERALGEMEEND EN ONONDERBROKEN GEBRUIK EN BETERE GEZONDHEIDSRESULTATEN**

De Vlaamse ontwikkelingssamenwerking blijft inclusieve toegang tot SRGR in Mozambique promoten, maar zet daarbij een stap vooruit door specifieke aandacht te besteden aan de promotie ervan bij de kwetsbare groepen.

---

<sup>53</sup> Het is niet toevallig dat al binnen het PESS 2014-19 decentralisatie als uitgangspunt genomen werd voor de structurele en verregaande hervormingen die het ambieerde. Zie: PESS 2014-19, pp. 47-48

<sup>54</sup> Zo blijft de afstand naar een gezondheidspost van primair niveau in Tete met 15,4 kilometer het grootst ten opzichte van een gemiddelde nationale afstand van 12,4 kilometer (MISAU, *Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde*, 2019, Maputo, 2020, p. 28.)

Beide partners spreken af om SRGR voor deze LSN IV te definiëren als het realiseren van alle diensten die, ongeacht de verlener, bijdragen tot betere resultaten op het vlak van het vermijden van morbiditeit die verbonden is aan de functies van seksualiteit en voortplanting, inclusief pre-, peri- en postnatale zorg, of die het mentale en fysieke welbevinden van ieder individu dat met die twee functies verbonden is, kunnen bevorderen.

Dat zal in praktijk gebracht worden door:

1. de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen;
2. een meer diverse, multisectorale benadering te hanteren;
3. sociale innovatie (bijvoorbeeld zelfzorg<sup>55</sup>);
4. technologisch innovatieve benaderingen (bijvoorbeeld via digitale toepassingen voor zowel dienstverleners als gebruikers);
5. continuïteit in de toegang tot SRGR te verzekeren voor iedereen, ook tijdens gezondheids crises.

Het streven naar verbeterde inclusiviteit zal opgenomen worden in de monitoring en evaluatie van de algemene prestaties van het gezondheidssysteem.

Om succesvol te kunnen zijn in onze aanpak naar grotere inclusiviteit zullen we nog meer socio-antropologisch onderzoek of onderzoek dat op uitvoering gericht is, moeten verrichten. Net zoals we grotere inspanningen zullen moeten leveren om data uit te splitsen op het niveau van het voorkomen van sociale kenmerken, zoals gender, leeftijd, en ook van het eventueel voorkomen van een (meervoudige) handicap, aangevuld met de aard en ernst ervan<sup>56</sup>. Eventuele multilaterale en indirecte programma's die op dat vlak steun krijgen, zullen hun werking op de relevante nationale plannen en strategieën baseren, of moeten minstens overtuigende en innoverende proefprojecten kunnen voorleggen. Daarenboven zullen ze hun beste praktijken en resultaten van eventueel actiegericht onderzoek en proefprojecten delen met de overheid. Daardoor bevorderen we een meer gedetailleerde gegevensuitwisseling door en met de gezondheidsdiensten van de Mozambikaanse overheid. Zo krijgen alle belanghebbenden een beter zicht op de kwetsbaarheid en specifieke behoeften rond SRGR bij de verschillende onderdelen van de Mozambikaanse bevolking. Ten slotte verwerven ze inzichten in hoe ze daar succesvol mee kunnen omgaan.

Verdere integratie van dergelijke SRGR-initiatieven in de promotionele, preventieve en curatieve gezondheidsdiensten bij belangrijke infectieziekten, inclusief hiv en aids, niet-overdraagbare aandoeningen, parasitaire aandoeningen, en zeker ook binnen de algemene basisgezondheidszorg en de uitvoering van de vaccinatieschema's voor baby's en kinderen en hun moeders blijft een belangrijk streefdoel. Om de efficiëntie, effectiviteit en vooral de duurzaamheid van onze inspanningen te verhogen, verdient dat streefdoel onze consequente aandacht<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> Rond zelfzorg voor SRGR zie bijvoorbeeld <https://www.bmj.com/selfcare-srhr>.

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

<sup>57</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.

Beide partners bevestigen hun analyse dat de promotie van gezondheid en welzijn, en zeker van SRGR daarin, multisectoraal benaderd moet worden. Hoewel die benadering complexer en veeleisender is, leidt ze tot betere en duurzamere resultaten. Zo erkent het PESS dat sectoren buiten gezondheid betrokken moeten worden om de gezondheidsimpact van onze inspanningen te bevorderen en de beoogde kwetsbare groepen effectief te kunnen bereiken<sup>58</sup>. De EU en haar lidstaten hanteren de multisectorale aanpak als een goede praktijk van gezondheidssamenwerking met ontwikkelingslanden. En ook de WGO schuift een zogenaamde aanpak van gezondheid in alle beleidsdomeinen naar voren als een noodzakelijke component van gezondheidspromotie<sup>59</sup>. Multisectorale actie is noodzakelijk om succes te boeken binnen de globale strategie van de VN voor de bevordering van de gezondheid van vrouwen, kinderen en adolescenten 2016-30<sup>60</sup>. Ten slotte benadrukt zowel de nieuwe 2030 ADO van de VN als de nieuwe visie op de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking<sup>61</sup> het belang om dergelijke multisectorale benaderingen te stimuleren. Zo kan ingezet worden op de belangrijke kruisverbanden tussen de verschillende doelen en dimensies van duurzame ontwikkeling. Dat alles verklaart mee waarom de Nationale Referentiegroep voor de SDG's het belangrijk vindt om de zogenaamde ontwikkelingsversnellers te identificeren en uit te voeren. Die worden immers gekenmerkt door hun multisectorale karakter en hun grotere impactpotentieel<sup>62</sup>. Tenslotte onderschrijven beide partners in deze context ook de nood aan uitvoering van de Strategie voor 'Gezondheid op School, van de Adolescenten en de Jongeren' van de Mozambikaanse Regering.

Via de multisectorale benadering, waarbij potentieel de sectoren Onderwijs, Sport, Cultuur, Media, Landbouw, Water en Sanitair en Openbare Werken worden betrokken, pakken we een of meer van de volgende doelstellingen van SRGR aan<sup>63</sup>:

1. complete seksuele en relationele vorming;
2. de strijd tegen hiv en aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen;
3. het voorzien in de beste moderne methodes inzake gezinsplanning via dienstverlening op maat van kwetsbare groepen;
4. het verbeteren van de genderverhoudingen en de strijd tegen gendergerelateerd geweld (GGG), inclusief de strijd tegen schadelijke traditionele praktijken, zoals (gedwongen) kind- of jongerenhuwelijken en allianties;
5. het bijsturen van de (traditionele) opvattingen over en de correcte (medische) behandeling van mensen met een handicap in de gemeenschappen en binnen de overheid;
6. het bevorderen van gezondheid en welzijn van intern ontheemden en migranten, inclusief hun SRGR.

---

<sup>58</sup> PESS 2014-19, pp. 35-38.

<sup>59</sup> [Gemeenschappelijke Verklaring van het Europees Parlement, de Raad en de Europese Commissie aangaande de nieuwe Europese consensus inzake ontwikkeling: "Onze Wereld Onze Waardigheid, Onze Toekomst"](#), para 27. Voor de WGO zie bvb.: WHO & Ministry of Social Affairs and Health Finland, [The Helsinki Statement on health in all Policies](#), 2013.

<sup>60</sup> Every Women Every Child, [The Global Strategy for Women's and Children's and Adolescents' Health, 2016-30, Survive, Thrive, Transform](#), 2015, pp. 62-63.

<sup>61</sup> Vlaamse regering en Vlaams Departement Buitenlandse Zaken, [Visienota: De Vlaamse ontwikkelingssamenwerking anno 2030, naar een nieuwe identiteit als partner in ontwikkeling](#), p. 8.

<sup>62</sup> VNR Mozambique 2020, pp. 24-25.

<sup>63</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 op dat de strijd tegen hiv/aids, kinderrechten en gender transversale thema's zijn voor de algemene Vlaams-Mozambikaanse samenwerking.



### **3. EEN GOEDE BASIS- EN VOORTGEZETTE OPLEIDING EN DE ZORG VAN HET GEZONDHEIDSPERSONEEL DIE OP DE INDIVIDUELE PATIËNT GERICHT IS, DRAAGT BIJ TOT DE INCLUSIVITEIT EN DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSDIENSTVERLENING**

Om tegemoet te komen aan de problematiek van de opleiding en inzet van gezondheidspersoneel, zullen beide partners op de verschillende niveaus van de samenwerking aandacht besteden aan de objectieve en subjectieve kwaliteit van de dienstverlening. Dat omvat ook de versterking van de capaciteiten en de motivatie bij het gezondheidspersoneel om patiënten met kwetsbare achtergrond beter te benaderen en te behandelen. Dat kan zowel via de basis- als voortgezette opleiding als door nauwere opvolging op de werkvloer. Correct ingerichte infrastructuur en voldoende (digitale) gezondheidstechnologie zullen constant beschikbaar moeten zijn om ook kwetsbare groepen op een aantrekkelijkere en betere manier te kunnen opvangen en verzorgen, zelfs vanop afstand of in moeilijker toegankelijke gebieden. Ten slotte is specifieke opleiding van het gezondheidspersoneel belangrijk om hen in crisissituaties flexibel en veilig te kunnen inzetten. Die inspanningen zullen ertoe bijdragen om de dienstverlening onder alle omstandigheden gebruiksvriendelijker en toegankelijker voor alle Mozambikanen te maken.

### **4. DE PROMOTIE VAN GEZONDHEIDSBELEID DAT OP WETENSCHAPPELIJK BEWIJS GEBASEERD IS, EN DE UITVOERING EN MONITORING ERVAN VERHOOGT DE EFFICIËNTIE EN EFFECTIVITEIT VAN HET BELEID, OOK BIJ GEZONDHEIDSCRISIS**

Goede medische datavergaring, epidemiologische monitoring en correct en ethisch uitgevoerd gezondheidsonderzoek zijn essentieel. Op basis daarvan kan de overheid (1) juiste prioriteiten stellen voor de schaarse gezondheidsmiddelen, (2) de meest aangewezen behandelingsmethoden en -strategieën selecteren en (3) het hoofd bieden aan een (dreigende) epidemie of pandemie<sup>64</sup>.

Dit deel van de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking zal dan ook gericht zijn op de ondersteuning van de actoren die de meeste van de volgende diensten op een zo efficiënte en effectief mogelijke manier kunnen bieden:

1. de collectie, het beheer en de verspreiding van gezondheidsgegevens die van strategisch belang zijn voor het beleid en die voldoende uitgesplitst zijn volgens geslacht, leeftijd en elementen van kwetsbaarheid;
2. (het toezicht op) de kwaliteitscontrole van nieuwe vaccins, geneesmiddelen, (snel)testen en gezondheidsdiensten en de opvolging van antimicrobiële resistentie;
3. het beheer van medische referentielaboratoria;
4. het verzorgen van snelle diagnostiek en opvolging bij ziektes of de uitbraak van epidemieën en pandemieën;
5. de opleiding van onderzoekers en assistierend personeel voor de laboratoria en de inzet van (snel)testen;
6. de verspreiding van gerichte gezondheidsinformatie bij de bevolking, met inbegrip van kwetsbare groepen, in het kader van de algemene gezondheids promotie en van rampenparaatheid en -respons;
7. de monitoring van de gezondheidstoestand binnen het nationale territorium of een deel ervan, met voldoende aandacht voor de gezondheid van kwetsbare groepen.

---

<sup>64</sup> PESS 2014-19, pp. 55-56.

De verlenging of heroriëntering van de Vlaamse steun aan het Nationaal Gezondheidsinstituut (INS) als prioritaire partner op het vlak van gezondheidsonderzoek en -monitoring zal daarbij als eerste onderzocht worden.

## **2.4. STRATEGISCHE AANPAK BIJ DE UITVOERING VAN DE VERANDERINGSTHEORIE**

### **KERNWAARDEN: GENDER, GOED BESTUUR, MENSENRECHTEN**

Als basisvoorwaarden voor ontwikkeling zullen de partners bij het programmeren en de uitvoering van hun samenwerking belang hechten aan (1) de promotie van goed bestuur, (2) mensenrechten en (3) gelijke kansen voor mannen, vrouwen en kwetsbare groepen, met specifieke aandacht voor personen met een handicap, PLHIV, seksuele en genderminderheden, migranten en intern ontheemden.

Vlaanderen volgt onder meer de EU-richtlijnen (Gender Action Plan III, 2020) om op te volgen of die voorwaarden in financiële en concrete activiteiten vertaald worden. De volgende streefcijfers worden daarbij naar voor geschoven. Minstens 85% van de gesteunde initiatieven heeft een:

- score van 1 of 2 op de gendermarker, GG, zoals gedefinieerd door de OESO-DAC;
- score van 1 of 2 op de marker voor participatieve ontwikkeling/goed bestuur, zoals gedefinieerd door de OECD-DAC, en die elementen van participatie, goed bestuur en mensenrechten omvat<sup>70</sup>.

Daarenboven zal minstens 10% van de financiering gewijd zijn aan initiatieven die minstens een van die basisvoorwaarden als hoofdthema hebben.

Ten slotte zal aan projectoproepen voor niet-overheidsactoren de vereiste gekoppeld worden om minstens één resultaat op te geven binnen een of meer van de volgende actiedomeinen:

- de efficiëntie, kwaliteit, effectiviteit en vooral de inclusiviteit van het gezondheidsbeleid en de dienstverlening van de overheid bij kwetsbare groepen actief onderzoeken of opvolgen om de heersende ongelijkheden binnen het recht op de hoogst bereikbare standaard van gezondheid kenbaar en bespreekbaar maken;
- de toepassing van andere principes van goed bestuur binnen de Mozambikaanse gezondheidssector, overheid en regering, zoals transparantie, zorgvuldige budgettaire planning en uitvoering, en achteraf rekenschap daarover afleggen, actief onderzoeken of opvolgen;
- alternatieve beleidslijnen voor een grotere inclusiviteit en kwaliteit binnen de gezondheidsdienstverlening ten aanzien van de nationale of provinciale overheid of het parlement en de regering voorstellen en eventueel actief verdedigen;
- aantonen hoe het recht op toegang tot de hoogste standaard van gezondheid en correcte en volledige informatie ook tijdens het voorkomen en bestrijden van epidemieën en pandemieën gegarandeerd kan worden.

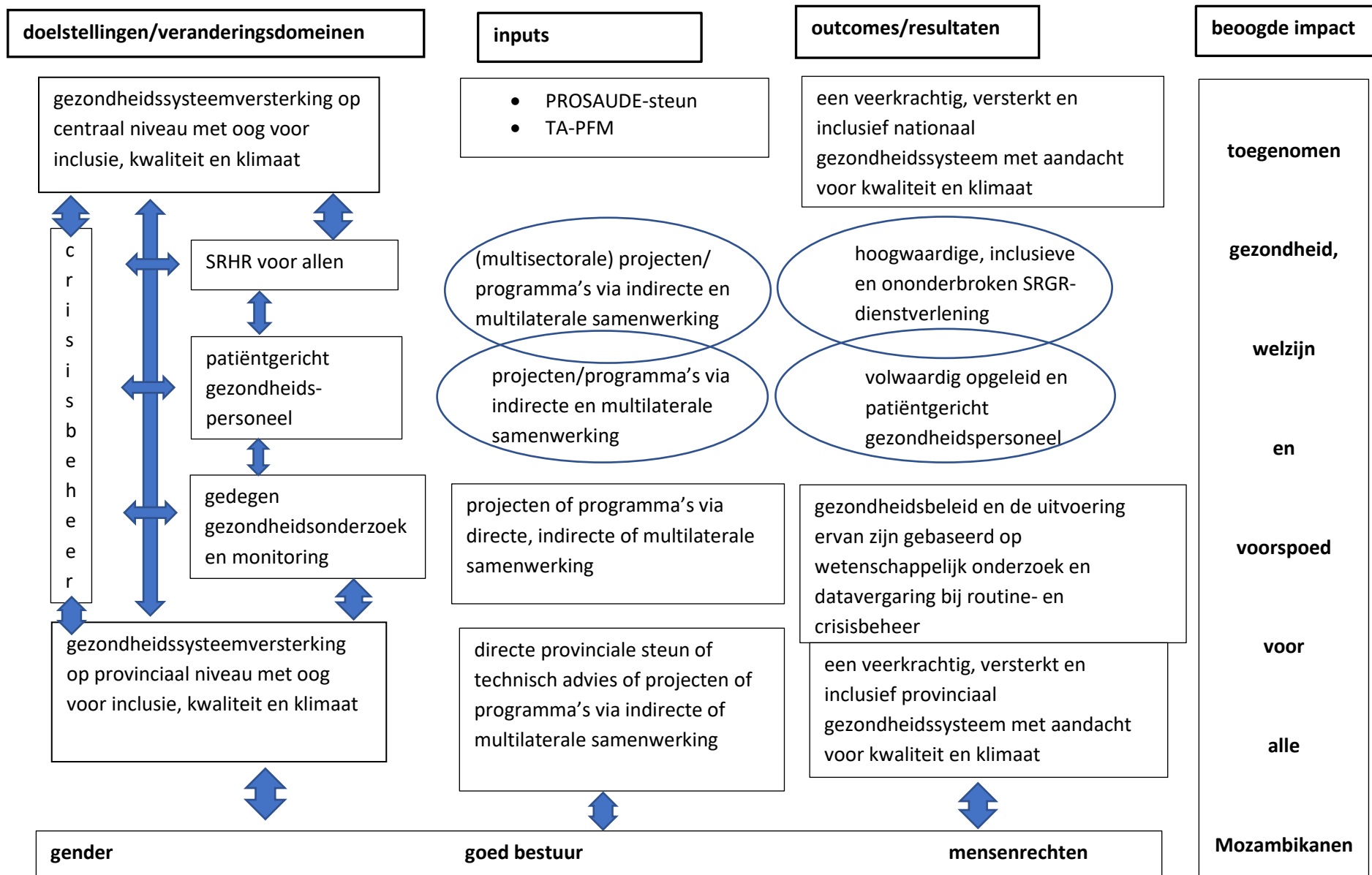
## **INTEGRATIE VAN AANPASSING AAN DE KLIMAATVERANDERING**

De huidige hoge ziektelast in Mozambique is sterk gekenmerkt door klimaatgevoelige ziekten die de plattelandsbevolking, vrouwen en kinderen onevenredig treffen. Terugkerende opstoten van traditionele maar ook nieuwere klimaatgevoelige ziekten in Mozambique, zoals malaria, cholera en chikungunya, zetten de gezondheidsdiensten die al overbevraagd zijn, nog meer onder druk. Klimaatmodellen voorspellen dat Mozambique te maken zal krijgen met hogere temperaturen, een vertraagd begin van het regenseizoen in sommige regio's en een toename van de frequentie en intensiteit van extreme weersomstandigheden. Die klimaatveranderingen zullen de bestaande uitdagingen binnen het nationale gezondheidssysteem nog vergroten.

Vlaanderen en Mozambique zullen de aanpassing aan de klimaatverandering maximaal in hun samenwerking integreren. Op beleidsniveau en in de samenwerking met overheidspartners zal Vlaanderen binnen zijn mogelijkheden de integratie van de impact op het gezondheidsbeleid promoten en opvolgen. Bij de uitvoering voorzien we in passende beheersmaatregelen voor klimaatrisico's bij kwetsbare projecten en programma's. Aangezien de inspanningen voor de strijd tegen de klimaatverandering op grote schaal geleverd moeten worden, zal Vlaanderen dit thema ook via regionale initiatieven buiten deze LSN IV steunen (cf. infra).

## **SCHEMATISCHE VOORSTELLING VAN DE UITVOERING**

De combinatie van de gewenste verandering met de geïdentificeerde veranderingsdomeinen en de componenten van strategische aanpak leveren het volgende schema voor de uitvoering op.



## **BASISVERONDERSTELLINGEN**

De volgende veronderstellingen zijn cruciaal om vooruitgang te boeken in de doelstellingen en resultaten van dit programma.

### **Algemeen**

1. De LSN 2021-2025 ontwikkelt een positieve dynamiek van samenwerking en cocreatie tussen de regeringen en alle belanghebbenden van de andere ontwikkelingspartners, multilaterale organisaties, kennisinstellingen, de privésector, (internationale) ngo's en de organisaties van het maatschappelijk middenveld die in de gezondheidssector actief zijn, tot en met de leden van de doelgroepen van de programma's en activiteiten zelf.

### **Gezondheidssysteemversterking (centraal/provinciaal)**

2. De samenwerking tussen de regeringen en overheden van Mozambique en Vlaanderen blijft constructief en alle partners leveren bijdragen aan de gezamenlijke doelstellingen die in deze LSN vooropgesteld worden.
3. De regering van Mozambique en de donorgemeenschap stemmen hun visies en investeringen af op een effectieve en consistente uitvoering van het bestaande gezondheidsbeleid, dat op participatieve wijze bepaald is door de regering van Mozambique.
4. Zowel de Regering van Mozambique als haar ontwikkelingspartners versterken hun inspanningen om in de nationale gezondheidsprioriteiten en het gezondheidssysteem van Mozambique te investeren, zoals bepaald in het PESS. In dat opzicht zal Mozambique haar overheidsmiddelen voor de gezondheidssector uitbreiden en zal Vlaanderen zijn engagement ten aanzien van PROSAUDE en de provinciale autoriteiten in Tete nakomen.
5. De impact van klimaatverandering en van het eventuele optreden van gezondheids crises blijft beheersbaar voor het (versterkte) gezondheidssysteem.

### **SRGR voor iedereen**

6. Toegang tot SRGR voor alle Mozambikanen blijft een belangrijke beleidsprioriteit voor de Mozambikaanse en de Vlaamse regering, de parlementen van beide bestuursentiteiten en voor andere internationale instellingen, donoren, middenveldorganisaties en (internationale) ngo's.
7. Bij de uitvoering van het beleid worden voldoende kwantitatieve en kwalitatieve resultaten in het algemeen en voor kwetsbare groepen in het bijzonder behaald.

### **Hoogwaardig en patiëntgericht gezondheidspersoneel**

8. Samen met hun internationale partners drijven de nationale en provinciale overheden de inspanningen op om hoogwaardig en patiëntgericht gezondheidspersoneel en -vrijwilligers op basis van een herzien en meer praktijkgericht curriculum op te leiden.
9. Samen met hun internationale partners vergroten de nationale en provinciale overheden de inspanningen om dat personeel duurzaam en voldoende uitgerust in te zetten, in combinatie met performante begeleiding en opvolging van bestaand en nieuw aangeworven personeel op de werkvloer zelf.
10. Het personeel wordt geografisch verspreid ingezet en slaagt erin om de opleiding over inclusiviteit in de praktijk om te zetten, patiënten uit kwetsbare groepen aan te trekken en op effectieve en professionele wijze te verzorgen.

### **Gedegen gezondheidsonderzoek en -monitoring**

11. De Mozambikaanse Regering toont een stijgende interesse en capaciteit voor de ontwikkeling van een gezondheidsbeleid, inclusief in de context van gezondheidscrisisparaatheid, dat gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek en voldoende uitgesplitste datavergaring.

### **Verticale componenten: gender, goed bestuur en mensenrechten**

12. Het middenveld blijft de ruimte krijgen om actief in het gezondheidsbeleid te participeren, de gezondheidsbelangen van zwakkere groepen in de Mozambikaanse samenleving te verdedigen en rekenschap over en van het beleid te vragen.

### 3

## INDICATIEVE FINANCIERING VAN DE LSN IV

In de volgende indicatieve tabel stellen de partners een eerste en ruwe verdeling van de middelen voor om de LSN IV succesvol uit te voeren. Startend van het totaal aan beschikbare middelen wordt een verdeling voorgesteld die gebaseerd is op een algemene inschatting van de financieringsbehoeften en de absorptiecapaciteit binnen de verschillende doelstellingen. Die verdeling is louter indicatief en mag dus onder geen beding als een definitieve toewijzing van de middelen over de verschillende doelstellingen gehanteerd worden.

<i>indicatieve financiering van de Vlaams-Mozambikaanse samenwerking voor de LSN IV, 2021-2025</i>	
<i>jaar</i>	2021-2025
<i>bijdragen tot de ontwikkeling en uitvoering van een hoogwaardig en inclusief gezondheidsbeleid op centraal niveau dat oog heeft voor de gezondheidsbehoeften van kwetsbare groepen en dat voorbereid is op het voorkomen en bestrijden van epidemieën en pandemieën*</i>	12.000.000
<i>steun aan de provincie Tete voor de ontwikkeling en uitvoering van een hoogwaardig en inclusief gezondheidsbeleid dat oog heeft voor de gezondheidsbehoeften van kwetsbare groepen en dat een effectieve bijdrage kan leveren aan het lokaal voorkomen en bestrijden van epidemieën en pandemieën</i>	2.500.000
<i>bijdragen tot het vergroten van toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van alle Mozambikanen, met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen</i>	6.000.000
<i>bijdragen tot de verdere ontwikkeling van goed opgeleid en gemotiveerd gezondheidspersoneel en vrijwilligers op nationaal vlak en in de provincie Tete om de toegang tot en de kwaliteit en aantrekkelijkheid van de gezondheidsdiensten te verhogen, ook voor kwetsbare bevolkingsgroepen</i>	2.500.000
<i>bijdragen tot gedegen gezondheidsonderzoek en monitoring van ziekten, epidemieën en pandemieën met, waar relevant, voldoende aandacht voor kwetsbare groepen en voor het bevorderen van de nationale capaciteit voor crisisrespons in het kader van de internationale gezondheidsregels</i>	2.000.000
<b>totaal</b>	<b>25.000.000</b>

\* waarvan, bij goed beheer, minstens 2 miljoen euro per jaar voor het gemeenschappelijk programma voor gezondheid, PROSAUDE

# 4

## BEHEER VAN HET PROGRAMMA

Dit deel beschrijft de algemene strategie voor het beheer van de LSN. Het succes van het programma zal afhangen van een geslaagde samenwerking tussen de regeringen en de vrijheid om te kiezen voor een benadering met verschillende belanghebbenden, waarin alle partijen de verantwoordelijkheid opnemen voor hun specifieke taken, verbintenissen en gebruik van middelen.

### 4.1 BESTUUR

De regering van Mozambique en de Vlaamse regering zijn samen verantwoordelijk voor de resultaten van de LSN 2021-2025. De Vlaamse regering heeft het Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken (DKBUZA) opdracht gegeven haar beleid inzake ontwikkelingssamenwerking uit te voeren. DKBUZA is tegenover de Vlaamse minister, bevoegd voor de ontwikkelingssamenwerking, aansprakelijk voor de financiering en het beheer van de programma's voor ontwikkelingssamenwerking en houdt toezicht op de uitvoering ervan. De regering van Mozambique heeft het Ministerie van Buitenlandse Zaken en Samenwerking (MINEC) aangewezen als de belangrijkste coördinator van de nationale economische en ontwikkelingsplanning en als de facilitator van de internationale ontwikkelingssamenwerking. Het Mozambikaanse Ministerie van Gezondheid (MISAU) is de belangrijkste regeringspartner voor de uitvoering van die samenwerkingsstrategie, maar de samenwerking kan, naargelang de gespecificeerde veranderingsdomeinen, ook andere ministeries omvatten.

DKBUZA voert beleidsdialogen en steunt beleidshervormingen en uitvoeringsprocessen die relevant zijn voor de thema's van deze LSN. Er wordt deelgenomen aan de relevante dialoogfora met de Mozambikaanse overheid en andere donoren in Mozambique. Goed bestuur en beheer van de overheidsfinanciën maken daar deel van uit. Dat betekent dat ook toezicht wordt gehouden op de wederzijdse aansprakelijkheid en de gedeelde verantwoordelijkheid voor het succes van de samenwerkingsstrategie.

### 4.2 UITVOERING

#### PORTEFEUILLEBENADERING

Bij de uitvoering van deze strategienota zal een portefeuillebenadering worden gehanteerd. Die benadering combineert steun aan:

- verschillende financierings- of uitvoeringsmodaliteiten;
- verschillende administratieve uitvoeringsniveaus (cfr. provinciaal niveau);
- een mix van uitvoerende actoren (directe, indirecte, multilaterale, lokaal maatschappelijk middenveld, private actoren ...).



Daarbij zal het programma ernaar streven om samenwerking tussen projecten en tussen uitvoerende actoren zo veel mogelijk te faciliteren en te versterken, zodat de gewenste verandering versneld ingevoerd kan worden. De portefeuillebenadering staat garant voor de nodige flexibiliteit bij de besteding van de middelen en voor een zekere risicospreiding. Alle projecten en programma's die gefinancierd worden binnen de LSN, onafhankelijk van de financierings- of uitvoeringsmodaliteit of onafhankelijk van de uitvoerende actor, zullen bijdragen aan een van de vier bovenvermelde veranderingsdomeinen. De indicatoren op projectniveau zullen bijdragen aan de indicatoren op doelstellingsniveau. Op die manier worden alle programma's afgestemd op de doelstellingen van de Mozambikaanse overheidsplannen.

Vlaanderen informeert de Mozambikaanse overheid over elke financiering die niet via overheidsactoren verloopt en zal subsidieoproepen zo veel mogelijk samen met de overheid organiseren.

Om de efficiëntie en de resultaatgerichtheid van het programma te versterken, wordt een gefocuste benadering voorgesteld. Dat betekent dat een beperkt aantal programma's en projecten geselecteerd wordt op basis van criteria, zoals de feitelijke behoeften van een specifiek gebied, de relevantie en effectiviteit van de uitvoerende partners, het potentieel voor gecoördineerde actie met de uitvoerende partner, het voorgestelde budget en het risico.

De uitvoerende actoren kunnen bilaterale partners zijn, multilaterale organisaties, internationale of lokale ngo's, organisaties van het maatschappelijke middenveld, onderzoeksinstituten of de privésector. Daarnaast zijn uitwisselingen of samenwerkingen mogelijk met Vlaamse instellingen of organisaties die over een specifieke expertise beschikken om de kwaliteit van de uitvoering van het programma te verbeteren.

#### IDENTIFICATIE VAN PROGRAMMA'S EN PROJECTEN

De aangewezen vertegenwoordigers van het Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken (DKBUZA) en de relevante Mozambikaanse autoriteiten kunnen elk initiatieven identificeren.

Vlaanderen kan rechtstreeks ondersteuning bieden aan de regering van Mozambique via bilaterale projecten, via gemeenschappelijke financiering of via indirecte samenwerking, al dan niet door een oproep te organiseren. Ook een gedelegeerde samenwerking met donoragentschappen kan worden overwogen. Alle voorstellen zullen aan de prioriteiten van deze LSN en het Mozambikaanse beleid worden getoetst.

Als er behoefte is aan interne capaciteitsopbouw voor lokale organisaties, ook voor administratieve of financiële aspecten, kan dat in het projectvoorstel en -budget worden opgenomen.

Vlaanderen en Mozambique verbinden zich ertoe transparante selectieprocessen te gebruiken voor de keuze van de uitvoerende instellingen of organisaties. De uitvoerende partners zullen worden beoordeeld op hun uitvoeringscapaciteit en moeten aan bepaalde minimale eisen voldoen met betrekking tot financieel beheer, technische competenties en goed bestuur.

De voorstellen voor projecten of programma's zullen worden beoordeeld volgens de interne procedures van DKBUZA en vervolgens ter goedkeuring worden voorgelegd aan de Vlaamse minister, bevoegd voor de ontwikkelingssamenwerking. De Vlaamse Regering moet haar definitieve goedkeuring geven voor elke individuele financiering.

De administratieve overlast wordt beperkt door binnen de limieten van de risicobeheersregels zo veel mogelijk met bestaande formaten en procedures van de gefinancierde organisaties te werken.

#### UITVOERING VAN PROGRAMMA'S EN PROJECTEN

De uitvoering van programma's of projecten is de verantwoordelijkheid van de uitvoerende instellingen en organisaties.

Alle detailinformatie over de uitvoering van het programma of project en de administratieve vereisten worden gespecificeerd in een projectdocument en een projectovereenkomst.

Vlaanderen zal ernaar streven de lokale regels en procedures van zowel overheidsinstellingen als individuele organisaties zo goed mogelijk te volgen. Om de financiële risico's te beperken, kunnen bijkomende eisen rond onder meer verantwoording worden gesteld. In geval van gezamenlijke financiering door verschillende donoren en budgetsectorfinanciering sluit Vlaanderen zich aan bij project- en programmavoorstellen en overeenkomsten waarover collectief onderhandeld is.

#### RAPPORTAGE DOOR DE UITVOERENDE PARTNERS

DKBUZA volgt zo veel mogelijk de bestaande lokale systemen en procedures voor de rapportage van de uitvoerende partners, of de systemen en procedures die opgesteld en afgesproken zijn in gezamenlijk donorenverband, om de administratieve last van de uitvoerende organisaties te verlichten. Die rapporten moeten aan de vereiste kwaliteit en de minimale rapportage-eisen van DKBUZA voldoen. Als dat nodig of gewenst is, stelt DKBUZA sjablonen voor inhoudelijke en financiële rapportering ter beschikking van de uitvoerende partner. De rapportage-eisen zullen zo goed mogelijk op het PESS en andere Mozambikaanse nationale of lokale behoeften op het vlak van monitoring en dataverzameling worden afgestemd. Rapportage omvat zowel inhoudelijke voortgangsrapporten als financiële rapportering.

### **4.3 FINANCIERINGSVERBINTENISSEN EN UITBETALINGEN**

In het tijdsbestek van het samenwerkingsprogramma (2021-2025) zal Vlaanderen 25 miljoen euro uitkeren, met een gemiddelde van 5 miljoen euro per jaar. Deze verbintenis biedt financiering voor projecten en programma's die zijn goedgekeurd door de Vlaamse regering in het kader van de LSN 2021-2025. De precieze beschikbare budgetten zullen jaarlijks door DKBUZA aan de regering van Mozambique worden meegedeeld. Tijdens de bilaterale consultaties zal DKBUZA altijd een overzicht geven van de vastgelegde en bestede middelen. De vastgelegde en bestede middelen zullen opgenomen worden in ODAMOZ.

De financiering van de rechtstreekse bilaterale samenwerking, zowel op nationaal als op gedecentraliseerd niveau, zal de nationale procedures volgen en moet de toets van een grondige evaluatie van het financiële risico doorstaan. In geval van onrechtstreekse samenwerking worden de fondsen rechtstreeks aan de uitvoerende agenten overgemaakt. Uitgaven waarvan blijkt dat ze niet in aanmerking komen, zal de Vlaamse Regering terugvorderen.

Maximaal 5% van het budget van de LSN kan worden gebruikt voor de identificatie en formulering van processen en projecten, voor monitoring, evaluatie en leren, voor beleidsonderzoek in verband met de thema's van de LSN en voor technische bijstand ad hoc binnen programma's en projecten. Als consultants extern worden gecontracteerd door DKBUZA, is het Belgische aanbestedingsrecht van toepassing. Deze fondsen zullen door DKBUZA worden beheerd of kunnen worden opgenomen in projectbudgetten.

## 4.4 OPVOLGING, EVALUATIE EN LEREN

### OPVOLGING EN EVALUATIE OP BELEIDSNIVEAU

Voor de opvolging en evaluatie van de sectorsteun aan MISAU zal Vlaanderen deelnemen aan de bestaande **beleidsdialoog** met het ministerie en andere donoren. Daarbij wordt de coördinatie door de leidende donor gerespecteerd en wordt het principe nageleefd dat de opvolging en evaluatie ervan collectieve inspanningen moeten zijn. Vlaanderen neemt zo mogelijk deel aan gezamenlijke evaluatie-oefeningen en werkt samen met de andere donoren om maximale coherentie te verzekeren van standpunten en voorstellen ten aanzien van MISAU. Vlaanderen kan ook technische bijstand inzetten om MISAU of de provinciale overheid in hun beleidstaken te ondersteunen, maar ook nieuwe instrumenten kunnen daarvoor verkend en aanwend worden. De resultaten van de decentrale, indirecte en innovatieve initiatieven worden teruggekoppeld naar het beleidsniveau van de SWAp.

Als algemeen instrument voor de monitoring van de vooruitgang van de LSN is een resultaatkader ontwikkeld dat op de doelstellingen van deze LSN en het PESS gebaseerd is (zie onder, bijlage 1). Bestaande nationale indicatoren zijn gebruikt om de bereikte resultaten op te volgen. De programma's en projecten die via deze LSN gefinancierd worden, zullen de relevante indicatoren van dat resultaatkader bevatten of er rechtstreeks toe bijdragen en zullen over de indicatoren moeten rapporteren.

In 2024 zal een **tussentijdse externe evaluatie** van de LSN plaatsvinden om de vorderingen van de uitvoering van het programma te bespreken en aanbevelingen voor de toekomstige samenwerking te formuleren. De taakomschrijving voor deze evaluatie zal door de regeringen van Vlaanderen en Mozambique worden goedgekeurd. De besluiten van die externe evaluatie zullen gezamenlijk worden besproken en zullen deel uitmaken van de input om de toekomstige samenwerking effectiever, efficiënter en duurzamer te maken.

Minstens om de twee jaar zal er, afwisselend in Mozambique en in Vlaanderen, een **bilateraal overleg** plaatsvinden tussen de regeringen van Mozambique en Vlaanderen om de beleidsevoluties in de gezondheidssector te bespreken, zowel de algemene ontwikkelingen als de ontwikkelingen in de thematische veranderingsdomeinen van de LSN. Daarnaast zullen (1) de gezondheidsresultaten die bereikt zijn binnen de voormelde veranderingsdomeinen en (2) de

gewenste resultaten voor de toekomst binnen die domeinen worden toegelicht. Dat overleg zal ook de rapportage over de vooruitgang van de LSN mogelijk maken, naast het delen van vaststellingen binnen het samenwerkingskader die gebaseerd zijn op wederzijdse aansprakelijkheid en op het gemeenschappelijke streven naar continue verbetering. Indien nodig kunnen daarbij in onderling overleg maatregelen genomen worden om bepaalde processen te versnellen of zwaartepunten te verleggen. DKBUZA zal een overzicht bieden van de verbintenissen en de uitgegeven middelen. Vertegenwoordigers van MISAU, MINEC, DKBUZA en, waar relevant, andere betrokken ministeries en uitvoerende partners zullen deelnemen aan het bilaterale overleg.

Tijdens de eerste bilaterale consultatie (2021) wordt de opstart en globale programmering voor de LSN besproken. Bij de tweede consultatie (2023) worden de eerste resultaten en de klijtlijnen voor de tussentijdse evaluatie besproken. Tijdens de derde en laatste bilaterale consultatie in het kader van deze LSN (2025) zullen de resultaten van de tussentijdse evaluatie en van de ondersteunde initiatieven in hun globaliteit behandeld worden, onder meer als basis voor toekomstige samenwerking.

## OPVOLGING EN EVALUATIE OP HET NIVEAU VAN DE UITVOERING

De algemene verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het programma en de rapportage over de vooruitgang en de resultaten ligt bij de uitvoerende partners. DKBUZA zal dat proces volgen aan de hand van werkplannen, vergaderingen, vooruitgangresultaten, evaluaties en terreinbezoeken. De monitoring maakt deel uit van een leerproces om de projectuitvoering en het organisatievermogen te verbeteren en zal waar mogelijk samen met de regering van Mozambique uitgevoerd worden. Een stuurcomité voor programma's op provinciaal niveau kan worden opgericht om de transparantie en de wederzijdse aansprakelijkheid te vergroten. Indicatoren om de vooruitgang van projecten te volgen, zullen aan het resultaatkader en dus ook aan het PESS worden gekoppeld. De indicatoren hebben betrekking op de impact op de begunstigen en op de kernwaarden gender, goed bestuur en mensenrechten.

Als algemene regel zullen alle programma's of projecten extern worden geëvalueerd. Die externe evaluatie wordt gefinancierd met de projectbudgetten. De project- of programmaovereenkomst zal de modaliteiten voor controle en evaluatie omvatten. Evaluaties kunnen ook plaatsvinden op verzoek van DKBUZA. Bij financiering van gemeenschappelijke programma's zal DKBUZA deelnemen aan de gemeenschappelijke controles en evaluaties. Dat geldt in het bijzonder voor PROSAUDE, waarvoor de opvolgmechanismen in het memorandum van overeenstemming en het procedurehandboek zijn vastgelegd.

De indicatoren voor de opvolging van de directe bilaterale samenwerking op nationaal en provinciaal niveau (veranderingsdomein 1) en op het niveau van veranderingsdomein 2 (SRGR), 3 (HRH) en 4 (gezondheidsonderzoek) zijn de indicatoren die gehanteerd worden binnen het algemene opvolgingskader voor de gezondheidsSWAp of binnen de voormelde relevante, specifieke programma's. Ze zullen op hun beurt het resultatenkader van de LSN IV voeden (zie onder, bijlage 1).

In principe vindt voor elk project of programma een regelmatige financiële, proces- of overeenstemmingsaudit plaats, waarbij de internationale standaarden worden gehanteerd. De soorten audits kunnen variëren en worden gefinancierd door DKBUZA. Bij participatie in

gemeenschappelijke programma's, in het bijzonder in PROSAUDE, zal Vlaanderen deelnemen aan gemeenschappelijke audits met andere donoren. Voor financiering aan overheidspartners wordt rekening gehouden met de resultaten van de doorlichtingen van de Tribunal Administrativo van de Mozambikaanse overheid.

#### **4.5 RISICOBEEHER**

Verschillende risico's kunnen het behalen van de resultaten van de LSN 2021-2025 beïnvloeden. Vlaanderen en Mozambique zijn samen verantwoordelijk voor het risicobeheer en de risicobeperking. In geval van risico's tijdens de uitvoering van de LSN zullen Vlaanderen en Mozambique mogelijk een aantal maatregelen moeten nemen om het juiste beheer van de projecten en de fondsen veilig te stellen. Ook als de uitvoering van de samenwerkingsstrategie zou worden gewijzigd, zullen de meest kansarme bevolkingsgroepen van Mozambique altijd de eindbegunstigden blijven.

Als deze LSN zijn focus op decentralisering en de uitvoering in de provincies, met name Tete en Maputo, vergroot, is het mogelijk dat de regeringen van Vlaanderen en Mozambique bijkomende risicobeperkende maatregelen zullen moeten nemen.

Het risicobeheer wordt toegepast op basis van de volgende principes:

- De principes van de Verklaring van Parijs, die van toepassing zijn op zowel de Mozambikaanse als de Vlaamse Regering, moeten worden nageleefd als wijzigingen van de steunmodaliteiten worden overwogen.
- Vlaanderen zal, waar nodig samen met andere donoren, de risico's van het samenwerkingsprogramma monitoren en zal in samenspraak met de Mozambikaanse Regering risicobeperkende maatregelen ontwikkelen en oplossingen zoeken als dat nodig is.
- Risico-identificatie (capaciteit van de organisatie, financieel beleid, hr-beleid, ethisch beleid ...), analyse, risicobeheer en monitoring zullen deel uitmaken van alle initiatieven die voortvloeien uit deze LSN.
- Vlaanderen zal een portfoliobenadering hanteren waarin een mix van partners voor de uitvoering, van rechtstreeks ondersteunde, administratieve niveaus en van financieringsmodaliteiten wordt gehanteerd.
- In geval van afnemende prestaties of toegenomen risico bij de middelen die op centraal of provinciaal niveau doorgestort moeten worden, kan Vlaanderen de middelen die daarvoor bestemd zijn, heroriënteren naar lokale overheden of naar niet-gouvernementele en multilaterale organisaties, in overeenstemming met de doelstellingen en doelgroepen die in deze LSN zijn vermeld. Dergelijke beslissingen zullen aan de Mozambikaanse overheid worden meegedeeld.
- DKBUZA zal bij alle uitvoerende partners de uitgaven terugvorderen die buiten de overeengekomen budgetten en plannen vallen, of die door de eigen controles of externe audits als onrechtmatige uitgaven worden geïdentificeerd.
- Mensenrechten, aandacht voor gender en goed bestuur, met inbegrip van het beheer van de overheidsfinanciën, blijven de basisvereisten voor de ontwikkelingssamenwerking tussen Vlaanderen en Mozambique.

- In geval van ernstige bestuursproblemen in Mozambique zal Vlaanderen moeten beoordelen of het absorptievermogen van Mozambique aangetast is. In extreme gevallen is het mogelijk dat de steun wordt beperkt of bevroren. Die beslissingen zullen zo veel mogelijk in overleg met de regering van Mozambique worden genomen. Ze zijn gebaseerd op de beoordeling door de internationale donorgemeenschap en in het bijzonder door de Europese Unie.

# 5

## **SAMENWERKING BUITEN DE LSN 2019-2023**

### **5.1 ALGEMEEN**

Vlaanderen steunt verschillende initiatieven in Mozambique die buiten het kader van deze LSN vallen. Zo wil Vlaanderen bijkomende inspanningen leveren om zijn engagement in het nieuwe partnerschap voor globale ontwikkeling, zoals omschreven in de 2030 ADO, te concretiseren. Het kan gaan om initiatieven die rechtstreeks Mozambique ondersteunen, of om regionale initiatieven die niet alleen betrekking hebben op Mozambique, maar ook op naburige landen. Ze zijn erop gericht de klimaatcrisis te bestrijden, de landbouw en voedselzekerheid te versterken, en de weerbaarheid van de bevolking ten aanzien van natuurrampen of privaat ondernemerschap te verhogen. Aangezien de investeringsprioriteiten van de Vlaamse regering kunnen verschuiven, is het volgende overzicht tijdgebonden. Meer informatie over deze initiatieven staat op de site.

### **5.2 REGIONAAL GEORGANISEERDE INITIATIEVEN**

#### **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's. Zo is Vlaanderen een van de belangrijkste donoren van het Speciale Programma rond Onderzoek over de Menselijke Voortplanting, Ontwikkeling en Onderzoekstraining, HRP, ingebed in het departement Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Onderzoek, SRH, van de WGO. Een tweede voorbeeld is de steun aan UNAIDS in het kader van de vierde samenwerkingsovereenkomst met Vlaanderen. UNAIDS wordt beschouwd als de belangrijkste instelling op het vlak van een geïntegreerd antwoord op de hiv-hyperepidemie. Daarenboven legt de organisatie sterk de nadruk op preventie door gedragswijziging. Ook door ervoor te ijveren barrières voor preventie en behandeling weg te werken die vastliggen in nationale wetgeving en vastgeroest zijn in sociale attitudes en die leden van de kwetsbaarste groepen voor deze ziekte discrimineren, zoals mannen die seks hebben met mannen, druggebruikers, en ook adolescente en jonge vrouwen in de context van Zuidelijk Afrika, speelt UNAIDS een heel belangrijke rol in de multisectorale strijd tegen deze epidemie. Vlaanderen verbindt zich ertoe om tijdens de bilaterale consultaties verdere informatie te verschaffen over de ontwikkeling en de resultaten van zijn multilaterale samenwerking die voor Mozambique relevant zijn.

## **STRIJD TEGEN KLIMAATVERANDERING, RAMPENPREVENTIE EN -BESTRIJDING EN REHABILITATIE**

Binnen Afrika staat Mozambique gerangschikt als derde meest kwetsbare land voor meervoudige weegerelateerde risico's. Mozambique krijgt inderdaad regelmatig te maken met massale overstromingen, cyclonen en droogtes, die door de impact van klimaatverandering nog frequenter en heviger worden. Daarom ondersteunt Vlaanderen verschillende initiatieven om de weerbaarheid van partnerland Mozambique tegen de impact van de klimaatverandering te verhogen. Die inspanningen zullen ervoor zorgen dat essentiële functies van het gezondheidssysteem en de voedsel- en watersector minder kwetsbaar zijn voor het klimaat en dat, ondanks een onstabiel klimaat, in die sectoren toch duurzame verbeteringen voor de bevolking worden bereikt.

In het kader van de inspanningen die Vlaanderen levert om ook zijn humanitaire hulp zelf zo duurzaam mogelijk te maken, wil het een deel van de middelen voor een structurele benadering van rampenpreventie in de partnerlanden en dus ook in Mozambique inzetten. Als er zich effectief een ramp voordoet, zal Vlaanderen daarenboven extra inspanningen leveren om noodhulp te verstrekken en geld voor rehabilitatie vrij te maken.

## **ONDERSTEUNING VOOR ECONOMISCHE WELVAART**

Binnen de partnerschappen die een belangrijke pijler vormen voor de uitvoering van de 2030 ODA, speelt de privésector een cruciale rol. Een sterk economisch weefsel dat onder meer gedragen wordt door performante bedrijven, is onontbeerlijk voor de succesvolle diversificatie en duurzame ontwikkeling van Mozambique en haar economie. Om die rol te kunnen opnemen, zal het Mozambikaanse bedrijfsleven in staat gesteld moeten worden om de spelregels van de duurzame praktijk daadwerkelijk te volgen.

Daarvoor zal Mozambique een betere bedrijfspraktijk moeten ontwikkelen en zal het moeten openstaan voor sociale en technologische innovatie. Vlaanderen blijft actoren ondersteunen die de relevante capaciteiten van de Mozambikaanse ondernemers kunnen versterken. Zo zijn er de beurzen voor opleidingen rond havengerelateerde materie en werkt het Havenbedrijf Antwerpen al bilateraal samen met de haven van Maputo. Daarnaast is er de samenwerking met gespecialiseerde organisaties in Vlaanderen. Een ander onderdeel draait rond de promotie van arbeidsnormen en gezondheid op de bedrijfsvloer via samenwerking met IAO. Ten slotte bekijken we de opportuniteiten rond technologieoverdracht voor onder meer een milieuvriendelijke productie.

## **CULTUUR EN WETENSCHAP**

Bij het oplossen van allerhande maatschappelijke en milieuproblemen is de internationale inzet van wetenschap en technologie uitermate relevant. Zo kunnen we samen duurzame ontwikkeling bevorderen en de 2030 ADO op effectievere en bredere wijze realiseren. Dat geldt ook voor de wederzijdse appreciatie voor en de verdere promotie van culturele manifestaties in Mozambique en Vlaanderen. Vlaanderen kan daarvoor niet alleen rechtstreekse financiële steun aan Vlaamse en Mozambikaanse kennisinstellingen en partnerschappen overwegen. Het kan ook op UNESCO rekenen om de culturele, wetenschappelijke en technologische component binnen de internationale samenwerking te realiseren.



# Annex

## INDICATIEF RESULTAATKADER

Dit kader kan worden aangevuld met andere indicatoren uit programma's, projecten of Mozambikaanse beleidsplannen en uitvoeringsstrategieën.

Indicator	Baseline	Verificatiebronnen	Oorsprong van de indicator
I. Impact: Toegenomen gezondheid, welzijn en voorspoed voor alle Mozambikanen			
Jaren van bescherming van koppels door contraceptie	3.146.606		Relatorio Balanço anual 2019
Provinciaal (Tete)	270.962		
Uitgesplitst voor kwetsbare groepen:	?	Eigen cijfers	Eigen projecten en programma's
Perceptie van toegenomen toegankelijkheid en kwaliteit van het Mozambikaans gezondheidssysteem	65,7%/55% (2018)	Enquêtes bij algemene bevolking en punten van dienstverlening; Afrobarometer	VNR MOZ 2020
Aantal gezondheidseenheden nationaal	1.674		Relatorio Balanço anual 2019
Aantal gezondheidseenheden provinciaal (Tete)	135		
Gemiddeld aantal inwoners per gezondheidspost - nationaal	17.514		
Idem Provinciaal (Tete)	20.839		
Gemiddelde afstand tot gezondheidspost - nationaal	12,4 km		
Idem Provinciaal (Tete)	15,5 km		

II. Veranderingsdomein 1: De nationale regering van Mozambique en de provinciale overheid van Tete ontwikkelen en implementeren een beleid dat een inclusief en op kwaliteit gericht gezondheidssysteem voor alle Mozambikanen tot stand brengt en dat de nationale en lokale weerbaarheid tegen gezondheids crises opvoert			
Budgettaire inspanning voor gezondheid van de GoM in %	7,4% (enkel intern)	Analyse GTAF / UNICEF	Relatorio Balanço anual 2019
In metical (nominaal)	10,7% (intern+extern <sup>65</sup> )	Gepubliceerd staatsbudget/PES	
	19.769.000.000 MZN (intern)		
	33.495.000.000 MZN (intern+extern)		
In US\$	580.000.000 US\$		
Uitvoeringspercentage	88% (intern + extern)		
Vlaanderen betaalt zijn bijdrage aan PROSAUDE tijdig uit, nadat de voorwaarden voor uitbetaling zijn behaald en door de donorgroep als voldoende beschouwd		Eigen administratie	Communicatie MISAU – PROSAUDE-donoren
Dekkingsgraad minstens 4 <sup>e</sup> prenataal contact - nationaal	53%		Relatorio Balanço anual 2019
Idem Provinciaal (Tete)	55%		
aantal gemeenschappen polyvalente gezondheidswerkers (APE's)	6.673		Relatorio Balanço anual 2019
aantal gezondheidscomités	572		Relatorio Balanço anual 2018
% gezondheidspersoneel dat minstens op een gemiddeld niveau tewerkgesteld is - algemeen	59% (16% op hoger niveau)		Relatorio Balanço anual 2019
% gezondheidspersoneel dat minstens op een gemiddeld niveau tewerkgesteld is - primair + secundair niveau	63% (4% op hoger niveau)		
patiëntentrouw van zwangere vrouwen aan hun antiretrovirale behandeling (> 12 maanden)	65%		Relatorio Balanço anual 2019

<sup>65</sup> Met interne financiering wordt de eigen Mozambikaanse, gezondheidsfinanciering vanuit het staatsbudget bedoeld. Externe financiering zijn de fondsen van internationale donoren die de Mozambikaanse gezondheidssector via storting of lening aan de Mozambikaanse overheid bereiken.

<p>III. Veranderingsdomein 2: Het verhogen van de kwaliteit van een compleet pakket aan flexibele SRGR-dienstverlening en sensibilisering via verschillende sectoren en innovaties zorgt voor een veralgemeend en ononderbroken gebruik en betere resultaten</p>			
dekkingsgraad van nieuwe gebruikers van moderne methodes van contraceptie na consultatie - nationaal	41%	Relatorio Balanço anual	Relatorio Balanço anual 2019
Idem Provinciaal (Tete)	41%		
Aantal individuen uit kwetsbare groepen bereikt met moderne methodes van contraceptie	0	Eigen Projecten en programma's	Eigen cijfers
Aantal hospitaalbedden in de materniteit op 1.000 vrouwen van vruchtbare leeftijd nationaal	1,29		Relatorio Balanço anual 2019
Provinciaal (Tete)	1		
% scholen, secundair en beroeps die diensten rond seksuele gezondheid leveren nationaal	100		Relatorio Balanço anual 2019
Provinciaal (Tete)	100%		
<p>IV. Veranderingsdomein 3: Een goede basis- en voortgezette opleiding en een op de individuele patiëntgerichte inzet van het gezondheidspersoneel draagt bij tot de inclusiviteit en de kwaliteit van de gezondheidsdienstverlening</p>			
Gedifferentieerde zorg voor kwetsbare groepen wordt opgenomen in de opleiding voor gezondheidspersoneel	Te bepalen	Sistema de Informação da Formação Contínua SIFo	Eigen studie
Perceptie van de kwaliteit van de dienstverlening	Te bepalen	Onafhankelijke enquêtes na contact met dienstverlener	Eigen projecten en programma's
<p>V. Veranderingsdomein 4: De promotie van op wetenschappelijk bewijs gebaseerd gezondheidsbeleid en de uitvoering en monitoring ervan verhoogt de efficiëntie en effectiviteit van het beleid, inclusief in de context van gezondheids crises</p>			
Aantal beleidsgerichte onderzoeksinitiatieven afgerond		Lijst van opgestarte onderzoeken van de partner	Interne monitoring partner(s)
Aantal voor de LSN IV relevante publicaties of geactualiseerde datasets voor beleidsbeïnvloeding	Te bepalen	Publicatielijst partner Digitale en/of hard copy	Interne monitoring partner(s)

VI. Kernwaarden gender, mensenrechten en goed bestuur			
% uitgaven uit de LSN IV volgens GI/GII marker, uitgesplitst en totaal		FIMED-Databank of equivalent	Eigen opvolging
% uitgaven uit de LSN IV volgens M1/M2 participatieve ontwikkeling/ goed bestuur, uitgesplitst en totaal		FIMED-Databank of equivalent	Eigen opvolging

# REFERENTIES

- 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, met opvolgers naar 2015 en 2030.](#)
- O. AUGUSTO, E.E. KEYES e.a., [Progress in Mozambique: Changes in the Availability, Use, and Quality of Emergency Obstetric and Newborn Care between 2007 and 2012, PLOS ONE, July 2018.](#)
- British Medical Journal, [Self care interventions for sexual and reproductive health and rights, 2019.](#)
- 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, art. 12.](#)
- 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, [Gemeenschappelijke Verklaring van het Europees Parlement, de Raad en de Europese Commissie aangaande de nieuwe Europese consensus inzake ontwikkeling: "Onze Wereld Onze Waardigheid, Onze Toekomst", 2017.](#)
- 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.](#)
- 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.](#)
- Every Women, Every Child, [The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents Health, 2016-2030, Survive, Thrive, Transform, 2015.](#)
- giz, [The Policy Marker System, DAC Markers / BMZ Markers, Guidelines, 2014.](#)
- Government of Mozambique, [Multisectoral Plan for Chronic Malnutrition Reduction in Mozambique, 2011-2014 \(2020\), Maputo, 2010.](#)
- Governo da Moçambique, [Mozambique, Voluntary National Review of Agenda 2030 for Sustainable Development, 2020.](#)
- Governo da Moçambique, [Programa Quinquenal do Governo, 2020-24, 2020.](#)
- HERA, [Revisão Intercalar, Estratégia Nacional 2016-2020, Governo da Flandres e Governo da República de Moçambique, Reet, 2019.](#)
- ICO, IARC, [Information Centre on HPV and Cancer, Human Papillomavirus and Related Diseases Report, Mozambique, 2019.](#)
- INS, Moçambique, [Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA, IMASIDA, 2015, 2018.](#)
- J. JAMBON, [Beleidsnota Buitenlands Beleid en Ontwikkelingssamenwerking, 2019-2024, 2019.](#)
- MISAU, [Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2014-2019, O nosso maior Valor é a Vida, Maputo, 2014.](#)
- MISAU, [Plano Nacional de Controlo do Cancro, 2019-29, 2019.](#)

- MISAU, Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde, 2018, 2019.
- MISAU, Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde, 2019, 2020.
- MISAU, Estratégia Nacional de Saúde Escolar e dos Adolescentes e Jovens, Plano de Acção 2018-24, 2017.
- MJD, MISAU, MINED, Plano Estratégico do Programa Geração Biz 2014-2017, Dezembro 2013.
- OECD-DAC, The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action, 2008 & The Busan Partnership for Effective Development Co-operation, 2011.
- A. OLGA MOCUMBI e.a., Doenças Crónicas e Não Transmissíveis em Moçambique, Relatório Nacional - 2018, 2018.
- RAVIM & Handicap International Mozambique, People with disabilities in the suburban areas of Maputo and Matola, Maputo, 2010.
- República de Moçambique, Plano Nacional da Área da Deficiência - PNADII 2012-2019, “Nada Para Nós Sem Nós”, Maputo, 2012.
- The African Union Commission, Maputo Plan of Action, 2016-2030, for the operationalization of the continental framework for Sexual and Reproductive Health and Rights, 2016.
- UNAIDS, Performance Monitoring Report, Regional and Country report, 2020.
- UNAIDS, Evidence Review, Implementation of the 2016-2021 Strategy: On the Fast track to End Aids, 2020.
- UNDESA, Disability and Development Report, realizing the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities, 2018.
- UNICEF, Pobreza Infantil Multidimensional em Moçambique, 2020.
- UNICEF, Budget Brief Health, Mozambique 2018, 2019.
- UNICEF, Budget Brief Health Mozambique 2019, 2020.
- Vlaamse regering en Vlaams Departement Buitenlandse Zaken, Visienota: De Vlaamse ontwikkelingssamenwerking anno 2030, naar een nieuwe identiteit als partner in ontwikkeling, 2016.
- 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, World Malaria Report 2018, 2019.
- WHO, World Health Report 2008, Primary Health Care, Now more than ever, Geneva, 2008.
- WHO, Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report, Geneva, 2019.