



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 22.03.2002
COM(2002) 129 definitief

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD EN HET EUROPEES
PARLEMENT**

Gezondheid en armoedebestrijding in ontwikkelingslanden

SAMENVATTING

Deze mededeling is opgesteld in het kader van de bevestiging dat armoedebestrijding de centrale doelstelling is van de algemene communautaire ontwikkelingsinspanning en de benaderingen die worden ontwikkeld ten aanzien van ontwikkelingshulp. In de mededeling wordt het verband tussen gezondheid en armoede gedetailleerd beschreven, wordt een schets gegeven van de cruciale elementen voor een coherente ontwikkelingsaanpak ter verbetering van de gezondheid en het welzijn, en wordt, voor het eerst, één enkel communautair beleidskader vastgesteld dat als leidraad dient bij investeringen op het gebied van gezondheid, aids en bevolking binnen het kader van de algemene Europese hulp aan ontwikkelingslanden.

De doelen op gezondheidsgebied vormen een belangrijk onderdeel van de Millennium-ontwikkelingsdoelen tot de verwezenlijking waarvan de Gemeenschap, de lidstaten en de mondiale gemeenschap zich hebben verplicht. Er is steeds meer eensgezindheid over de hoofdbeginselen die de belofte inhouden van effectievere ontwikkelingshulp, duurzame ontwikkeling en betere gezondheidsresultaten ten behoeve van de armen door nieuwe benaderingen op nationaal en mondiaal niveau. Tot de hoofdbeginselen behoren: een grotere eigen inbreng en deelname van ontwikkelingslanden in het opstellen van ontwikkelingshulpbeleid, vermindering van de administratieve belasting van politieke en administratieve stelsels door een grotere donorcoördinatie, gebruik van gemeenschappelijke gezamenlijke-financieringsbenaderingen met partnerlanden die verantwoordelijk zijn voor hun eigen ontwikkelingsbeleid in overleg met alle belanghebbenden (strategieprocessen ter bestrijding van armoede), de verdere loskoppeling van hulp, decentralisatie en de behoefte van donorlanden om de doelstelling van 0,7% van het BBP te bereiken. Dit beleid inzake gezondheid en armoede is opgebouwd rond deze hoofdbeginselen en tracht als zodanig een bijdrage te leveren aan de Millennium-ontwikkelingsdoelen.

In deze mededeling worden vier doelstellingen voor toekomstige hulp van de Gemeenschap voorgesteld: 1) verbetering van de resultaten ten aanzien van gezondheid, aids en bevolking op nationaal niveau, met name onder de armsten, 2) zoveel mogelijk gebruik maken van de voordelen voor de gezondheid en de mogelijke negatieve gezondheidseffecten van communautaire steun voor andere sectoren zoveel mogelijk beperken, 3) de meest kwetsbare bevolkingsgroepen behoeden voor armoede via steun voor billijke en eerlijke financieringsmechanismen in de gezondheidssector, en 4) investeren in de ontwikkeling van specifieke mondiale collectieve goederen.

De EG heeft in het verleden aanzienlijk geïnvesteerd in de verbetering van de gezondheidsresultaten en de huidige portefeuille belooft meer dan 1,4 miljard euro. De duidelijke relatie tussen een verbeterde gezondheid en armoedebestrijding rechtvaardigt verdere investeringen die voortbouwen op de ruime ervaring die hiermee is opgedaan.

Toekomstige investeringen in de gezondheid zullen zich op nationaal niveau blijven richten, terwijl de EG zich zal inzetten op regionaal en mondiaal niveau, daar waar zij een bepaalde toegevoegde waarde kan geven. De Gemeenschap zal op nationaal niveau gebruik maken van een reeks aanvullende steunmaatregelen, waaronder macro-economische steun gekoppeld aan verbeterde gezondheidsresultaten, steun aan sectoren die een breder effect hebben op de gezondheidsresultaten, en rechtstreekse steun aan de gezondheidssector. De Gemeenschap zal trachten op alle niveaus eensgezind op te treden en zal effectievere samenwerkingsvormen met alle ontwikkelingspartners vaststellen, met inbegrip van de particuliere sector.

Tot de specifieke uitdagingen behoren de implementatie van gezondheidsbeleid ten behoeve van de armen, zorgen voor billijker gezondheidszorgstelsels, zorgen voor een milieukwaliteit die past bij gezondheid van hoge kwaliteit, uitbreiding van sociale bescherming, de inwerkingstelling van nieuwe openbare/particuliere partnerschappen in de gezondheidssector, de behoefte aan hogere investeringen in specifieke mondiale collectieve goederen, en de monitoring van prestaties en resultaten.

De Raad en het Europees Parlement worden verzocht samen te werken met de Commissie om de in deze mededelingen geschetste richtsnoeren over te nemen om zodoende een bijdrage te leveren aan blijvende steun voor de gezondheid en armoedebestrijding in ontwikkelingslanden.

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING.....	5
2.	GEZONDHEID EN ARMOEDE - HET WAAROM VAN INVESTERINGEN IN GEZONDHEID	6
3.	DE MONDIALE GEZONDHEIDSSITUATIE	7
4.	NAAR EFFECTIEVERE ONTWIKKELINGSHULP IN DE GEZONDHEIDSSECTOR	10
5.	DE EG-BIJDRAGE AAN EEN BETERE GEZONDHEID	13
6.	MONITORING VAN INVESTERINGEN IN EN GEVOLGEN VAN DE EG- ONTWIKKELINGSHULP OP DE GEZONDHEID	22
7.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	25
	Bijlage 1: de Millennium-ontwikkelingsdoelen	26
	Bijlage 2: ontwikkeling van het EG-beleid inzake gezondheid, aids en bevolking (1990-2000)	28
	Bijlage 3: de voornaamste ziekte- en doodsoorzaken in ontwikkelingslanden	29
	Bijlage 4: de benaderingen op ontwikkelingsgebied.....	30
	Bijlage 5: de voornaamste financieringsinstrumenten voor EG-steun op het gebied van gezondheid, aids en bevolking	31
	Bijlage 6: samenvatting van het communautaire kader voor ontwikkelingsbeleid en van investerings en ontwikkelingsbeleid van de EU-lidstaten op het gebied van de gezondheid	35

1. INLEIDING

Gezondheid is een bepalende factor voor economische groei en ontwikkeling, terwijl een slechte gezondheid zowel de oorzaak als het gevolg van armoede is. Aan het begin van de 21^e eeuw is het met de mondiale gezondheid veel slechter gesteld dan ooit. De ontwikkelingslanden hebben wereldwijd te lijden onder de enorme last van ziekten, waarvan vele te voorkomen of te behandelen zijn, mits gebruik wordt gemaakt van de beschikbare steunmaatregelen. De armen worden onevenredig getroffen door een slechte gezondheid en voortijdige dood. In veel landen verslechtert de situatie, waarbij in de meeste getroffen landen de in de laatste decennia behaalde voordelen op het gebied van gezondheid en ontwikkeling teniet worden gedaan. Deze achteruitgang leidt tot een volksgezondheids crisis en vormt voor de internationale gemeenschap een belangrijke uitdaging op ontwikkelingsgebied. Het verbeteren van de gezondheid van de armen is zowel een essentiële bijdrage in de strijd tegen armoede als een morele verplichting.

Het huidige beleidsuitgangspunt voor investeringen in activiteiten ten aanzien van gezondheid, aids en bevolking is neergelegd in een reeks communautaire mededelingen en resoluties uit 1994. De ontwikkeling van benaderingen ten aanzien van ontwikkelingshulp in Europees en mondiaal verband en de steeds duidelijker wordende relatie tussen gezondheid en armoede rechtvaardigt een herziening van dat uitgangspunt. In het communautaire ontwikkelingsbeleid uit 2000 werd gesteld dat armoedebestrijding de overkoepelende doelstelling van de communautaire ontwikkelingshulp is. Bij de op duurzame ontwikkeling gerichte aanpak van de Gemeenschap ligt de nadruk duidelijk op gezondheid als indicator van betere sociaal-economische resultaten en als eerste vereiste voor het nodige sociaal-economische evenwicht dat de grondslag vormt voor duurzame ontwikkeling. De toenemende convergentie van ontwikkelingsdoelstellingen in de gehele EU rond de Millennium-ontwikkelingsdoelen biedt de mogelijkheid tot meer coördinatie van het beleid en de benaderingen van de Gemeenschap en de lidstaten op gezondheidsgebied.

De EG heeft aanzienlijk geïnvesteerd in kennis en steun voor beleid en programma's op het gebied van gezondheid, aids en bevolking in ontwikkelingslanden. De huidige EG-portefeuille voor gezondheid en ontwikkeling belooft 1,4 miljard euro (hoofdstuk 6). Deze ruime ervaring rechtvaardigt een blijvende, hogere investering ter verbetering van de gezondheidsresultaten via een multisectorale aanpak op nationaal niveau en aanvullende inspanningen op regionaal en mondiaal niveau.

In deze mededeling wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van de relatie tussen gezondheid en armoede. Er wordt een schets gegeven van de cruciale elementen voor een coherente aanpak van de ontwikkeling ter verbetering van de gezondheid en het welzijn, en er wordt, voor het eerst, één enkel communautair beleidskader vastgesteld dat als leidraad dient voor toekomstige steun voor gezondheid, aids, bevolking en armoede binnen het kader van de algemene communautaire bijstand aan ontwikkelingslanden¹.

¹ DAC-lijst van ontwikkelingslanden en -gebieden. ODA-ontvangers vanaf januari 2001

2. GEZONDHEID EN ARMOEDE - HET WAAROM VAN INVESTERINGEN IN GEZONDHEID

De armen hebben geen middelen en mogelijkheden, en kunnen hun potentieel niet optimaal benutten. Ze leven in onveilige en marginale omstandigheden en zijn in beperkte mate in staat om schokken op te vangen. Bijna de helft van de wereldbevolking leeft van minder dan twee USD per dag. De beperkte toegang tot onderwijs vermindert de kans op een baan en de toegang tot informatie die hun welzijn zouden kunnen verbeteren. Geografische en sociale uitsluiting beperkt verder de toegang tot een baan en tot de markt. Een slechte gezondheid en voortijdige dood tengevolge van ondervoeding, slechte hygiëne, gebrek aan schoon water, ongezonde leefwijzen en een ontoereikende gezondheidszorg zorgen voor een aanmerkelijk verlies aan menselijk kapitaal. Alle sociale indicatoren vallen slechter uit voor de armen, waarbij vrouwen en meisjes vaak de meest achtergestelde bevolkingsgroepen zijn.

De gezondheid van individuen en volkeren is in grote mate bepalend voor economische groei en sociale ontwikkeling. Er bestaat een sterk verband tussen investeringen in de volksgezondheid, betere gezondheidsresultaten en economische groei. Een betere gezondheid zorgt ervoor dat de levenskwaliteit wordt verbeterd, dat de mogelijkheden worden uitgebreid, en dat het levensonderhoud wordt gewaarborgd. Er is een soortgelijk verband tussen de toestand van het milieu en de gezondheid van de mensen die in dat milieu leven. Naarmate de gezondheid verbetert, investeren ouders meer in onderwijs. Een verbeterde ontwikkeling van de geestelijke vermogens en het lichamelijke welzijn leidt tot een hogere arbeidsproductiviteit, een hoger inkomen per hoofd van de bevolking en verlenging van het individuele, economisch productieve leven. Een betere gezondheid leidt tot lagere vruchtbaarheidscijfers en lagere afhankelijkheidsratio's. Economische zekerheid is met name van invloed op zuigelingen- en kindersterftecijfers, waarbij een lagere zuigelingensterfte sterk verband houdt met een grotere economische groei en een geringere bevolkingstoename. Een gezonde bevolking kan leiden tot een hoger sociaal welzijn en een grotere macro-economische stabiliteit via verhoging van de belastinginkomsten en verlichting van de druk van de gezondheidsuitgaven.

Een slechte gezondheid leidt tot armoede via de diverse directe en indirecte mechanismen. Een slechte gezondheid, ondervoeding en een hoge vruchtbaarheid zorgen ervoor dat huishoudens arm worden of blijven. De armen hebben het meest te kampen met overdraagbare ziekten, de hoogste mate van vruchtbaarheid, vaak ter compensatie van de hoge kindersterftecijfers, en de hoogste sterftecijfers bij moeder en kind. Zij hebben de minste toegang tot formele gezondheidszorg en hebben de neiging niet optimaal gebruik te maken van de beschikbare gezondheidsvoorzieningen, met name de preventieve voorzieningen, die wellicht niet tegemoetkomen aan hun onmiddellijke behoeften. De armen zijn financieel nauwelijks in staat het hoofd te bieden aan noodlottige ziekten, waardoor ze sneller schulden maken en in bittere armoede komen te verkeren, waaruit moeilijk te ontsnappen valt. In Oost-Azië is 50% van de financiële crises binnen huishoudens de oorzaak van dergelijke gebeurtenissen. De armen zijn tevens zeer kwetsbaar voor natuur- en door de mens veroorzaakte rampen. Ze wonen vaak in ecologisch kwetsbare gebieden en dergelijke rampen kunnen hen dieper in de armoede doen belanden.

De zware ziektelast vermindert de economische groei en beperkt de beschikbare middelen voor regeringen om in volksgezondheid te investeren of te proberen de armoede te bestrijden. De Wereldbank schat dat veel Afrikaanse landen jaarlijks 0,5-1,2% per hoofd van de bevolking aan groei kunnen verliezen alleen al tengevolge van HIV/aids, terwijl de totale gevolgen wellicht nog niet helemaal zijn becijferd. Malaria is in Afrika bezuiden de

Sahara de directe oorzaak van een daling van het totale BNP met 7,4%. Er is een groeiend besef, nader gedocumenteerd in het gedetailleerde onderzoek dat is uitgevoerd door de “Commission on Macroeconomics and Health” (CMH) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)², dat de reikwijdte en duur van deze effecten veel ingrijpender zijn dan voorheen werd gedacht. Het totale rendement van investeringen op gezondheidsgebied in ontwikkelingslanden wordt door de CMH geschat op 18% per jaar. Verder laat een voorzichtige schatting door de CMH zien dat een aanzienlijke mondiale inspanning om het probleem van vermijdbare ziekten aan te pakken een extra opbrengst van ten minste 168 miljard USD per jaar zou genereren. Gedetailleerdere schattingen laten bijvoorbeeld een mondiale besparing van 1,5 miljard USD per jaar zien, zodra kinderverlamming is uitgeroeid en alle bestrijdingsmaatregelen zijn opgeheven³. Deze schattingen laten de extra baten buiten beschouwing die voortvloeien uit betere vooruitzichten op economische groei.

3. DE MONDIALE GEZONDHEIDSSITUATIE

Mondiale gezondheidsverbeteringen maar ongelijke voordelen en nieuwe bedreigingen

In de afgelopen 40 jaar heeft de mondiale gezondheid een **verbetering** doorgemaakt **die haar weerga niet kent**. De levensverwachting is gestegen, met name in de ontwikkelingslanden; de vruchtbaarheid is gedaald; de zuigelingen- en kindersterftecijfers zijn gehalveerd; de ondervoeding is met een derde afgenomen en het percentage van de bevolking met toegang tot veilig water is verdubbeld tot 70%. Er zijn opmerkelijke successen behaald op het vlak van de volksgezondheid: pokken zijn uitgeroeid en polio zal wellicht snel volgen. **Toch profiteert niet iedereen in gelijke mate van de voordelen die hieruit voortvloeien**. In veel ontwikkelingslanden is de zuigelingensterfte nog steeds 20 keer hoger dan in de ontwikkelde landen, zijn ondervoeding en ziekten gemeengoed, en heeft de helft van de bevolking geen toegang tot veilig water en riolering.

Globalisering biedt enorm veel mogelijkheden, maar brengt ook voor alle samenlevingen in ontwikkelde en ontwikkelingslanden aanzienlijke uitdagingen met zich mee. De gezondheidssituatie kan verder worden verbeterd door in toenemende mate kennis met elkaar te delen, de wereldmarkten toegankelijker te maken voor ontwikkelingslanden, meer te investeren in gezondheid, onderwijs en voedselzekerheid, en nieuwe levensreddende technologieën te ontwikkelen. Er zijn echter ook bedreigingen op sociaal, milieu- en gezondheidsgebied zoals de HIV/aids-pandemie, de snelle toename van bacteriologische resistentie en het steeds opnieuw uitbreken van infectieziekten, de migratie van geschoolde arbeidskrachten, aantasting van het milieu, uitholling van traditionele gebruiken, en toegang tot betaalbare medicijnen. De behoefte aan **duurzame ontwikkeling** is het meest nijpend in ontwikkelingslanden. De ontoereikende vastberadenheid om de enorme ongelijkheid tussen en binnen landen aan te pakken is niet alleen op zichzelf al een falen, maar kan ook de tot dusver geboekte vooruitgang ondermijnen.

Omstandigheden die de gezondheid en het welzijn van de armen beïnvloeden

² *Commission on Macroeconomics and Health, Interim Report*, oktober 2001, *Final Report*, december 2001

³ De economische analyses ten aanzien van het uitroeien van ziekten blijven problematisch en enigszins controversieel. Dit cijfer is afkomstig uit de meest uitvoerige analyse die beschikbaar was, ofschoon die met name gericht was op de kosten en baten in geïndustrialiseerde landen. Uit: Theme Papers, Disease eradication as a public health strategy: WHO 2000, 78(3)

Het grootste deel van de ziektelast die op de armen drukt, bestaat uit de voortdurende hoge tol in verband met ziekte en voortijdige dood als gevolg van een klein aantal vermijdbare of behandelbare kwalen:

1) **overdraagbare ziekten**, waaronder HIV/aids, malaria, tuberculose, acute infecties aan de luchtwegen, diarree, door parasieten overdraagbare ziekten en door vaccinatie te voorkomen ziekten, die allemaal de armen onevenredig treffen; 2) **reproductieve gezondheid**, waaronder seksueel overdraagbare infecties, abortus en de gezondheid van jonge moeders, waarvan meestal arme vrouwen het slachtoffer worden; 3) **ziekten als gevolg van ondervoeding**, waarvan meestal arme kinderen het slachtoffer worden; 4) **aan de leefwijze gerelateerde ziekten**, voornamelijk die welke worden veroorzaakt door het toenemend gebruik van tabak in ontwikkelingslanden. De kenmerken van deze ziekten en de schaal waarop ze zich voordoen worden in bijlage 3 uitgewerkt.

Bijkomende zaken die bijdragen aan de ziektelast en het welzijn van de armen

De **hoge bevolkingsgroei** legt een enorme druk op samenlevingen, waaronder vele die de zwaarste ziektelast dragen. De wereldbevolking is in de afgelopen 70 jaar verdrievoudigd van 2 miljard naar 6,1 miljard⁴ en zal uitkomen op 9,3 miljard tegen 2050. Van deze groei komt 95% voor rekening van de ontwikkelingslanden. De snelle bevolkingsgroei heeft tot gevolg dat gezinnen minder investeren in hun kinderen, waardoor de vooruitzichten op het vlak van gezondheid en onderwijs afnemen, dat er minder voedsel wordt geproduceerd en dat er schade wordt toegebracht aan het milieu. Het aantal ouderen en armen zal toenemen, evenals het aantal jongeren onder de 18 jaar. In de ontwikkelingslanden bestaat 50% van de bevolking uit jongeren.

De scheidslijn tussen gezondheid en geslacht. Zo'n 70% van de armen in de wereld bestaat uit vrouwen en meisjes⁵. Ze hebben vaker een slechte gezondheid, profiteren waarschijnlijk minder van de gezondheidszorg en zitten in een cyclus van een slechte gezondheid, het baren van kinderen van wie velen ziek zijn of sterven, en het verrichten van zware arbeid. De resultaten op het gebied van zwangerschap zijn het beste voorbeeld van een nog steeds voortdurende ongelijkheid tussen de gezondheidstoestand van mannen en vrouwen. Op elke vrouw die in het kraambed sterft, is er een die te maken krijgt met bijkomende invaliditeit, een blijvende slechte gezondheid en langdurige gevolgen voor het gezin. Er is sprake van een nauw verband tussen onderwijs voor vrouwen en het gebruik van (reproductieve) gezondheidszorg, de gezondheidstoestand en de kindersterfte bij toekomstige generaties. Toch is het minder waarschijnlijk dat meisjes in dezelfde mate als jongens onderwijs kunnen volgen. Onderwijs heeft een positieve invloed op de relatie tussen de seksen en het vermogen tot het maken van gemotiveerde keuzes.

Milieufactoren zijn voor 20% verantwoordelijk voor de totale ziektelast in de ontwikkelingslanden en voor 30% in Afrika bezuiden de Sahara. Het gebrek aan toegang tot betaalbaar veilig water en riolering is een belangrijke oorzaak van slechte gezondheid en levensbedreigende ziekten in ontwikkelingslanden. Jaarlijks sterven er ongeveer 3 miljoen mensen, meestal jonge kinderen, aan ziekten die verband houden met het water. Het verbeteren van de toegang tot veilig water heeft de hoogste prioriteit op het vlak van de gezondheid voor de armen. Zonder doelgerichte actie om een verbeterde levering en gebruik

⁴ UNFPA, *The State of the World Population*, 2001

⁵ UNDP, *Human Development Report: Gender and Human Development*, 1995

van energie te stimuleren, zal een toename van bevolking leiden tot een hogere uitstoot van broeikasgassen naarmate het energiegebruik toeneemt, hetgeen verder zal bijdragen aan de klimaatverandering. Het gevolg zal zijn dat de verspreiding van door ziektedragers veroorzaakte ziekten toeneemt, waaronder wellicht de terugkeer van malaria in gebieden waar deze ziekte voorheen was uitgeroeid, een hoger risico op overstromingen, aantasting van de bodem en conflicten.

Het toenemend gebruik van meststoffen en bestrijdingsmiddelen ter verhoging van de oogstproductie zal het ecologisch evenwicht verder verstoren. Het mondiale verlies aan biodiversiteit ondermijnt ook het gezondheids- en productievermogen. De verbranding van traditionele biomassa voor voedselbereiding en verwarming neemt de helft van het energiegebruik in veel ontwikkelingslanden voor haar rekening en levert een belangrijk gezondheidsrisico op, met name voor vrouwen en kinderen, vanwege de slechte luchtkwaliteit binnenshuis die veroorzaakt wordt door de geproduceerde rook. Als het milieu-effect van industrialisatie niet, of onvoldoende, wordt gecontroleerd, kan dit direct of indirect een bijkomend gevaar voor de gezondheid opleveren. Al deze negatieve tendensen hebben onevenredige gevolgen voor de mogelijkheden van de armen, die te afhankelijk zijn van inkomsten uit primaire milieubronnen, om nu en in de toekomst in hun levensonderhoud te kunnen voorzien.

De **huidige investeringen in de gezondheid in ontwikkelingslanden** die van invloed zijn op steunmaatregelen, bijvoorbeeld op het gebied van volksgezondheid, de individuele gezondheidszorg en het onderwijs, zijn ontoereikend en vaak ondoeltreffend. De ontwikkelingslanden staan voor moeilijke keuzes wanneer hun begroting verre van toereikend is om te kunnen voldoen aan wat op zijn minst nodig is voor een minimaal gezondheidszorgstelsel voor de bevolking. Het beleid en de plannen zijn vaak te ambitieus, worden onvoldoende ondersteund met financiële middelen en geven geen prioriteit aan steunmaatregelen die zorgen voor het hoogste rendement qua gezondheidsresultaten en armoedebestrijding. Er komt duidelijker zicht op de kosten die de gezondheidszorg met zich meebrengt. De CMH heeft becijferd dat 30 á 40 USD per hoofd van de bevolking aan overheidsinvesteringen nodig zouden zijn om een uiterst minimaal gezondheidszorgstelsel op te zetten waarmee vermijdbare sterfgevallen in lage-inkomenslanden aanmerkelijk kunnen worden beperkt.⁶ De WHO kwam uit op 60 USD⁷ voor een alomvattender gezondheidszorgstelsel. Hier tegenover staat een gemiddelde uitgave van 11 USD per jaar door de 49 minst ontwikkelde landen (MOL's)⁸. Hoewel er grote verschillen zijn, is er duidelijk sprake van een enorm tekort aan financiële middelen. Het feit dat de Afrikaanse leiders zich tijdens de Top van Abuja⁹ hebben verplicht tot toewijzing van 15% van de nationale begroting aan gezondheid, heeft veel lof geoogst. Het is echter zaak het proces van verhoging van de binnenlandse inkomsten en de aanwending ervan in de sociale sectoren te ondersteunen met beduidend grotere inspanningen vanuit de internationale gemeenschap, totdat er een duurzaam ontwikkelingsniveau is bereikt.

⁶ *Commission on Macroeconomics and Health*, 2001. N. B.: dit omvat niet de belangrijke elementen, zoals gezinsplanning, tertiaire ziekenhuizen en noodgevallen, die ook deel zouden moeten uitmaken van een volledig functioneel gezondheidszorgstelsel. Lage-inkomenslanden – het BNP per hoofd van de bevolking bedroeg minder dan 760 USD in 1998.

⁷ *World Health Report, 2000*

⁸ *Commission on Macroeconomics and Health*, 2001. N. B.: hierin zijn de totale investeringen door de overheidssector, de particuliere sector en andere donors inbegrepen.

⁹ Afrikaanse Top in verband met HIV/aids, tuberculose en andere hiermee samenhangende infectieziekten, Abuja, april 2001

4. NAAR EFFECTIEVERE ONTWIKKELINGSHULP IN DE GEZONDHEIDSSECTOR

Armoedebestrijding als centraal doel en duidelijke internationale doelstellingen

Gezondheid en de behoefte aan een spectaculaire verbetering van de gezondheidsresultaten voor de armen staan hoog op de internationale ontwikkelingsagenda en zijn een belangrijk onderwerp geweest tijdens grote **internationale ontwikkelingsforums** die in de afgelopen jaren zijn gehouden, waaronder de VN-conferenties en Speciale Zittingen in Caïro, Peking en Kopenhagen, New York en de topconferenties van de G8. Ook de Top van Johannesburg biedt de mogelijkheid om de verbanden tussen gezondheid en duurzame ontwikkeling op wereldvlak te versterken en om met name blijk te geven van de ervaring van de EU op het gebied van duurzame ontwikkeling. Onlangs hebben de leden van de Wereldhandelsorganisatie bevestigd dat de TRIP's-overeenkomst¹⁰ leden er niet van weerhoudt noch ervan mag weerhouden om maatregelen te nemen ter bescherming van de volksgezondheid.

De meeste regeringen en internationale organisaties hebben zich verplicht tot de verwezenlijking van een achttal ambitieuze en met elkaar verbandhoudende **Millennium-ontwikkelingsdoelen (MDG's – bijlage 1)**. De centrale gedachte achter deze doelen is halvering, tegen 2015, van het deel van de bevolking dat in bittere armoede leeft. De doelstellingen op gezondheidsgebied zijn prominent aanwezig en leggen de nadruk op het verband tussen armoedebestrijding in algemene zin en investeringen in de gezondheid. Uit de huidige tendensen kan worden afgeleid dat de doelen alleen kunnen worden verwezenlijkt wanneer er op doeltreffender wijze van de bestaande steunmaatregelen gebruik wordt gemaakt, alsmede dat er meer wordt geïnvesteerd en er gebruik wordt gemaakt van effectievere benaderingen en prikkels op het vlak van de volksgezondheid. De verdere verwezenlijking van de doelen en doelstellingen en de vertaling van de internationale verplichting in een strategie met intermediaire en nationale gezondheidsindicatoren is een voortdurend proces dat een continue toezicht en regelmatige evaluatie vereist. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 6 hieronder.

Verbetering van de effectiviteit van de ontwikkeling op gezondheidsgebied

Benaderingen ten aanzien van de ontwikkeling

Een uiteenlopende reeks benaderingen die momenteel, zowel op nationaal als op mondiaal niveau, in de praktijk worden gebracht, maakt effectievere ontwikkelingshulp en verbeterde gezondheidsresultaten voor de armen mogelijk. In bijlage 4 worden de benaderingen op ontwikkelingsgebied nader uiteengezet.¹¹

Op nationaal niveau vormen **eigen inbreng, goed bestuur en goed beheer** cruciale voorwaarden voor een effectieve en efficiënte ontwikkeling. Er wordt voorzien in de mogelijkheid tot grotere **beleidscoherentie** in alle sectoren doordat in toenemende mate

¹⁰ Overeenkomst inzake de handelsgerelateerde aspecten van intellectuele eigendom en ministeriële verklaring van de WTO inzake de TRIP's-overeenkomst en volksgezondheid, goedgekeurd te Doha op 14 november 2001, paragraaf 4.

¹¹ Voor nadere informatie over de hoofdbeginselen om te voldoen aan de verplichtingen inzake armoede en ontwikkeling die zijn vastgelegd in de Millennium-verklaring van de Verenigde Naties, zie het door E. Zedillo opgesteld verslag van de *High-Level Panel on Financing for Development*, UNGA, 55^e zitting, 26.7.2001.

strategieën ter bestrijding van armoede (PRS) worden vastgesteld (die hun weerslag vinden in nationale ontwikkelingskaders of, indien toepasselijk, in **strategiedocumenten ter bestrijding van armoede (PRSP's)**) die de leidraad vormen voor de ontwikkelingshulp van alle donors. De PRS bieden de mogelijkheid om ervoor te zorgen dat het relevante beleid en de van belang zijnde investeringen in de **sectoren die invloed hebben op de gezondheid**, zoals bijvoorbeeld onderwijs, voedselzekerheid en -veiligheid, veilig water en riolering, schone energie voor huishoudelijk gebruik, belastingen, handels- en investeringsbeleid en microkrediet, coherent zijn en ten dienste staan van een betere gezondheid. Op mondiaal niveau is er behoefte aan bevordering van de **coherentie binnen het internationale ontwikkelingsbeleid en de internationale instellingen voor ontwikkeling** en binnen multilaterale regels en verdragen ten aanzien van het beleid op het gebied van handel en investeringen, economische ontwikkeling, milieu, bescherming van intellectuele eigendom en arbeid.

De toenemende steun voor **sectorbrede benaderingen** biedt verdere mogelijkheden tot verhoging van de effectiviteit en de efficiëntie van de hulp, ofschoon de ervaring met dergelijke benaderingen nog beperkt is en ze in wezen niet op de armen zijn gericht. De harmonisatie van het operationeel beleid en de operationele procedures van donors, een betere gerichtheid van de hulp, een dusdanige concentratie van donors dat ieder van hen de grootst mogelijke toegevoegde waarde kan bieden, de verdere **loskoppeling van ontwikkelingshulp en grotere schuldverlichting**¹² zijn eveneens nodig om de effectiviteit van de hulp te vergroten. Informatie- en communicatietechnologie kan als instrument worden gebruikt om de doeltreffendheid van het beheer van middelen en het opzetten van adequate informatiesystemen te verbeteren, alsmede van de dienstverlening in de gezondheidszorg, met name via toepassingen op afstand.

Gezondheidsbeleid ten behoeve van de armen

De regeringen dienen **zorg te dragen voor een gecoördineerd gezondheidsbeleid dat gericht is op de armen**. Toegankelijke individuele en niet-individuele gezondheidszorg, bevordering van beleid in andere sectoren die van invloed zijn op de gezondheid, waarbij specifieke voordelen voor de armen kunnen worden behaald, en eerlijke financieringsmechanismen die de last van het beroep op de gezondheidszorg verlichten, maken allemaal deel uit van een gezondheidsbeleid ten behoeve van de armen.

Strategieën ten behoeve van armen behelzen het opzetten van voorzieningen voor de armen, bestrijding van armoedeziekten en/of herschikking van middelen ten behoeve van armere geografische gebieden. Klassieke steunmaatregelen op het gebied van de volksgezondheid zijn in wezen gericht op de armen. Voorbeelden hiervan zijn milieubeheer, publieksvoorlichting over gezondheidsrisico's, regulering van de aanbieders van gezondheidszorg, programma's ter versterking van de voedselzekerheid, en veilig water en veiligheid op de werkplek.

De uitbreiding van sociale bescherming, waaronder **eerlijke en billijke financieringsmechanismen**, dient hindernissen weg te nemen, het gebruik van voorzieningen door de armen te stimuleren en hen te beschermen tegen het risico van armoede vanwege

¹² De aanhoudende schuldenlast belemmert de inspanningen op ontwikkelingsgebied en het in 1996 genomen Initiatief voor arme landen met een zware schuldenlast (HIPC) heeft tot doel te voorzien in schuldverlichting voor 's werelds armste en met de zwaarste schuldenlast kampende landen door de uit schuldverlichting voortvloeiende besparingen toe te wijzen aan investeringen in de sociale sectoren.

ziektekosten. In de meeste arme landen wordt de gezondheidszorg onvoldoende gefinancierd met belastinggeld. De beperkte middelen die beschikbaar zijn hebben ervoor gezorgd dat veel landen het element van kostendeling met sociale vangnetten hebben geïntroduceerd om ervoor te zorgen dat de basisdienstverlening betaalbaar blijft. Betalingen door de armen uit eigen zak dienen geleidelijk te worden teruggedrongen en risicodeling via gemeentelijke, particuliere, sociale en nationale verzekeringsstelsels dient te worden uitgebreid. Het is belangrijk dat de overheidsuitgaven gericht zijn op de activiteiten die het meest waarschijnlijk bijdragen aan verbeterde gezondheidsresultaten voor de armen en dat bij de toewijzing van begrotingsmiddelen rekening wordt gehouden met de spreiding van de bevolking, de ziektelast, de kosten van de voorzieningen en de mate van armoede.

Een slechte gezondheidstoestand kan worden verbeterd door beter milieutoezicht, en vooral toezicht op de kwaliteit van lucht en water, alsmede door meer hulp voor het beheer van de door industrialisatie veroorzaakte milieuvervuiling, die vaak te weinig wordt gecontroleerd.

Het stimuleren van bedrijfsverantwoordelijkheid

In de laatste jaren is er een substantiële groei waarneembaar in het verkeer van kapitaal over de wereldbol, zodat de directe buitenlandse investeringen meer dan driemaal het niveau aan ontwikkelingshulp belopen. Transnationale bedrijven kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan economische ontwikkeling in ontwikkelingslanden. Het positieve effect van deze investeringen op duurzame ontwikkeling in het algemeen en op sociale normen in het bijzonder kan worden verbeterd door de juiste regelgeving, zodat bedrijven worden gestimuleerd om hogere normen van sociale bedrijfsverantwoordelijkheid aan te houden. Een manier om goede praktijken te bevorderen, is Europese bedrijven aan te moedigen de OESO-richtsnoeren voor buitenlandse investeerders te hanteren¹³.

Ommekeer van de dalende tendens in algemene ontwikkelingshulp

De Gemeenschap en haar lidstaten zetten zich opnieuw gezamenlijk in om de al lang bestaande verplichting na te komen tot toewijzing van 0,7% van het BNP voor ontwikkeling (verklaring van de Raad van november 2001). De ontwikkelingshulp is in een groot gedeelte van de negentiger jaren zodanig gedaald dat donors tegen 2000 slechts 0,22% van het BNP (53,06 miljard USD)¹⁴ toewezen aan ontwikkelingsinspanningen. De EU-bijdrage belooft 0,33% van het BNP (25,4 miljard USD). Van deze ontwikkelingshulp komt onvoldoende terecht bij de landen die de hulp het meest nodig hebben – de hulp aan de armste landen bedroeg in 1999 slechts 0,06% van het BNP van de donors. Verwezenlijking van het streefcijfer van 0,7% zou een extra 125 miljard USD per jaar kunnen betekenen. De Wereldbank schat dat een snelle verdubbeling van de ODA-stromen nodig zou zijn om de centrale doelstelling van halvering van de armoede tegen 2015 te realiseren.¹⁵

Investeringen in mondiale collectieve goederen

In toenemende mate wordt het belang van specifieke mondiale collectieve goederen erkend, met name met betrekking tot de noodzaak om het onderzoek naar en de ontwikkeling van nieuwe producten te stimuleren. Hiervoor zijn prikkels voor de industrie nodig, nieuwe innovatieve benaderingswijzen en partnerschappen, en nieuwe financiële instrumenten.

¹³ OESO-richtsnoeren voor multinationale ondernemingen: herziening 2000

¹⁴ *Commissie voor ontwikkelingsbijstand (Development Assistance Committee, DAC) van de OESO*, april 2000

¹⁵ *Financing for Development*, een verslag dat is opgesteld door de Wereldbank en het IMF, augustus 2001

Tegenwoordig wordt er, zowel in de overheidssector als in de particuliere sector, minder dan 10% van de onderzoeksbudgetten voor gezondheid besteed aan gezondheidsproblemen in ontwikkelingslanden. Slechts 2% van de mondiale financiering voor onderzoek en ontwikkeling wordt besteed aan onderzoek naar de belangrijkste overdraagbare ziekten.¹⁶ Investerings in de ontwikkeling van, bijvoorbeeld, een aids-vaccin of de uitbanning van polio laten evenwel zien hoe middelen aan alle samenlevingen ten goede kunnen komen; deze investeringen dienen dan ook niet alleen afkomstig te zijn van bestaande ontwikkelingshulp of overheidsfinanciering. Wat met spoed nodig is, zijn vaccins, nieuwe geneesmiddelen en diagnoses ter bestrijding van HIV/aids, malaria en tbc. In het communautaire programma voor actie op het gebied van overdraagbare ziekten wordt gepleit voor meer aandacht voor mondiale collectieve goederen, naast andere acties ter verbetering van het effect van bestaande steunmaatregelen, en de betaalbaarheid van medicijnen. De communautaire financiering voor de klinische ontwikkeling van vaccins tegen aids en malaria in het laatste Kaderprogramma is eveneens een goed voorbeeld van communautaire investering in mondiale collectieve goederen.

Partnerschappen tussen de overheidssector en de particuliere sector

Er zijn een toenemend aantal **partnerschappen** op mondiaal niveau **tussen de overheidssector en de particuliere sector** tot stand gekomen om het hoofd te bieden aan de belangrijkste uitdagingen op het gebied van volksgezondheid en te reageren op specifieke vraagstukken. Voorbeelden hiervan zijn het recente “STOP TB”-partnerschap, “Roll Back Malaria”, het “International AIDS Vaccine Initiative” (IAVI) en de “Medicines for Malaria Venture”. Veel Europese O&O-clusters inzake vaccins die worden gefinancierd uit hoofde van het Vijfde Kaderprogramma, zijn effectieve partnerschappen van de overheids- en particuliere sector met een of meerdere particuliere partners in de industriese sector. De filantropische Gates Foundation heeft de “Global Alliance for Vaccines and Immunisation” (GAVI), die nieuw leven inblaast in de internationale inspanningen op vaccinatiegebied, grotendeels gefinancierd. Het onlangs in het leven geroepen Wereldfonds ter bestrijding van HIV/aids, tuberculose en malaria is het meest recente partnerschap dat op internationaal niveau tot stand is gekomen. Sommige van deze partnerschappen beginnen hun vruchten af te werpen, maar het gevaar blijft dat een groot aantal verschillende systemen, die zich elk op een andere kwestie of ziekte concentreren, tot coherentieproblemen zal leiden.

Partnerschappen tussen de overheids- en particuliere sector spelen op nationaal niveau in het algemeen een steeds belangrijker rol, versterken nationale processen en zorgen voor het opzetten van billijke gezondheidszorgstelsels.

5. DE EG-BIJDRAGE AAN EEN BETERE GEZONDHEID

De doelstelling van het **ontwikkelingsbeleid van de Europese Gemeenschap**¹⁷, zoals uiteengezet in de Gezamenlijke verklaring van november 2000 (bijlage 6), is een bijdrage te leveren aan de armoedebestrijding via steun voor duurzame economische, sociale en milieuontwikkeling en de integratie van ontwikkelingslanden in de wereldeconomie. De **grondbeginselen** van hulp en beleid ten behoeve van de armen voor het scheppen van de juiste omgeving voor groei en armoedebestrijding worden in grote lijnen in hoofdstuk 4 geschetst. - In dit hoofdstuk wordt de nadruk gelegd op een reeks communautaire prioriteiten

¹⁶ Global Forum for Health Research, 1999

¹⁷ *Het ontwikkelingsbeleid van de Europese Gemeenschap, COM (2000) 212*

ter verwezenlijking van een betere gezondheid op nationaal, regionaal en mondiaal niveau, en op nieuwe manieren van samenwerking met de lidstaten en andere partners, waaronder multilaterale instanties, de VN, de burgerorganisaties en de particuliere sector.

Het EG-beleidskader op het gebied van gezondheid en armoede – hogere investeringen voor betere gezondheidsresultaten

De huidige leidraad in het EG-beleid voor steun voor activiteiten op het gebied van gezondheid, aids en bevolking wordt uiteengezet in een reeks mededelingen en resoluties die uit 1994 dateren (bijlage 2). De steun heeft zich over de jaren heen ontwikkeld van een aanvankelijke gerichtheid op de ontwikkeling van de infrastructuur in de gezondheidszorg naar verlening van eerstelijnsgezondheidszorg, institutionele versterking en ontwikkeling van menselijk potentieel. Er is altijd specifieke steun verleend voor HIV/aidsbeleid en -programma's, terwijl de breed gedragen steun onder andere bestond uit steun voor de aankoop van essentiële geneesmiddelen, herstel, de financiering van de gezondheidssector en versterking van gezondheidszorgstelsels.

Meer recentelijk heeft de EG in de betrokken landen ervaring opgedaan met sectorbrede benaderingen, met gezamenlijke of gedeeltelijke financiering met andere donors en meer in het algemeen met de formulering van beleid en strategieën waarmee actief werd bijgedragen aan de beïnvloeding van het internationaal beleid en de externe coherentie. De Commissie heeft in toenemende mate een coördinerende rol gespeeld op EU-niveau op het gebied van gezondheid en ontwikkeling, is nauw gaan samenwerken met de burgerorganisaties en is een dialoog aangegaan met de particuliere sector. Het in februari 2001 gepubliceerde communautaire programma voor actie op het gebied van overdraagbare ziekten in het kader van armoedebestrijding geeft deze inspanning weer.

De algemene doelstellingen van het gezondheids- en armoedebeleid van de EG zijn:

- verbetering van de resultaten op het gebied van gezondheid, aids en bevolking op nationaal niveau, met name onder de armen;
- optimaal gebruik maken van voordelen voor de gezondheid en elk mogelijk negatief effect van voor andere sectoren bestemde EG-steun op de gezondheid tot een minimum beperken;
- de meest kwetsbare bevolkingsgroepen behoeden voor armoede via steun voor billijke en eerlijke financieringsmechanismen in de gezondheidszorg;
- investeren in de ontwikkeling van specifieke mondiale collectieve goederen.

Ter verwezenlijking van het bovenstaande heeft de EG een reeks prioriteiten vastgesteld die met elkaar verband houden en elkaar wederzijds versterken waar communautaire steunmaatregelen een toegevoegde waarde hebben. De EG-investeringen in de gezondheid zullen zich voornamelijk blijven richten op nationaal niveau, en steun voor activiteiten op regionaal en mondiaal niveau zal de met gezondheid samenhangende doelstellingen van de landen en gemeenschappen versterken en aanvullen. In het algemeen zal er naar verwachting sprake zijn van een toename van communautaire steunmaatregelen. Bovendien zal de Gemeenschap trachten eensgezind te zijn (Gemeenschap en haar lidstaten) op nationaal en regionaal niveau en binnen internationale forums.

Aandacht voor het nationaal niveau

De Gemeenschap heeft sterke en langlopende partnerschappen met en is aanwezig in de meeste ontwikkelingslanden. De Gemeenschap zal steun voor de lange termijn verlenen voor beleidsmaatregelen en procedures die de beste gezondheidsresultaten voor de armen kunnen opleveren en die prioriteit geven aan acties voor het aanpakken van de volgende gezondheidsproblemen die de armen onevenredig treffen:

- bevordering van volksgezondheid – met name preventieve inspanningen, waaronder voorlichting en informatie over de verspreiding van ziekten, en maatregelen tegen het gebruik van tabak;
- versterking van gezondheidszorgstelsels om dienstverlening van goede kwaliteit toegankelijker te maken;
- overdraagbare ziekten - met name mainstreaming van HIV/aids, malaria en tbc;
- reproductieve en seksuele gezondheid en rechten – met name de gezondheid van jonge moeders.

Bovenstaande problemen zullen worden aangepakt door:

- gebruik te maken van een alomvattende aanpak ten aanzien van de programmering op nationaal niveau, met een zo groot mogelijke samenhang tussen alle middelen en instrumenten ter ondersteuning van een nationaal beleidskader op gezondheidsgebied;
- versterking van de nationale dialoog op het gebied van macro-economisch beleid, door zich te concentreren op sociale sectoren, met name de gezondheids- en onderwijssector, ter bescherming en, waar mogelijk, verhoging van de budgetten in de sociale sectoren en om te komen tot een meer billijke verdeling van die budgetten;
- ervoor te zorgen dat de basisbeginselen van de EG-steun op het gebied van gezondheid, aids en bevolking in ontwikkelingslanden¹⁸ tot uitdrukking komen in landenstrategiedocumenten (CSP's);
- te zorgen voor coherentie bij beleidsplanning, ontwikkeling en uitvoering van programma's en projecten, tussen de gezondheidssector en andere sectoren die met name van invloed zijn op gezondheidsresultaten;
- instandhouding en, waar mogelijk, verhoging van steun voor de gezondheid in ontwikkelingslanden;
- versterking van de steun voor de ontwikkeling van menselijk potentieel en institutionele capaciteitsopbouw;
- verhoging van de steun voor de monitoring van nationale begrotingskredieten in de sociale sector en verbeteringen van gezondheidsresultaten als onderdeel van het PRSP-proces;
- steunverlening voor kennisvergaring en -beheer, capaciteitsopbouw en verspreiding van de beste praktijken voortbouwend op bewezen benaderingen in ontwikkelingslanden.

¹⁸ Zie programmeringsrichtsnoeren: EG-steun voor gezondheid, aids en bevolking, oktober 2001

De bijstand van de Gemeenschap zal gericht zijn op lage-inkomenslanden¹⁹, hoewel er sprake zal zijn van flexibiliteit bij het stellen van prioriteiten en er ook rekening zal worden gehouden met niet aan inkomen gerelateerde criteria. In midden-inkomenslanden²⁰ zal de nadruk liggen op hervorming van gezondheidszorgstelsels zodat deze billijker en efficiënter worden, naast steun voor bevolkingsgroepen met lage gezondheidsresultaten.

De Gemeenschap zal nauw samenwerken met ontwikkelingspartners, waaronder de regering, burgerorganisaties en particuliere sector, en zal, waar nodig, stimuleren dat er regelmatig forums plaatsvinden voor overleg met de belanghebbenden. Zij zal optimaal gebruik maken van de mogelijkheden voor samenwerking met lidstaten en andere donors.

De landenspecifieke aanpak, de mate van steunverlening en de instrumenten die worden gebruikt (bijlage 5) zullen verder worden bepaald door de kwaliteit van het macro-economisch beheer en het begrotingsbeheer, de mate van hulpafhankelijkheid en de kwaliteit van het beleid en beheer op sectorniveau in het land. Begrotingssteun, steun aan de sociale sector en programma- en projectondersteuning kunnen elkaar aanvullen, zolang ze een op nationaal niveau vastgesteld beleidskader ondersteunen. Wanneer begrotingssteun niet het aangewezen instrument is, zal de communautaire financiering zich richten op programma- en projectondersteuning binnen de context van een nationaal kader en op capaciteitsopbouw. Wanneer er geen nationaal kader aanwezig is, zal de Gemeenschap de ontwikkeling van een sectorbrede aanpak bevorderen. In de meeste ontwikkelingslanden zal de Gemeenschap gedurende een interim-periode waarin capaciteit wordt opgebouwd en vertrouwen wordt gecreëerd, een gemengde portefeuille blijven hanteren (projecten, gemeenschappelijke sectormiddelen en begrotingssteun die is gereserveerd).

In het licht van de in gang zijnde hervormingen van de buitenlandse dienst van de Commissie, waaronder de decentralisatie van het beheer van buitenlandse hulp, zullen de EG-delegaties naar verwachting worden versterkt om aan de eisen op het vlak van sociale ontwikkeling te kunnen voldoen.

De toegevoegde waarde op regionaal niveau

De Europese Gemeenschap belichaamt de collectieve ervaring van de EU met regionale integratie. De Gemeenschap heeft een specifieke taak te vervullen in de ondersteuning van regionale integratie om grensoverschrijdende problemen aan te pakken. Tot dusver heeft de regionale EG-steun zich onder andere gericht op de bestrijding van HIV/aids in Zuidelijk Afrika, het voorkomen van malaria in Zuidoost-Azië, reproductieve gezondheid in Azië en vaccinatie- en geneesmiddelenbeleid en -praktijk in West-Afrika. De gebieden waarop een regionale aanpak met name toegevoegde waarde kan hebben en die bij voorrang in aanmerking komen voor EG-steun, zijn:

- ervaringen met benaderingen met betrekking tot de hervorming van de gezondheidssector en dienstverlening in de gezondheidszorg alsmede met instrumenten in samenhang met prioriteiten voor de volksgezondheid; decentralisatie, ontwikkeling van menselijk potentieel, monitoring en beoordeling van prestaties in sociale ontwikkeling;

¹⁹ Lage-inkomenslanden – het BNP per hoofd van de bevolking bedroeg minder dan 760 USD in 1998.

²⁰ Midden-inkomenslanden – het BNP per hoofd van de bevolking bedroeg 761-3030 USD in 1998 (lager middeninkomen) en 3031-9360 USD in 1998 (hoger middeninkomen).

- demografisch onderzoek, geïntegreerd toezicht op ziekten en het voorbereid zijn op epidemieën;
- vraagstukken die verband houden met het farmaceutisch beleid, waaronder regelgeving op het gebied van geneesmiddelen, regionale aanschaf en capaciteitsopbouw voor de tenuitvoerlegging van de TRIP's-overeenkomst;
- steun voor onderzoek, ontwikkeling, verstrekking en bescherming van collectieve goederen, met name aids- en malariavaccins, maar ook kennis en onderwijs, voedselzekerheid, milieu, vrede en veiligheid, financiële stabiliteit.

Ter verwezenlijking van het bovenstaande:

- zal er een bijdrage worden geleverd aan de regionale economische partnerschapsovereenkomsten om ervoor te zorgen dat de gezondheidsproblemen adequaat worden aangepakt;
- zal er steun worden verleend voor kritisch onderzoek naar de capaciteit van regionale instellingen;
- zullen partnerschappen worden aangegaan met regeringen, regionale instellingen, multilaterale en bilaterale instanties, de VN, groepen uit de burgerorganisaties, ontwikkelingsbanken en de particuliere sector;
- zal steun worden verleend voor kennisvergaring en -beheer, capaciteitsopbouw en verspreiding van beste praktijken voortbouwend op bewezen benaderingen.

De bestaande communautaire financieringsinstrumenten bieden adequate steun voor regionale activiteiten. De EG zal het verlenen van regionale technische bijstand via met de lidstaten getroffen samenwerkingsregelingen bestuderen. De huidige en in het verleden toegepaste methode waarbij belangstellende lidstaten regionale gezondheidsdeskundigen in de EG-delegaties bijstaan, is zeer effectief gebleken en er zullen verdere maatregelen worden bestudeerd. Ook zal gekeken worden naar andere flankerende maatregelen voor een sectorbrede aanpak in overeenstemming met strategieën voor armoedebestrijding.

Coördinatie, complementariteit en synergie met lidstaten

De lidstaten hebben bij het opstellen van hun ontwikkelingsbeleid geput uit hun uiteenlopende geschiedenissen en ervaringen. Dit heeft hen ertoe gebracht een reeks benaderingen vast te stellen ter verbetering van de gezondheidsresultaten in ontwikkelingslanden (bijlage 6). De gebieden waarop de lidstaten relatief sterk zijn en waarop zij ervaring hebben, variëren navenant, maar er is sprake van een sterke mate van complementariteit en synergie, en in combinatie met de Gemeenschap vormen ze een grote bron van kennis, middelen en ervaring waaruit kan worden geput.

Hoewel er verschillen blijven bestaan waar het gaat om aanpak en instrumenten, is er in toenemende mate sprake van convergentie ten aanzien van de Millennium-ontwikkelingsdoelen. Naarmate er in de hele EU nauwer wordt samengewerkt op gezondheidsgebied, zal een grotere mate van consensus, coördinatie en complementariteit ervoor kunnen zorgen dat wordt voortgebouwd op de beste praktijken en dat het effect van de Europese ontwikkelingshulp op de gezondheid zo groot mogelijk is.

Op **nationaal niveau** dient voor de coördinatie van het beleid en de programmering te worden gezorgd via het proces van landenstrategieën. Het **landenstrategiedocument** is het belangrijkste meerjarige instrument voor het geven van richtsnoeren en voor het beheer en de beoordeling van communautaire ontwikkelingshulp. In het landenstrategiedocument wordt voortgebouwd op het bestaande nationale kader voor ontwikkeling, waaronder de PRSP, indien van toepassing. Het document wordt opgesteld met regeringen en in overleg met de lidstaten, andere donors en de burgerorganisaties. De mogelijkheden voor partnerschappen, coördinatie en medefinanciering tussen de lidstaten van de EU nemen toe naarmate er een beleidsverschuiving plaatsvindt naar sectorale ondersteunende mechanismen en in sommige landen naar begrotingssteun. Een sterker EG-partnerschap in het land zelf zal zich richten op bevordering van de operationele coördinatie, de harmonisatie van procedures, de gezamenlijke monitoring en - uiteindelijk - vereende financiële steun.

Op het **niveau van de hoofdzetel en van de delegaties** heeft de in de laatste jaren opgedane ervaring met coördinatie via groepen van deskundigen en multilaterale partnerschappen tastbare resultaten opgeleverd. De in het leven geroepen EG-groep van deskundigen inzake gezondheid, aids en bevolking, waarin op informele wijze wordt gesproken over prioriteiten en wordt overlegd over beleids- en strategieontwikkeling, dient verder te worden ontwikkeld. De gezamenlijke inspanningen inzake de internationale beleidsdialoog dienen zoveel mogelijk te worden uitgebreid. De recente gezamenlijke prestaties omvatten vooruitgang die is geboekt met het loskoppelen van hulp en het opzetten van het gemeenschappelijk EU-platform voor onderzoek naar overdraagbare ziekten. Het initiatief tot vaststelling van een EG-programma voor actie ter bestrijding van de belangrijkste overdraagbare ziekten is een ander voorbeeld van sterke EG-coördinatie.

De EG zal voorrang geven aan de volgende activiteiten met betrekking tot complementariteit en coördinatie met de lidstaten:

- het vaststellen van praktische stappen voor een betere coherentie tussen sectoraal beleid en sectorale activiteiten van de EG;
- het vaker deelnemen van de EG aan openbare/particuliere partnerschappen en andere donorpartnerschappen;
- het versterken van de operationele coördinatie tussen de EG en de lidstaten in ontwikkelingslanden.

Het bovenstaande kan worden verwezenlijkt door:

- vaststelling van het comparatief voordeel van, respectievelijk, de Europese Gemeenschap en haar lidstaten op het gebied van gezondheid en armoede en voorbereiding van een voorstel over de manier waarop de verantwoordelijkheden het best kunnen worden gedeeld alsmede werkprogramma's om de complementariteit van de EG optimaal te benutten op nationaal en mondiaal niveau;
- versterking van de rol van de Commissie bij de coördinatie van EU-beleid voor de gezondheidssector en de sociale sectoren, en om te zorgen voor de complementariteit van de communautaire hulp;
- het delen van informatie en knowhow door stelselmatig te werken met netwerken in nauwe samenwerking met ontwikkelingslanden. Een voorbeeld van mogelijke, nog te

onderzoeken activiteiten is het opzetten en in stand houden van een EG-website over gezondheid en armoede en een voor het publiek toegankelijke database met informatie over steunmaatregelen van de EG en de lidstaten op gezondheidsgebied;

- versterking van de activiteiten van de groep van deskundigen op gezondheidsgebied van de EG en de lidstaten op het niveau van **de hoofdzetel**;
- het regelmatig organiseren van forums in het land zelf en gezamenlijke missies voor EG-samenwerking op gezondheidsgebied. De decentralisatie van hulpinstellingen in de EG en de lidstaten dient de samenwerking in het land zelf te vergemakkelijken met een groter aantal deskundig en rechtstreeks verantwoordelijk personeel;
- optimaal gebruik te maken van deskundig personeel uit de lidstaten met een brede ervaring met gezondheidskwesties door de toewijzing van dit personeel te verbeteren en, waar nodig, hun krachten te bundelen zodat een kritische massa van Europese deskundigheid wordt verkregen op het gebied van gezondheid en armoede op nationaal en regionaal niveau;
- personeel dat werkzaam is in niet aan de gezondheid gerelateerde sectoren bewuster te maken en te begeleiden om de verantwoordelijkheid voor gezondheid en armoede te doen toenemen.

Om meer nadruk te kunnen leggen op het waarborgen van een volledig en actief partnerschap tussen de Gemeenschap en de lidstaten op het gebied van gezondheid, bevolking en armoede zijn flexibele financieringsinstrumenten en adequate personele middelen nodig.

Inbreng op mondiaal niveau – samenwerking met internationale partners

Zoals in hoofdstuk 4 is benadrukt, zijn de Europese Gemeenschap en haar lidstaten gezamenlijk verantwoordelijk voor de instandhouding van de beginselen van internationale overeenkomsten zoals de actieprogramma's van Caïro (1994), Kopenhagen en Peking (1995) en de UNGASS-verklaring inzake HIV/aids, alsmede voor het leveren van een bijdrage aan de verwezenlijking van de Millennium-ontwikkelingsdoelen. Door de Gemeenschap geïnitieerde of gefinancierde activiteiten hebben invloed gehad op het internationale gezondheidsbeleid. De EG-investeringen hebben tevens de mondiale kennisvergaring en capaciteitsopbouw gesteund, zoals het HIV/aids-beleid dat, in samenwerking met de Wereldbank en UNAIDS, is ontwikkeld door de onderzoekspartnerschappen.

De Gemeenschap draagt substantieel bij aan de instanties van de Verenigde Naties²¹ en neemt actief deel aan de activiteiten van de G8. De nauwe transnationale betrekkingen, met name met de VS, Canada en Japan, hebben de invloed van de door de EG in internationale debatten gehanteerde beginselen op het gebied van gezondheid en armoede doen toenemen, en hebben een lans gebroken voor het opschroeven van de middelen die nodig zijn voor gezondheid in ontwikkelingslanden. De Commissie speelt een actieve rol bij de coördinatie van de EU-aanpak tijdens de onderhandelingen rond het Wereldverdrag inzake tabak, een initiatief van de WHO. De invloed van het verdrag op ontwikkelingslanden is van uiterst groot belang.

²¹ Het verbeteren van de coördinatie met de VN vormt een communautaire prioriteit waarbij de aandacht aanvankelijk zal uitgaan naar een nauwere samenwerking op het gebied van de ontwikkelingshulp. Voor meer bijzonderheden zie: Mededeling van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement – Ontwikkeling van een daadwerkelijk partnerschap met de Verenigde Naties op het gebied van ontwikkeling en humanitaire zaken (april 2000).

De nieuwe wereldagenda voor gezondheid en armoede vereist versterkte internationale partnerschappen met instanties die een sleutelrol spelen. Te dien einde wordt prioriteit verleend aan de volgende activiteiten die voor EG-steun in aanmerking komen:

- blijvende aandacht van de EG voor mondiale initiatieven met betrekking tot specifieke mondiale collectieve goederen, overdraagbare ziekten, reproductieve gezondheid, tabak, eerlijke financiering en sociale bescherming;
- een coherente reactie op andere beleidsterreinen waar de EG bevoegd is, waaronder handel, onderzoek en ontwikkeling, onderwijs, voedselzekerheid, landbouw en milieu;
- een actieve betrokkenheid bij de ontwikkeling en uitvoering van openbare/particuliere initiatieven op mondiaal niveau, zoals het Wereldfonds ter bestrijding van HIV/aids, tbc en malaria;
- veel aandacht blijven vragen voor gezondheid en armoede binnen de G8 en andere internationale forums;
- bestudering en verdere ontwikkeling van partnerschappen met internationale ontwikkelingsbanken en gespecialiseerde VN-instanties en contacten leggen met andere internationale organisaties;
- nauw blijven samenwerken met de WHO op het gebied gezondheidsbeleid, farmaceutisch beleid, normatieve kwesties, en met UNAIDS wat betreft de bijzonderheden van het beleid en de activiteiten op het gebied van HIV/aids;
- blijven samenwerken met UNFPA en UNICEF via partnerschappen op nationaal en regionaal niveau ten aanzien van dienstverlening en goederenleveranties;
- een grotere inbreng van de Commissie in de Commissie voor ontwikkelingsbijstand (DAC) van de OESO;
- nauw samenwerken met de Wereldbank in het kader van steun voor de PRSPs, en op het gebied van gezondheids- en armoedebeleid, programmering, onderzoek en activiteiten in ontwikkelingslanden;
- meer samenwerking met en steun voor wereldwijde publieke/particuliere partnerschappen zoals GAVI, IAVI en anderen zal nader worden onderzocht.

Ter verwezenlijking van het bovenstaande zullen de volgende activiteiten worden ontplooid:

- meer inspanningen om eensgezind (Gemeenschap en lidstaten) op te treden in internationale forums²²;
- versterking van de inspanningen om communautaire beleidsprioriteiten te presenteren, te verduidelijken en in een mondiale context te plaatsen;

²² In artikel 180 van het EG-Verdrag wordt voorzien in een grotere mate van consistentie in de positie van de EG en de lidstaten in internationale forums.

- vergroting van de aanwezigheid en de inbreng van de Gemeenschap in verschillende bestuurslichamen van de VN-instanties en andere internationale forums;
- bestudering van de mogelijkheden voor samenwerking met particuliere sectoren met en zonder winstoogmerk.

Om de mogelijkheid te benutten innovatieve partnerschappen aan te gaan met verschillende actoren en om, waar dat aangewezen en gerechtvaardigd is, bij te dragen aan mondiale initiatieven, dienen de communautaire financieringsinstrumenten wellicht te worden herzien. Een eerste poging daartoe is ondernomen in de vorm van het nog in behandeling zijnde voorstel voor herziening van de verordening inzake een speciale begrotingslijn voor armoedeziekten (B7-6211), die naar verwachting in 2002 zal worden aangenomen en die voorziet in financiële steun voor volledige communautaire betrokkenheid op mondiaal niveau.

Burgerorganisaties en niet-gouvernementele organisaties

De gemeenschap van niet-gouvernementele organisaties (NGO's) is een machtige pleitbezorger geweest, die invloed heeft uitgeoefend op de recente actie ten aanzien van schuldverlichting, betaalbaarheid van geneesmiddelen en octrooikwesties, en die als een barometer dienst heeft gedaan wat betreft de effectiviteit en de gebreken van de ontwikkelingshulp. De Commissie zal de activiteiten verder uitbreiden met NGO's en burgerorganisaties om te pleiten voor en invloed uit te oefenen op de beleidsdialog en de beleidsstrategie inzake belangrijke ontwikkelings- en gezondheidskwesties.

Op nationaal niveau zal de EG NGO's en burgerorganisaties in programma's blijven opnemen, aangezien ze belangrijke partners zijn op het gebied van dienstverlening en de monitoring van resultaten en prestaties. Een wezenlijk onderdeel van de EU-investeringen komt ten goede aan programma's en projecten met de particuliere sector zonder winstoogmerk (bijlage 5). De Commissie zal zich blijven inspannen om te zorgen voor coherentie tussen de activiteiten van NGO's, burgerorganisaties en overheden, donors en andere partners. Zij zal een werkgroep van de EG en burgerorganisaties inzake gezondheid en armoede in het leven roepen teneinde een vertrouwen uitstralende werkrelatie te versterken en te onderhouden tussen de Commissie en vertegenwoordigers van de burgerorganisaties. Hiermee wordt erkend dat de Commissie over manieren en middelen beschikt om haar transparantie en openheid verder te verbeteren, met name op beleidsgebied. Er kunnen tweemaal per jaar bijeenkomsten worden gehouden. De deelnemers aan de vergaderingen omvatten alle belanghebbenden, dit wil zeggen NGO's en burgerorganisaties, vertegenwoordigers uit het bedrijfsleven en van vakbonden, leden van het Europees Parlement en vertegenwoordigers van de lidstaten. De vergaderingen mogen andere bestaande, regelmatig te houden forums voor overleg tussen de Gemeenschap en niet overlappen.

Particuliere sector

De HIV/aids-epidemie heeft veel transnationale en particuliere bedrijven en investeerders in ontwikkelingslanden ertoe gebracht hun betrokkenheid op het gebied van gezondheidsbescherming en sociale bescherming te heroverwegen en uit te breiden. De particuliere sector zou nog steeds een veel grotere bijdrage kunnen leveren aan de gezondheid in ontwikkelingslanden door middel van, bijvoorbeeld, het Wereldfonds ter bestrijding van HIV/aids, tbc en malaria, en zich meer kunnen inzetten voor bedrijfsverantwoordelijkheid en bevordering van een brede toepassing van 'tiered pricing'.

De samenwerking tussen de Gemeenschap en de particuliere sector met winstoogmerk is tot dusver beperkt gebleven en begon actiever te worden met het EG-programma voor actie ter bestrijding van overdraagbare ziekten in het kader van de armoedebestrijding (februari 2001). Er zal meer aandacht worden besteed aan ontwikkelingsmechanismen voor samenwerking met deze groep, met name wat betreft:

- nieuwe prikkels die besproken worden om transnationale en andere particuliere bedrijven bij de ontwikkeling van mondiale collectieve goederen te betrekken;
- grotere samenwerking met particuliere investeerders ter bevordering van hun verantwoordelijkheid voor de gezondheid in ontwikkelingslanden;
- bestudering van alternatieven voor uitbreiding van de lokale productiecapaciteit van farmaceutische producten in ontwikkelingslanden. De haalbare projecten zullen worden gesteund met bestaande, door de EIB verleende investeringsfaciliteiten in de particuliere sector.

Europese bedrijven zullen worden gestimuleerd om de OESO-richtsnoeren voor buitenlandse investeerders te hanteren en daartoe toezicht te houden op de prestaties.

6. MONITORING VAN INVESTERINGEN EN INVLOED VAN EG-ONTWIKKELINGSHULP OP DE GEZONDHEID

De communautaire ontwikkelingshulp op het gebied van gezondheid, aids en bevolking is geëvolueerd van een aanvankelijke nadruk op investeringen in afzonderlijke projecten naar sectorale steun en algemene begrotingssteun. De monitoring is op vergelijkbare wijze aan het verschuiven van nadruk op specifieke communautaire middelen en resultaten naar beoordelingen van prestaties aan de hand van het ontwikkelingskader op sectoraal of nationaal niveau. Deze beoordelingen zullen samen met alle ontwikkelingspartners worden uitgevoerd. Daarnaast ligt de nadruk meer op monitoring van maatregelen die hogere resultaten op mondiaal niveau beogen dan op middelen en resultaten, hoewel de laatste belangrijke intermediaire maatregelen blijven.

Door de monitoring van prestaties aan de hand van het nationaal ontwikkelingskader kunnen de ontwikkelingspartners het beste inzicht krijgen in en reageren op de onderliggende beperkingen die een belemmering vormen voor de effectieve tenuitvoerlegging van armoedebestrijdings- en gezondheidsbeleid en -strategieën ten behoeve van de armen.

De Commissie zal samen met de ontwikkelingspartners effectieve benaderingen vaststellen voor de monitoring van sectorale en thematische doelstellingen op nationaal en mondiaal niveau.

Nationaal niveau: middelen koppelen aan prestaties en resultaten op gezondheidsgebied

In veel ontwikkelingslanden heeft de gezondheidszorg te kampen met geldgebrek. De ontwikkelingslanden zullen zelf een groot deel van de hogere investeringen voor betere gezondheidsresultaten dienen te mobiliseren. Initiatieven zoals dat van de Afrikaanse regeringen (Abuja 2001) om 15% van de nationale budgetten toe te wijzen aan gezondheid dienen te worden geprezen. In de meeste lage-inkomenslanden zal de internationale gemeenschap de overheids- en particuliere investeringen op nationaal niveau echter moeten

aanvullen met financiële steun voor de lange termijn. Veel landen zullen eerder behoefte hebben aan technische steun en capaciteitsopbouw dan aan grote financiële transfers.

Landen en hun ontwikkelingspartners zullen toezicht dienen te houden op alle middelen, waaronder overheids-, particuliere (een aanzienlijk deel in veel landen) en donormiddelen. Met de kaders voor monitoring op nationaal niveau dienen de totale investeringen in gezondheid te worden beoordeeld, waaronder rechtstreekse steun aan de gezondheidssector en steun aan andere sectoren die van invloed zijn op steun op gezondheids- en macro-economisch gebied.

- Door middel van een beleidsdialoog op nationaal niveau zal de EG een bijdrage leveren aan het bereiken van de juiste mate van investeringen ter verbetering van gezondheidsresultaten. De EG zal daarbij gebruik maken van een aantal instrumenten, waaronder macro-economische steun, schuldverlichting gekoppeld aan budgetten in de sociale sector, en financiering voor specifieke initiatieven en duidelijk vastgestelde financieringsleemten.

De landenstrategieën geven zelden een coherente analyse van hoe de programma-, sector- of macro-economische steun zal leiden tot verbeterde gezondheidsresultaten voor de armen. Het antwoord is vaak directe investeringen in de gezondheidssector zonder te overwegen of alternatieve steunmaatregelen in andere sectoren een groter effect zouden kunnen sorteren op armoedeziekten of de mondiale gezondheid.

Om te komen tot processen in verband met budget- en sectorevaluatie zijn veel landen bezig met het vaststellen van reeksen ‘benchmark’-indicatoren voor het meten van de prestaties in de gezondheidszorg en de vooruitgang die is geboekt met de verwezenlijking van gezondheidsresultaten die zijn vastgesteld in het kader van armoedebestrijding en de Millennium-ontwikkelingsdoelen. Dergelijke indicatoren worden gekenmerkt door een verzameling gegevens over middelen, resultaten, uitkomsten en het proces, en in veel mindere mate gegevens over de effecten. Hoewel de specifieke indicatoren voor een land soms niet perfect werken, worden ze steeds beter, naarmate er meer ervaring wordt opgedaan en er meer capaciteiten worden ontwikkeld.

Er dient te worden geëvalueerd welke waarde deze indicatoren hebben bij de beoordeling van verbeteringen in de gezondheidsresultaten voor de armen. De Gemeenschap is voornemens toekomstige uitbetalingen te koppelen aan prestaties door deze af te zetten tegen de doelen die zijn overeengekomen met landen en hun partners. Het definiëren van een beperkt aantal resultaatindicatoren vormt een enorme uitdaging op meetgebied, waar statistische systemen nauwelijks ontwikkeld zijn, maar kan ook leiden tot averechtse prikkels om zich slechts te richten op de kerngebieden waarvan de prestaties zullen worden gemeten.

- De EG zal de bruikbaarheid van intermediaire indicatoren toetsen in een aantal landen waaraan in de toekomst macro-economische steun en/of op de sector gerichte steun zal worden verleend.
- De Commissie zal tezamen met de lidstaten en in het kader van de DAC/OESO verder werken aan de totstandkoming van intermediaire indicatoren.

De gebruikelijke statistische systemen vertonen over het algemeen gebreken en zijn van beperkte waarde voor dienstverleners in de overheidssector en de sector zonder winst oogmerk. Achter een verzameling gegevens kunnen grote afwijkingen en

ongerechtigheden schuilgaan en deze gegevens zijn vaak niet gekoppeld aan beleidsvorming of toewijzingen van financiële middelen. Sommige landen zijn het beheer van informatie en de monitoring van prestaties echter aan te verbeteren door de gegevens te splitsen (naar geslacht, inkomensniveau, geografisch gebied en dienstverlener) door middel van een gedetailleerde analyse en feedback aan dienstverleners, en door interactie met de beleidsmakers.

- De Gemeenschap zal de activiteiten ter versterking van monitoringsystemen en - capaciteit verder bevorderen in samenwerking met andere landen en met de belangrijkste partners.

Investerings op regionaal en mondiaal niveau

Nieuwe partnerschappen op mondiaal niveau bieden meer mogelijkheden voor de koppeling van extra en efficiëntere geldstromen aan betere gezondheidsresultaten. Er bestaat geen effectief systeem voor monitoring van alle investeringen op het gebied van de gezondheid. De Millennium-ontwikkelingsdoelen zijn hoogwaardige indicatoren die een in internationaal verband afgesproken referentiepunt vormen. Er staat veel te gebeuren binnen de ontwikkelingsgemeenschap om te komen tot een beperkte reeks essentiële intermediaire indicatoren voor gebruik door alle ontwikkelingspartners. De WHO houdt toezicht op de mondiale gezondheidsresultaten.

- De EG zal een steeds grotere rol gaan spelen op de gebieden die van strategisch belang zijn en waarop de EU van cruciale betekenis kan zijn bij de verwezenlijking van de Millennium-ontwikkelingsdoelen.
- De EG zal samen met de lidstaten en in het kader van de DAC/OESO werken aan de totstandkoming van hoogwaardige indicatoren.

Monitoring van het beheer van de communautaire hulp

De communautaire hulp voor activiteiten op het gebied van gezondheid, aids en bevolking bereikte in 1998 een hoogtepunt met een bijdrage van meer dan 700 miljoen euro, hetgeen overeenkwam met 8% van de communautaire begroting. De totale portefeuille voor de periode 1995-2000 belooft meer dan 1,4 miljard euro (bijlage 5). Momenteel is er een evaluatie van de huidige portefeuille gaande. De eerste aanbevelingen zijn onder meer: de behoefte aan gedifferentieerde benaderingen; de cruciale rol van decentralisatie van communautaire steun; de noodzaak om de institutionele steun aan landen voort te zetten voor de ontwikkeling van adequate gezondheidsstrategieën; de behoefte aan grotere samenhang, coördinatie en complementariteit; en de noodzaak om een adequate reeks indicatoren te ontwikkelen om de voortgang te meten. In deze mededeling zijn deze en andere aanbevelingen uit eerdere evaluaties van het communautaire programma inzake aids/HIV opgenomen, alsmede het gebruik van speciale begrotingslijnen voor aids en bevolking.²³

Er zal verder toezicht worden gehouden op het beheer van de EG-hulp voor gezondheid en armoede via een voortdurend proces dat is gerelateerd aan het begrotingsproces, portefeuillebeoordelingen, sectorale en thematische evaluaties, en via de productie van een

²³ 'Evaluation de l'aide de la coopération Nord-Sud en matière de lutte contre l'expansion de l'épidémie du HIV/SIDA et aide aux politiques et programmes démographiques dans les pays en développement 1997 - 1999', door Jean-Claude Deheneffe, et al., november 2000; 'Evaluation of the EC AIDS/HIV Programme in developing countries', door het 'Health Research for Action' (HERA), december 1996.

jaarlijks prestatieverslag, dat wordt gepresenteerd in het jaarverslag over het communautair ontwikkelingsbeleid. De bestaande mechanismen en de leidende beginselen voor het effectieve gebruik van de resultaten van beoordelingen en evaluaties zullen nader worden beschreven in een specifiek werkprogramma dat volgt op deze mededeling.

De EG-financiering die uit hoofde van dit communautair beleidskader wordt verstrekt zal worden onderworpen aan toezicht en financiële controle door de Commissie overeenkomstig de gebruikelijke, door de Commissie vastgestelde regelingen in het kader van de van kracht zijnde bepalingen, met name die in het Financieel Reglement dat van toepassing is op de algemene begroting van de Europese Gemeenschappen en de financiële EOF-verordening.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit beleidskader vormt het algemene antwoord van de Gemeenschap op de verplichtingen die de internationale gemeenschap op zich heeft genomen en welke bestaan uit het leveren van een bijdrage aan de verwezenlijking van de op gezondheid en armoede betrekking hebbende Millennium-ontwikkelingsdoelen. De Top van Johannesburg biedt de mogelijkheid om vooruitgang te boeken bij deze taak, waarbij de als gemeenschappelijk doel gestelde verbetering van de duurzame ontwikkeling wordt versterkt. Voor een effectief antwoord van de EG zullen coherente inspanningen van de Gemeenschap en haar lidstaten nodig zijn in samenwerking met partnerlanden, internationale partners en partners uit de burgerorganisatie, de particuliere sector, de VN, andere multilaterale organisaties en belanghebbenden.

De keuze voor het voorgestelde beleid brengt verschillende uitdagingen voor de Gemeenschap met zich mee. De nieuwe werkwijzen en versterkte investeringen dienen de volle aandacht te krijgen. De zoektocht naar een grotere beleidscoherentie, de keuze om de gezondheid via andere sectoren te benaderen, de verplichting tot koppeling van middelen aan prestaties en resultaten op het gebied van de gezondheid, de verhoging van investeringen en zo nodig middelen, en de behoefte om communautaire instrumenten op effectieve en efficiënte wijze te laten aansluiten op de groeiende vraag kunnen niet allemaal meteen ter hand worden genomen. De belangrijkste uitdaging zou wel eens kunnen liggen op het gebied van complementariteit binnen de EU, de werkverdeling tussen de Gemeenschap en haar lidstaten en grotere samenwerking tussen de Gemeenschap en de lidstaten om eensgezind op te treden in ontwikkelingsforums en -partnerschappen.

Deze mededeling zal worden aangevuld met een alomvattend werkprogramma waarin een nauwkeurige beschrijving zal worden gegeven van de actieprioriteiten en de vereiste personele en financiële middelen die verenigbaar zijn met de bestaande financiële programmering en instrumenten. De behoefte aan menselijke en administratieve middelen zal worden gedekt binnen de toewijzing voor het DG dat het beheer voert, in het kader van de jaarlijkse toewijzingsprocedure.

Bijlage 1: de Millennium-ontwikkelingsdoelen

Millennium-ontwikkelingsdoelen (MDG's)		
Doelen en doelstellingen	Indicatoren	
Doel 1: Uitbannen van extreme armoede en honger		
Doelstelling 1: Tussen 1990 en 2015 halveren van het deel van de bevolking met een inkomen van minder dan één dollar per dag	1.	Het bevolkingsdeel met minder dan één dollar per dag
	2.	Het cijfer dat de armoedekloof uitdrukt [incidentie x mate van armoede]
	3.	Het aandeel van de armste 20% in de nationale consumptie
Doelstelling 2: Tussen 1990 en 2015 halveren van het deel van de bevolking dat honger lijdt	4.	De prevalentie van kinderen met ondergewicht (onder de vijf jaar)
	5.	Het bevolkingsdeel dat minder energetische waarde van voedingsmiddelen krijgt dan minimaal noodzakelijk
Doel 2: Verwezenlijken van universeel basisonderwijs		
Doelstelling 3: Waarborgen dat, tegen 2015, kinderen overal ter wereld, ongeacht hun sekse, de basisschool kunnen afmaken	6.	Het netto-inschrijfcijfer in het basisonderwijs
	7.	Het leerlingenaandeel dat begint in klas 1 en klas 5 haalt
	8.	Het aantal 15- tot 24-jarigen dat kan lezen en schrijven
Doel 3: Bevorderen van gelijke kansen voor mannen en vrouwen en 'empowerment' van vrouwen		
Doelstelling 4: Wegnemen van de ongelijkheid tussen man en vrouw in het basisonderwijs en het secundair onderwijs, bij voorkeur tegen 2005 en uiterlijk in 2015 op alle onderwijsniveaus	9.	De verhouding tussen jongens en meisjes in het basis-, secundair en tertiair onderwijs
	10.	De verhouding tussen mannen en vrouwen in de leeftijd van 15-24 jaar die kunnen lezen en schrijven
	11.	Het deel van de vrouwen dat niet in de agrarische sector in loondienst werkt
	12.	Het deel van de zetels in het nationaal parlement dat in handen is van vrouwen
Doel 4: Verminderen van kindersterfte		
Doelstelling 5: Tussen 1990 en 2015 het sterftcijfer van kinderen onder de vijf jaar met twee derde terugbrengen	13.	Sterftcijfer bij kinderen onder de vijf jaar
	14.	Sterftcijfer bij zuigelingen
	15.	Het gedeelte van de tegen mazelen ingeënte eenjarigen
Doel 5: Verbeteren van de gezondheid van jonge moeders		
Doelstelling 6: Tussen 1990 en 2015 het sterftcijfer onder jonge moeders met driekwart terugbrengen	16.	Sterftcijfer van jonge moeders
	17.	Deel van de geboorten die begeleid wordt door medisch deskundig personeel
Doel 6: Bestrijding van HIV/aids, malaria en andere ziekten		
Doelstelling 7: Tegen 2015 een halt toeroepen aan en beginnen met de terugdringing van de verspreiding van HIV/aids	18.	De HIV-prevalentie bij zwangere vrouwen tussen 15 - 24 jaar oud
	19.	De mate waarin voorbehoedsmiddelen worden gebruikt
	20.	Het aantal weeskinderen tengevolge van HIV/aids
Doelstelling 8: Tegen 2015 een halt toeroepen aan en beginnen met de terugdringing van de incidentie van malaria en andere ernstige ziekten	21.	De prevalentie van malaria en sterftcijfers in verband met malaria
	22.	Het bevolkingsdeel in malariagebieden dat aan effectieve malariapreventie doet en zich laat behandelen
	23.	De prevalentie van tuberculose en sterftcijfers in verband met tuberculose
	24.	Het deel van tbc-gevallen dat wordt opgespoord en genezen in het kader van DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)
Doel 7: Waarborgen van de duurzaamheid van het milieu*		
Doelstelling 9: Integreren van de beginselen van duurzame ontwikkeling in het beleid en programma's van landen en terugdringen van het verlies aan milieubronnen	25.	Het gedeelte van het landoppervlak dat bedekt is met bossen
	26.	Het landoppervlak dat beschermd wordt voor het behoud van de biodiversiteit
	27.	Het BNP per eenheid energiegebruik (als benadering voor energie-efficiëntie)
	28.	Emissies van kooldioxide (per hoofd van de bevolking) [Plus twee cijfers van wereldwijde luchtvervuiling: ozonafbreking en de toename van broeikasgassen]
Doelstelling 10: Tegen 2015 halveren van het deel van de bevolking zonder duurzame toegang tot veilig drinkwater	29.	Het bevolkingsdeel met duurzame toegang tot verbeterde waterbronnen

Doelstelling 11: Tegen 2020 een aanzienlijke verbetering hebben bereikt in de levens van ten minste 100 miljoen mensen die in sloppenwijken wonen	30. Het deel van de bevolking met toegang tot verbeterde riolering 31. Het deel van de bevolking dat verzekerd is van een dak boven hun hoofd [het uitsplitsen van een aantal van bovenstaande indicatoren voor de stad en het platteland kan van belang zijn voor de monitoring van de verbetering in de levens van de bewoners van sloppenwijken]
Doel 8: Ontwikkelen van een mondiaal partnerschap voor ontwikkeling*	
Doelstelling 12: Verder ontwikkelen van een open, op regels gebaseerde, niet-discriminerend handelsstelsel en financieel stelsel Omvat een verplichting tot goed bestuur, ontwikkeling, en armoedebestrijding - zowel op nationaal als internationaal niveau	<i>Op een aantal van de hieronder genoemde indicatoren zal afzonderlijk toezicht worden gehouden wat betreft de minst ontwikkelde landen (MOL's), Afrika, ingesloten landen en kleine insulaire ontwikkelingsstaten</i> <u>Officiële ontwikkelingshulp (Official Development Aid, ODA)</u> 32. De netto-ODA als percentage van het BNI van de DAC-donors [doelstellingen van 0,7% in totaal en 0,15% voor MOL's] 33. Het ODA-aandeel bestemd voor fundamentele sociale voorzieningen (basisonderwijs, eerstelijnsgezondheidszorg, voeding, veilig water en riolering)
Doelstelling 13: Tegemoetkomen aan de speciale behoeften van de minst ontwikkelde landen Omvat: belasting- en quotavrij exporteren door de MOL's; een uitgebreider schuldverlichtingprogramma voor arme landen met een zware schuldenlast (HIPC) en kwijtschelding van de officiële bilaterale schuld, en een gullere verlening van ODA aan landen die zich verplichten tot armoedebestrijding	34. Het ODA-deel dat is losgekoppeld 35. Het ODA-deel dat is bestemd voor milieubescherming in kleine insulaire ontwikkelingsstaten 36. Het ODA-deel dat is bestemd voor de vervoersector in ingesloten landen
Doelstelling 14: Tegemoetkomen aan de speciale behoeften van ontwikkelingslanden die omringd zijn door land en de kleine insulaire ontwikkelingsstaten (door middel van het Barbados-programma en de bepalingen van de 22 ^e Algemene Vergadering)	<u>Markttoegang</u> 37. Het exportaandeel (naar waarde en met uitzondering van wapens) dat vrij is van belastingen en quota's 38. De gemiddelde belastingen en quota's op agrarische producten, textiel en kleding 39. Binnenlandse en exportsubsidies voor de agrarische sector in OESO-landen 40. Het ODA-deel voor het helpen opbouwen van handelscapaciteit
Doelstelling 15: Alomvattende aanpak van de schuldenproblematiek van ontwikkelingslanden via nationale en internationale maatregelen om de schuld op de lange termijn duurzaam te maken	<u>Duurzaamheid van de schuld</u> 41. Het deel van de officiële bilaterale HIPC-schuld dat is kwijtgescholden 42. De schuldendienst als percentage van de export van goederen en diensten 43. Het ODA-deel in de vorm van schuldverlichting 44. Het aantal landen dat voldoet aan het HIPC-besluit en voor schuldverlichting in aanmerking komt
Doelstelling 16: In samenwerking met ontwikkelingslanden ontwikkelen en uitvoeren van strategieën voor het scheppen van fatsoenlijke en productieve banen voor jongeren	45. Het werkloosheidscijfer van personen tussen de 15-24 jaar
Doelstelling 17: In samenwerking met farmaceutische bedrijven toegang verlenen tot betaalbare en essentiële geneesmiddelen in ontwikkelingslanden	46. Het bevolkingsdeel met duurzame toegang tot betaalbare en essentiële geneesmiddelen
Doelstelling 18: In samenwerking met de particuliere sector beschikbaar stellen van de voordelen van nieuwe technologieën, met name informatie- en communicatietechnologie	47. Het aantal telefoonlijnen per 1000 mensen 48. Het aantal personal computers per 1000 mensen <i>Andere nog te definiëren indicatoren</i>

* De selectie van indicatoren voor de doelen 7 en 8 moet nader worden uitgewerkt

Bijlage 2: de ontwikkeling van het EG-beleid inzake gezondheid, aids en bevolking (1990-2000)

Gezondheid

(Mededeling van de Commissie – COM (94) 77)

Strategische prioriteiten:

- (1) ervoor zorgen dat er meer rekening wordt gehouden met de gezondheidsdimensie in het ontwikkelingsbeleid, met name in structurele aanpassingsprogramma's;
- (2) structurele wanverhoudingen in gezondheidszorgstelsels helpen corrigeren via gerichte actie op basisvoorzieningen;
- (3) bevordering van institutionele hervorming via capaciteitsopbouw op centraal niveau en steun voor decentralisatie;
- (4) landen helpen om systemen te ontwikkelen voor het efficiënter meten en vrijmaken van middelen.

HIV/aids

(Mededeling van de Commissie – COM (94) 79)

Strategische prioriteiten:

- (1) de verspreiding van de epidemie beperken en tegelijkertijd bestrijding van discriminatie en uitsluiting van mensen die het risico lopen geïnfecteerd te raken of geïnfecteerd zijn met HIV en aids;
- (2) de gezondheidssector in staat stellen om het hoofd te bieden aan de bijkomende last in verband met HIV/aids;
- (3) vermindering van de gevolgen van de epidemie voor economische en sociale ontwikkeling;
- (4) uitbreiding van wetenschappelijke kennis en knowhow.

(Verordening van de Raad - 550/97 – die momenteel wordt herzien om als grondslag te dienen voor EG-steun ter bestrijding van de 'armoedeziekten' HIV/aids, malaria en tbc)

Strategische prioriteiten:

- (1) beperking van de overdracht van HIV/aids en van de verbreiding van andere aandoeningen die seksueel of perinataal overdraagbaar zijn;
- (2) versterking van de sector gezondheidszorg en de sociale sectoren zodat deze berekend zijn op de toenemende belasting in verband met de uitbreiding van de epidemie;
- (3) bijstand aan regeringen en gemeenschappen bij de inschatting van de gevolgen van de epidemie voor de verschillende sectoren van de economie en groepen in de maatschappij, en bij het uitstippelen en uitvoeren van strategieën om deze gevolgen op te vangen;
- (4) ontwikkeling van de wetenschappelijke kennis over de epidemie en over het effect van maatregelen met het oog op verbetering van de kwaliteit ervan, met uitsluiting van fundamenteel onderzoek.

Bevolking

(Verordening van de Raad - 1484/97 – die momenteel wordt herzien om te dienen als grondslag voor EG-steun ter bevordering van 'reproductieve en seksuele gezondheid en rechten')

Strategische prioriteiten:

- (1) vrouwen, mannen en adolescenten in staat stellen met kennis van zaken een vrije keuze te maken wat betreft het aantal kinderen dat zij wensen en met welke tussenpozen;
- (2) bijdragen tot het creëren van een sociaal, cultureel, economisch en educatief klimaat dat gunstig is om dit recht volledig uit te oefenen;
- (3) helpen bij de ontwikkeling of de hervorming van de gezondheidszorgstelsels voor een betere toegang tot kwalitatief goede dienstverlening op het gebied van reproductieve gezondheidszorg.

Overdraagbare ziekten

(Mededeling van de Commissie - COM(2000) 585 en COM (2001) 96)

Kerngebieden voor versnelde actie:

- (1) verwezenlijking van een optimaal effect van bestaande steunmaatregelen, diensten en goederen die gericht zijn op de voornaamste overdraagbare ziekten waarvan de armste bevolkingsgroepen het slachtoffer zijn;
- (2) de voornaamste farmaceutische producten betaalbaarder maken door een alomvattende en synergetische mondiale aanpak;
- (3) verhoging van de investering in onderzoek naar en ontwikkeling van mondiale goederen gericht op de drie voornaamste overdraagbare ziekten.

Bijlage 3: de belangrijkste ziekte- en doodsoorzaken in ontwikkelingslanden

HIV/aids dreigt de ergste pandemie in de wereldgeschiedenis te worden. 40 miljoen mensen zijn geïnfecteerd met HIV en meer dan 22 miljoen mensen zijn aan aids gestorven. Daarbij raken vijf miljoen mensen jaarlijks geïnfecteerd. Bijna een derde van de HIV-slachtoffers is ook geïnfecteerd met tbc. HIV en aids treffen individuen, huishoudens, gemeenschappen en samenlevingen, belasten de gezondheidszorg en het onderwijs, en vertragen de economische groei. De meeste landen hebben het probleem niet effectief aangepakt en het aantal geïnfecteerden blijft stijgen. Momenteel zijn er in Afrika 14 miljoen wezen als gevolg van aids en naar schatting zal dit aantal 40 miljoen bedragen tegen 2010. De komst van effectieve behandelmethode heeft de verschillen in HIV-resultaten tussen rijke en arme samenlevingen en tussen individuen doen toenemen. HIV vormt een bedreiging voor alle landen en samenlevingen. De epidemie groeit het snelst in Oost-Europa en, op Afrika na, is het Caribisch Gebied het meest getroffen gebied.

Vijftig jaar na de invoering van een effectieve behandeling veroorzaakt **tuberculose (tbc)** nog steeds twee miljoen doden per jaar en is nog steeds, samen met HIV/aids, de voornaamste doodsoorzaak bij volwassenen. Voor het geringe bedrag van 10 USD kan de ziekte effectief worden behandeld. Toch krijgt slechts een kwart van de patiënten wereldwijd de juiste zorg. Het tbc-probleem is niet alleen een probleem dat tot de armste landen is beperkt. In de landen van de voormalige Sovjet-Unie heeft 10% van de gevangenen actieve tbc en de kans op infectie is honderdmaal hoger dan die van de bevolking in het algemeen. De tbc-vormen die resistent zijn tegen veel geneesmiddelen komen vaak voor en zijn tot dusver in 100 landen waargenomen.

Malaria veroorzaakt 500 miljoen infecties en meer dan een miljoen doden per jaar, waarvan de meeste in Afrika, waar de inspanningen ter bestrijding van malaria in veel landen vrijwel allemaal zijn mislukt. Malaria is weer terug in de gebieden waar de ziekte voorheen onder controle was, en de resistentie tegen standaardbehandelingen neemt toe.

Acute infecties aan de luchtwegen en diarree blijven de voornaamste oorzaken van slechte gezondheid en sterfte, met name bij kinderen. Beide ziekten zijn de oorzaak en het gevolg van ondervoeding. Diarree wijst op een slechte hygiëne en een beperkte toegang tot schoon water. Ziekten die met vaccins kunnen worden voorkomen veroorzaken jaarlijks drie miljoen doden.

Bijna de helft van de kindersterfte in lage-inkomenslanden kan in verband worden gebracht met **ondervoeding**, die ziekten bij zuigelingen, kinderen en jonge moeders, een afname in het leervermogen, lagere productiviteit en sterfte in de hand werkt. Het tegengaan van ondervoeding en het aanpakken van specifieke tekorten aan micronutriënten zijn kernelementen in de armoedebestrijding.

De reproductieve en seksuele gezondheid en rechten zijn nog steeds een grote bron van zorg op het gebied van volksgezondheid. Oorzaken die rond de geboorte liggen hebben jaarlijks alleen al de dood van 600.000 vrouwen en enkele miljoenen pasgeborenen tot gevolg. Sterfte onder jonge moeders herinnert duidelijk aan de ongelijkheid tussen en binnen landen. De meeste sterfgevallen worden veroorzaakt door complicaties die verband houden met de geboorte, waarvan de meeste te voorkomen zijn door gebruik te maken van bestaande goedkope technologieën. De WHO heeft in 2000 becijferd dat de omstandigheden van jonge moeders, na HIV/aids, de belangrijkste bijdrage leveren aan de mondiale ziektelast bijdragen. Ondanks de grote vooruitgang in de verbetering van de toegang tot informatie over anticonceptie en voorbehoedmiddelen dient er nog veel te gebeuren om de toegang tot meer reproductieve rechten te garanderen.

De aan leefwijze gerelateerde oorzaken van slechte gezondheid nemen in de ontwikkelingslanden hand over hand toe. Bevolkingen die te kampen hebben met een groot probleem van overdraagbare ziekten, krijgen vaak ook te maken met een extra last vanwege de toenemende effecten van niet-overdraagbare ziekten, zoals hartaandoeningen en diabetes. Van belang zijn in het bijzonder ziekten die verband houden met het gebruik van tabaksproducten (kanker, cardio- en cerebrovasculaire ziekten, en longziekten), die in 1998 meer dan vier miljoen doden veroorzaakten, waarvan twee derde in ontwikkelingslanden. Het aantal sterfgevallen dat verband houdt met het gebruik van tabaksproducten zal naar schatting verdubbelen in de komende 20 jaar. Veel landen krijgen tevens te maken met de hoge tol van de negatieve effecten op de gezondheid als gevolg van risicovol seksueel gedrag, drugmisbruik, waaronder alcoholmisbruik, geweld, conflicten en verkeersongevallen. In veel ontwikkelingslanden wordt er geen acht geslagen op psychische aandoeningen, die vaak tot een slechte gezondheid leiden.

Bijlage 4: ontwikkelingsbenaderingen

Goed bestuur ('good governance') is in de allereerste plaats een zaak van de landen zelf. Democratie en de rechtstaat zijn noodzakelijke voorwaarden voor duurzame ontwikkeling. Tot dusver is het politieke antwoord op de uitdagingen op bestuurlijk gebied op elk niveau – nationaal, Europees en internationaal, publiek of particulier - onvoldoende gebleken. In veel landen, waaronder de ontwikkelingslanden, **heeft ontoereikend binnenlands beleid** bijgedragen tot de steeds groter wordende kloof tussen arm en rijk. Evenzo heeft het gebrek aan evenwicht tussen mondiale marktkrachten enerzijds en mondiale bestuursinstellingen anderzijds, geleid tot wat een **'mondiale bestuursleemte'** kan worden genoemd. Beide factoren leiden tot ontevredenheid en onenigheid en ondermijnen duurzame ontwikkeling. Een bijzonder belangrijk aspect van slecht bestuur is **corruptie**, die niet alleen schadelijk kan zijn voor 's lands eigen politieke systeem en economie, maar ook buitenlandse investeerders afschrikt en negatieve bijkomende effecten heeft in andere landen in de vorm van witwaspraktijken en internationale misdaad.

Eigen inbreng, politieke betrokkenheid en leiderschap en doeltreffende planning zijn nodig om het sectoraal hervormingsproces te bevorderen, om voldoende financiering te waarborgen, zowel van regerings- als donorzijde voor de prioritering van investeringen en een eerlijke toewijzing van middelen binnen de gezondheidszorgsector. Tegelijkertijd zijn er inspanningen nodig om de verantwoordelijkheid te waarborgen, de brede deelname te stimuleren van belanghebbenden, waaronder de burgerorganisaties, aan de beleidsdialoog, aan dienstverlening en aan de monitoring van prestaties. Het falen van gezondheidszorgstelsels in het verleden heeft geleid tot een herwaardering van de traditionele rol van de overheid als de belangrijkste dienstverlener. Er wordt in toenemende mate erkend dat een doeltreffender rol van de overheid die van **'beheerder'** is, waarbij de staat verantwoordelijk wordt voor het toezicht op, de regulering van en de kwaliteitscontrole over de hele sector en meerdere dienstverleners daarbij de verantwoordelijkheid delen voor dienstverlening.

Beleidscoherentie binnen de EU. Het binnenlandse EU-beleid kan bijkomende negatieve effecten hebben in andere landen, met name in ontwikkelingslanden. Op enkele belangrijke gebieden is het bestaande EU-beleid in strijd met de doelstellingen op het gebied van gezondheid en armoede. Beleidscoherentie heeft **meerdere dimensies**: beleidscoherentie waarnaar gestreefd wordt binnen de verschillende internationale organisaties, coherentie tussen buitenlands beleid, coherentie tussen buitenlands beleid en de externe effecten van binnenlands beleid, coherentie tussen communautair beleid en beleid van de lidstaten en coherentie binnen één enkel beleidsterrein. Het gevolg hiervan is een in politiek zin uitdagend concept dat derhalve moeilijk uitvoerbaar is.

De nationale ontwikkelingsstrategieën ter bestrijding van armoede worden steeds vaker in een **strategiedocument ter bestrijding van armoede (PRSP)** uitgewerkt. Dit alomvattende, door de landen gestuurd kader moet ervoor zorgen dat alle investeringen van overheids- en donorzijde in relevante sectoren, waaronder de gezondheidszorgsector, elkaar aanvullen en zich richten op hetzelfde algemene doel, namelijk armoedebestrijding. Donors, waaronder de EG, koppelen steeds vaker hun steun aan dergelijke door de landen gestuurde strategieën die in toenemende mate worden ontwikkeld in samenwerking met de burgerorganisaties en de particuliere sector. Het PRSP maakt het mogelijk om steunmaatregelen zodanig te prioriteren dat de armoede bestreden kan worden door een steeds groter deel van de externe steun via de nationale begroting te sluizen.

Kenmerkend voor de sectorbrede benaderingen is dat ze een effectievere en efficiëntere werkwijze tussen regering en donors mogelijk maken. Alle belangrijke financiering voor de sector ondersteunt één enkel sectoraal beleid en investeringsprogramma, onder auspiciën van de regering en met toepassing van gemeenschappelijke benaderingen in de gehele sector en geleidelijk vertrouwend op overheidsprocedures om middelen ter beschikking te stellen en daarover rekenschap af te leggen. Deze aanpak is door twee gedachten ingegeven: het belang dat gehecht wordt aan de toewijzing van de nationale begroting en van donormiddelen tussen en binnen de sectoren, en het probleem dat de traditionele projectaanpak geen duurzame verbetering in de dienstverlening heeft opgeleverd. Ondanks de positieve eerste geluiden bevinden de meeste sectorbrede benaderingen zich in de eerste uitvoeringsfase. Een van de grootste uitdagingen is te zorgen voor een aanpak binnen de sectorbrede benaderingen die ten goede komt aan de armen.

Loskoppeling van de hulp. Na de aanbevelingen van de OESO/DAC is men het er binnen de EU over eens om naar mogelijkheden te zoeken voor verdere loskoppeling van de ontwikkelingshulp ter verbetering van diens doelmatigheid en doeltreffendheid. De EU heeft dit proces in werking gesteld voor diensten en goederen die essentieel zijn bij de bestrijding van HIV/aids, tuberculose en malaria.

Bijlage 5: belangrijkste financieringsinstrumenten voor EG-steun op het gebied van gezondheid, aids en bevolking

Europees Ontwikkelingsfonds (EOF)

De pijler van EG-samenwerking met de 77 ACS-landen wordt geleverd door het Europees Ontwikkelingsfonds (EOF). De Overeenkomst van Cotonou (2000) legt de grondslag voor de vijfjarige financieringsprotocollen in het kader van het 9^e EOF (2002-2006).

Economische en technische samenwerking met Azië en Latijns-Amerika

De economische en technische samenwerking met Azië en Latijns-Amerika is vastgelegd in een in 1992 goedgekeurde kaderverordening van de Raad. Bovendien zijn er samenwerkingsovereenkomsten ondertekend op het niveau van subregio's en per land, die zowel betrekking hebben op samenwerking als handel. De steun wordt jaarlijks uitbetaald en komt rechtstreeks uit de eigen begroting van de Gemeenschap. De EG-hulp komt in het algemeen ten goede aan ongeveer 18 landen in Latijns-Amerika en 17 in Azië in het kader van het samenwerkingsprogramma dat hoofdzakelijk gefinancierd wordt uit de begrotingslijnen B7-300 (Azië) en B7-310 (Latijns-Amerika). De verordening worden momenteel herzien. Een overeenkomst met Mexico is uitgebreid tot een complexer partnerschap, en met Mercosur en Chili wordt momenteel onderhandeld over een overeenkomst. De algemene strategieën op regionaal en nationaal niveau worden momenteel opnieuw opgesteld om zich beter te kunnen richten op prioritaire steunmaatregelen die per land verschillen.

Samenwerking met de mediterrane landen in het kader van het Meda-programma

Het Europees-mediterrane partnerschap kwam in november 1995 tijdens een conferentie van EU-ministers in Barcelona tot stand. Met dit partnerschap wordt het belang van het menselijke aspect in de betrekkingen tussen de twee regio's benadrukt. Het gezondheidsaspect speelt een prominente rol in de inspanningen ter bevordering van duurzame ontwikkeling en algemeen welzijn, en wordt gesteund met een aanzienlijk hogere financiële hulp. Het Meda-programma is het belangrijkste financiële instrument van de EG ter uitvoering van het Europees-mediterrane partnerschap.

Speciale begrotingslijnen voor HIV/aids en bevolking

Ter aanvulling van de belangrijkste financiële en technische instrumenten voor samenwerking worden speciale communautaire thematische begrotingslijnen ingezet ter ondersteuning van het beleid en de strategie die samen de spil vormen van de ontwikkelingssamenwerking op het gebied van HIV/aids en bevolking. Deze middelen zijn bedoeld als steun voor het testen van innovatieve methodologieën en strategieën, alsook voor het vergaren van kennis, daar waar er een enorm gebrek aan is. De verordeningen voor deze begrotingslijnen worden momenteel herzien en richten zich op de tenuitvoerlegging van het communautaire programma voor actie op het gebied van overdraagbare ziekten, waaronder een bijdrage aan het Wereldfonds ter bestrijding van HIV/aids, malaria en tuberculose, en op communautaire steun voor reproductieve en seksuele gezondheid en rechten.

Medefinanciering van NGO's

De in 1976 in het leven geroepen begrotingslijn voor medefinanciering van NGO's is in de laatste jaren een steeds grotere rol gaan spelen bij de ondersteunende activiteiten op het gebied van gezondheid, aids en bevolking. Dit instrument voorziet in een flexibele methode voor de financiering van Europese NGO's die, in samenwerking met hun partners uit de ontwikkelingslanden, door de EG worden gezien als een bijzonder effectief middel om de armste en meest gemarginaliseerde gemeenschappen te bereiken. Ongeveer 25% van alle medegefinancierde NGO-projecten zijn momenteel gericht op de gezondheidssector.

Humanitaire hulp

De humanitaire hulp van de EG beslaat een groot scala aan steunmaatregelen, waaronder noodhulp aan oorlogsslachtoffers en slachtoffers van natuurrampen, hulp aan vluchtelingen en kortstondige herstel- en bouwwerkzaamheden. In 1993 heeft ECHO (het Europees Bureau voor humanitaire noodhulp) de verantwoordelijkheid op zich genomen voor het beheer van humanitaire hulp anders dan voedselhulp en vanaf dat jaar is de financiering op dit gebied flink toegenomen. Een zeer groot deel van de totale humanitaire hulp heeft altijd bestaan uit hulp op het gebied van gezondheid en medische verzorging.

Onderzoek

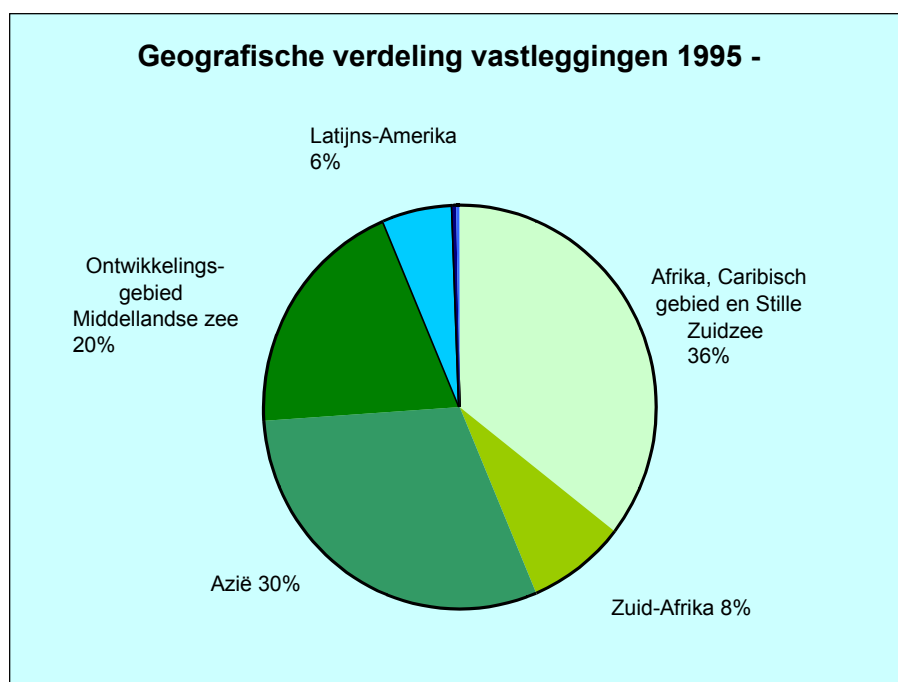
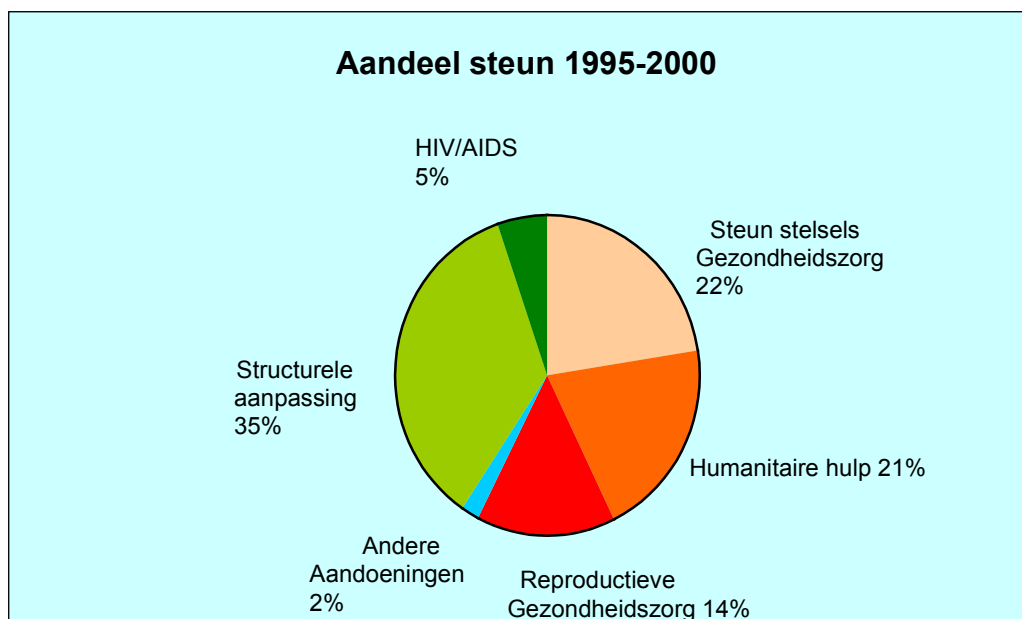
De EG verleent steun voor onderzoek naar de gezondheidsproblemen in ontwikkelingslanden binnen haar Kaderprogrammabegroting. In het verleden, ten tijde van het Vierde Kaderprogramma, werd het onderzoek gefinancierd via het communautaire Internationaal Samenwerkingsprogramma (INCO-DEV), waar de nadruk lag op actieve samenwerking op het gebied van onderzoek tussen wetenschappers uit zowel de ontwikkelingslanden als wetenschappers die werkzaam zijn bij Europese instellingen via een partnerschap op basis van gelijkwaardigheid. In het kader van het INCO zijn meer dan 300 met gezondheid samenhangende partnerschapsprojecten gefinancierd, waaronder werkzaamheden in China en Tanzania op het gebied van vaccins tegen HIV/aids en O&O in Zambia en Ethiopië op het gebied van vaccins tegen tuberculose.

Als onderdeel van het Vijfde kaderprogramma werden de activiteiten voortgezet in de volgende programma's: 'Bevestiging van de internationale rol van communautair onderzoek' en 'Verbetering van het menselijk potentieel'. Er is een speciaal initiatief ontplooid om het testen van vaccins tegen malaria uit te breiden: het Europees netwerk voor het testen van vaccins tegen malaria. Het aandeel van door de EG gefinancierde projecten voor geneesmiddelen tegen malaria neemt eveneens toe. Daarnaast zijn er financiële middelen beschikbaar ter ondersteuning van de deelname van onderzoekers uit ontwikkelingslanden aan door de EG gefinancierde onderzoeksprojecten.

Portefeuille

De communautaire bijstand voor activiteiten op het gebied van gezondheid, aids en bevolking bereikte in 1998 een hoogtepunt met een bedrag van meer dan 700 miljoen euro, ofwel 8% van de communautaire begroting. De totale portefeuille voor 1995-2000 bedraagt meer dan 1,4 miljard. Onder dit cijfer valt de financiering van het EOF, voor Zuid-Afrika en voor Alameda, met inbegrip van gerichte begrotingssteun voor de periode 1995-2000. Hierbuiten vallen NGO-medefinanciering, andere speciale begrotingslijnen, onderzoek, niet gerichte begrotingssteun, beheer van humanitaire hulp door ECHO. De 1,4 miljard euro omvat 36% die is toegewezen aan steunmaatregelen in de ACS-regio, 8% voor Zuid-Afrika, 30% voor Azië, 20% voor het Zuidelijk Middellandse-Zeegebied (Meda), en 6% voor Latijns-Amerika. Een verdere uitsplitsing per instrument en thema geeft: 22% voor steun aan gezondheidszorgstelsels, 21% voor humanitaire hulp (buiten ECHO), 14% voor reproductieve gezondheid, 5% voor aids, 2% voor andere ziekten. Naar schatting 35% van de totale portefeuille werd vastgelegd in het kader van 'Structurele aanpassing'. Uit: *'Evaluation de l'aide de la CE dans les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la sante'*: door Dr. Paul De Caluwe, Jean-Claude Deheneffe, Marlene Abrial, Helene Ryckmans, Delphine Huybrecht, Jean-Pierre d'Altillia; deelnemende instellingen: COTA, AEDES, GRET, IIED. Ontwerp-verslag gepubliceerd op 17.1.2002.

Soort vastlegging en geografische verdeling van investeringen in gezondheidszorg, HIV/AIDS en bevolking
Totaal: 1,4 miljard (1995-2000)²⁴



²⁴ Niet inbegrepen: NGO-cofinanciering, andere bijzondere begrotingslijnen, onderzoek, niet-gerichte begrotingshulp of humanitaire hulp beheerd door ECHO.

Algemene vastleggingen in verband met projecten op het gebied van gezondheidszorg, aids en bevolking voor 1995-2000 die gefinancierd worden via technische en financiële samenwerkingsinstrumenten van EOF en ALAMED²⁵

Regio	Totaal vastleggingen Miljoen euro	Totaal betalingen miljoen euro	Totaal betalingen versus vastleggingen
Azië	408,620	36,657	31,03%
Latijns-Amerika	111,127	28,128	25,31%
Middellandse- Zeegebied	285,160	126,813	12,86%
ACS (incl. Zuid- Afrika)	584,970	126,449	21,62%
Totaal	1.389,877 miljoen euro	318,047 miljoen euro	22,88%

²⁵

Inventarisatie EuropeAid Office, 7.3.2001. Niet inbegrepen zijn: maatregelen gefinancierd via andere instrumenten zoals begrotingshulp (met inbegrip van structurele aanpassing), NGO-cofinanciering, onderzoek, begrotingslijnen voor vluchtelingen of ECHO, gezondheidszorgprogramma's in het kader van PHARE of TACIS.

Bijlage 6: samenvatting van het communautaire beleidskader voor ontwikkeling en van investeringen en ontwikkelingsbeleid van de EU-lidstaten op het gebied van gezondheid

Communautair ontwikkelingsbeleid

In het ontwikkelingsbeleid van de EG wordt een beperkt aantal gebieden vastgesteld die geselecteerd zijn vanwege hun mogelijke bijdrage aan armoedebestrijding en waaraan een communautair optreden toegevoegde waarde geeft. De zes communautaire prioritaire gebieden inzake ontwikkeling zijn vervoer, steun voor regionale integratie, koppeling tussen handel en ontwikkeling, steun voor macro-economisch beleid en bevordering van een billijke toegang tot sociale diensten, voedselzekerheid, duurzame plattelandsontwikkeling, en institutionele capaciteitsopbouw. Gezondheid en onderwijs vallen binnen het prioritaire gebied *steun voor macro-economisch beleid en bevordering van een billijke toegang tot sociale diensten*. In de **gezamenlijke Verklaring van de Raad en de Commissie** van november 2000 wordt de **nadruk gelegd op de sociale sectoren**: *‘Voorts dient de Gemeenschap rekening houdend met het macro-economische kader haar steun in de sociale sectoren (gezondheid, onderwijs) voort te zetten, met name om een billijke toegang tot de sociale diensten te waarborgen.... Gelet op de algemene dimensie van het probleem en de ernst van de situatie op het gebied van overdraagbare ziekten alsmede van de gevolgen ervan voor de armoede dient een snel optreden van de Gemeenschap en de lidstaten op dit gebied – waarbij aandacht besteed wordt aan de verschillende dimensies van het probleem – als een absolute noodzaak te worden aangemerkt.’* In de Verklaring wordt een duidelijk mandaat gegeven aan de Commissie voor coherentie en duurzame ontwikkeling: *‘Er is meer samenhang nodig tussen de verschillende communautaire beleidsterreinen die op duurzame ontwikkeling zijn gericht. Dit doel kan worden verwezenlijkt door een systematische en grondige analyse van de eventuele indirecte gevolgen van de maatregelen op bijzonder kwetsbare gebieden, en door rekening te houden met de ontwikkelingsproblematiek in de besluitvorming van de Commissie.’* In de meeste landen zal de communautaire ontwikkelingshulp worden **beperkt tot één of twee sectoren, en mogelijk macro-economische steun**. Gelet op deze beperking mag de nadruk in het EG-hulppakket voor de ontwikkelingslanden dan wel niet liggen op rechtstreekse steun aan de sociale sector, met name de gezondheidssector, maar toch zal de totale communautaire bijdrage aan de gezondheid in ontwikkelingslanden, via macro-economische steun en steun voor andere sectoren, aanzienlijk blijven.

Totale investeringen van de EU-lidstaten in de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden

Lidstaat	Totale ODA/BNP 2000	Totale ODA-verplichtingen op gezondheidsgebied in 1999 ²⁶	Lidstaat	Totale ODA/BNP 2000 -%	Totale ODA-verplichtingen op gezondheidsgebied in 1999	Lidstaat	Totale ODA/BNP 2000	Totale ODA-verplichtingen op gezondheidsgebied in 2000
Oostenrijk	0,25	13,4	Duitsland	0,27	2,8	Nederland	0,82	5,0
België	0,36	12,9	Griekenland	0,19	4,3	Portugal	0,26	3,0

²⁶ OESO-Aid by Major Purposes, 1999: <http://webnet1.oecd.org/xls/M00002000/M00002855.xls>

Denemarken	1,06	14,0	Ierland	0,30	10,1	Spanje	0,24	6,0
Finland	0,31	6,4	Italië	0,13	5,2	Zweden	0,81	4,2
Frankrijk	0,33	3,8	Luxemburg	0,70	14,5	VK	0,31	5,8

Ontwikkelingsbeleid van de lidstaten op het gebied van de gezondheid

Lidstaat	Nadruk op prioritaire ziekten / ziektelast die op de armen drukt	Multisectorale aanpak	Eerlijke financiering	Mondiaal niveau
Oostenrijk	Gegevens niet beschikbaar (N/B)	N/B	N/B	N/B
België Referentie: ministerie van Buitenlandse Zaken, Internationale Handel en Internationale Samenwerking Nieuw sectorbeleiddocument inzake "Internationale samenwerking in de gezondheidssector" in voorbereiding, 2002-2006	Versterking van gezondheidszorgstelsels (sectorbrede benadering, hervorming van de gezondheidssector, decentralisatie) Integratie van activiteiten ter preventie en bestrijding van belangrijke overdraagbare ziekten binnen basisgezondheidsdiensten alsmede nadruk op reproductieve gezondheid en de gezondheid van moeder en kind Bestrijding en beheer van aids/STI	Mainstreaming van gezondheid in strategiedocumenten inzake onderwijs, sociale economie en infrastructuur, en tot op zekere hoogte eveneens inzake totstandkoming van vrede en internationale samenwerking; het milieu, landbouw en voedselzekerheid	Operationeel onderzoek en steun voor microkrediet en financiering van de gezondheidszorg Steun aan op de gemeenschap gebaseerde financieringssystemen en wederzijdse gezondheidszorgverzekeringsmaatschappijen aangepast aan lokale omstandigheden en beheerd door de lokale bevolking	Pleiten voor meer steun van donors en steun op nationaal niveau voor betere toegang tot gezondheidszorg Pleiten voor meer toegang tot medicijnen Wereldwijd onderzoek naar geneesmiddelen en vaccins, met name voor verwaarloosde ziekten
Denemarken (DANIDA) Ministerie van Buitenlandse Zaken,	Voorkoming van HIV/aids, infecties aan de ademhalingswegen, diarree, tbc, malaria, sterfte onder jonge moeders; voorkoming van ondervoeding bij kinderen; vaccinatie, duurzame resultaten;	N/B	Reorganisatie van de overheidsfinanciering om te waarborgen dat de prioritaire gebieden op doeltreffende wijze worden gefinancierd	N/B

DANIDA, DANIDA sectorbeleid, "Gezondheid", november 2000	armoedebestrijding; gelijke kansen; ziektebestrijding Hervorming van het gezondheidszorgstelsel; openbaar-particulier partnerschap; sectorbrede benadering; verstrekking van geneesmiddelen en beheer Reactie op nieuwe bedreigingen, zoals chronische aandoeningen		en dat de subsidies op juiste plek terechtkomen Ervoor zorgen dat de gezondheidsproblemen minder vaak tot meer armoede leiden; ontwikkelen van nadere regelingen voor vrijstellingen en risicospreiding	
Finland Ministerie van Buitenlandse Zaken, Ontwikkelingssamenwerking: "Vrouwen, mannen en ontwikkeling: gelijke kansen in Finse ontwikkelingssamenwerking"(1999) "Humanitaire hulp in Finse ontwikkelingssamenwerking" juli 1999 "Ontwikkelingssamenwerking van Finland, 2000" Jaarverslag	N/B	N/B	N/B	N/B
Frankrijk "L'action de la France en matière de Cooperation , d'Aide au Développement, de Traitement de la dette et de lutte contre la pauvreté" (mars 2000)	Overdraagbare ziekten - HIV/aids, tbc en malaria Trypanosomiasis. Versterken van gezondheidszorgstelsels via hervorming, decentralisatie, ontwikkeling van menselijk potentieel en farmaceutisch beleid	N/B	Ontwikkeling van duurzame financieringsstrategieën voor de gezondheidszorg	N/B
Duitsland (GTZ) "Investeren in gezondheid voor armoedebestrijding, economische	Opzetten van functionele stelsels voor de gezondheid en eerstelijnsgezondheidszorg Verlening van preventieve, curatieve en bevorderlijke	Primaire zorg voor het milieu Integratie van	Ontwikkeling van duurzame financieringsstrategieën voor de gezondheidszorg	N/B

<p>ontwikkeling en sociale zekerheid”, notulen van het zomerseminar van de afdeling Gezondheid en bevolking (GTZ), september 2001</p> <p>“Bevordering van initiatieven ter voorkoming van de verminking van vrouwelijke geslachtsorganen”</p> <p>“Reageren op HIV/aids in ontwikkelingslanden: de GTZ-bijdrage: 15 jaar ervaring - een overzicht”, juni 2001</p> <p>“Bedreiging en voorkoming van HIV/aids onder gemarginaliseerde etnische groeperingen”, juni 2001</p>	<p>diensten van goede kwaliteit, waaronder MTCT en voorkoming onder gemarginaliseerde etnische groeperingen</p> <p>Decentralisatie en deelname van gemeenschappen ter verbetering van de gezondheid van de armste bevolkingsgroepen; ziektebestrijding; reproductieve en seksuele gezondheid, vrouwen</p> <p>Bevordering van initiatieven om de verminking van vrouwelijke geslachtsorganen uit te bannen</p>	<p>HIV/aids-activiteiten in andere dan gezondheidsprojecten (werkplek, beroepsopleidingen, ouderverenigingen, kinderen lager onderwijs)</p> <p>Particuliere-publieke partnerschappen</p>	<p>Particuliere-publieke partnerschappen</p> <p>Bevordering van socialegezondheidsverzekering</p>	
<p>Griekenland</p> <p>“Verklaring inzake de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties over HIV/aids”, juni 2001</p>	<p>Meer toegang tot gezondheidsdiensten voor de armen, waaronder eerstelijnsgezondheidszorg en geneesmiddelen</p> <p>Overdraagbare ziekten (HIV/aids, malaria en tbc), met name ter voorkoming en bestrijding van HIV/aids</p> <p>Verbetering van reproductieve gezondheid en de gezondheid van moeder en kind</p>	<p>Multisectorale benaderingen betreffende gezondheid, onderwijs en armoede</p>	<p>Ontwikkeling van duurzame strategieën voor financiering op het gebied van gezondheid</p>	<p>Steun voor de Wereldgezondheidsorganisatie, UNICEF, UNAIDS, UNFPA</p> <p>Toegang tot medicijnen</p>
<p>Ierland</p> <p>Hulpstrategie van Ierland en richtsnoeren voor de gezondheidssector, 2000</p> <p>Een HIV/aids-strategie voor het</p>	<p>Versterking van het gezondheidszorgstelsel op nationaal en subnationaal niveau</p> <p>Steun ter voorkoming/bestrijding van overdraagbare ziekten, reproductieve gezondheid, ontwikkeling van menselijk potentieel, informatie en toezicht</p> <p>Steun voor gedecentraliseerde dienstverlening op het</p>	<p>Mainstreaming van HIV/aids in alle sectoren</p> <p>Rekening houden met gezondheidseffecten van de steun van Ierland aan andere</p>	<p>Ervoor zorgen dat de steun van Ierland binnen de nationale begroting blijft</p> <p>Vergemakkelijking van de ontwikkeling van MTEF en strategieën voor financiering op het gebied van</p>	<p>Bevorderingsrol van de UN, EU en andere internationale organisaties</p> <p>Initiatieven en enkele publieke-particuliere partnerschappen</p>

<p>Hulpprogramma van Ierland, 2000</p> <p>Richt snoeren voor de steun van Ierland voor water en riolering, 2000</p> <p>Bevordering van de belangen van Ierland: strategieverklaring van het ministerie van Buitenlandse Zaken, 1998-2000</p>	<p>gebied van gezondheid en versterking van op de gemeenschap gebaseerde initiatieven</p> <p>Steun ter voorkoming van HIV/aids, leniging van de effecten ervan via institutionele en gerichte acties en via mainstreaming</p>	<p>sectoren</p>	<p>gezondheid</p> <p>Steun voor het uittesten van kostendekkende regelingen</p>	<p>Steun voor multilaterale instanties zoals WHO, UNICEF, UNAIDS</p>
<p>Italië</p> <p>Ministerie van Buitenlandse Zaken, Ontwikkelingssamenwerking, Afdeling "Linee guida della cooperazione italiana sulla riduzione della povertà", oktober 1999</p>	<p>N/B</p>	<p>N/B</p>	<p>N/B</p>	<p>N/B</p>
<p>Luxemburg</p> <p>Ministère des Affaires Etrangères du Grand-Duché de Luxembourg/ Direction de la Coopération au Développement :</p> <p>- "Une stratégie pour la coopération luxembourgeoise" - 1997</p> <p>- "La lutte contre la pauvreté dans la coopération luxembourgeoise"</p> <p>- "Rapport annuel" 1999</p>	<p>Voortzetten huidige investeringen in menselijk potentieel, met name in onderwijs en eerstelijnsgezondheidszorg</p>	<p>"Geïntegreerde acties" voor bestrijding van armoede op alle niveaus (gezondheid, vervoer, landbouw, water, gezinsplanning, rol van de vrouw, microkredieten)</p>	<p>N/B</p>	<p>Partnerschap met UNFPA, WHO, UNRWA, OESO (DAC-richtsnoeren)</p>
<p>Nederland</p> <p>Sectorbrede benaderingen voor</p>	<p>Aanpakken van met armoede samenhangende gezondheidsproblemen</p>	<p>Mainstreaming van gezondheidsaspecten in</p>	<p>N/B</p>	<p>Steun voor multilaterale organisaties, waaronder WHO, UNFPA, UNAIDS, UNICEF,</p>

<p>gezondheidsontwikkeling: Nederlandse ervaring ter plaatse met internationale samenwerking (1999)</p> <p>Beleid en praktijk van Nederland inzake reproductieve gezondheid (1999)</p> <p>Watervoorziening en riolering in ontwikkelingslanden (1998)</p> <p>Voeding: interactie van voedsel, gezondheid en zorg (1998)</p> <p>Voortgangsverslag inzake HIV/aids (1998, 2002 in voorbereiding)</p> <p>Armoede en HIV/aids (2001)</p> <p>Armoede en gezondheid (2001)</p>	<p>Verbetering reproductieve en seksuele gezondheid</p> <p>Versterking gezondheidszorgstelsels</p> <p>Vermindering van de verspreiding van HIV/aids en het verzachten van de gevolgen voor individuen en samenlevingen</p>	<p>andere sectoren</p> <p>Samenwerking met andere ministeries ter uitbreiding en ondersteuning van activiteiten tussen de sectoren</p> <p>Multisectorale kwesties (bijv. reproductieve gezondheid, voeding, water en riolering) in sectorbrede benaderingen op het gebied van gezondheid</p> <p>Mainstreaming van HIV/aids</p>		<p>Wereldbank</p> <p>Wereldwijde gezondheidsinitiatieven</p> <p>Mondiale collectieve goederen</p> <p>Toegang tot medicijnen, WTO/TRIPS</p>
<p>Portugal</p> <p>Ministerie van Volksgezondheid</p> <p>“Gezondheid een compromis – een gezondheidsstrategie bij de eeuwwisseling (1998-2002)”</p> <p>“Richtsnoeren gezondheid – bijdrage aan opties voor grote plannen”, 2001</p>	<p>Prioriteit inzake bestrijding gezondheidsverschillen onder de bevolking</p> <p>Strategie voor een betere toegang van de armste bevolkingsgroepen en migranten tot het nationaal gezondheidszorgstelsel</p> <p>Gezondheidsprogramma’s en –projecten inzake gezinsplanning, vaccinaties, HIV/aids, tuberculose, verslaving</p> <p>Samenwerkingsprogramma’s op basis van opleiding en samenwerking voor ontwikkeling</p>	<p>Toezicht op de kwaliteit van water en riolering</p> <p>Toezicht op milieuverontreiniging</p> <p>Bevordering gezondheidszorg-opleidingen</p>	<p>Samenwerking met het ministerie van Arbeid en Solidariteit</p>	<p>Steun voor de Wereldbank, WHO, UNAIDS, VN, UNICEF</p>
<p>Spanje</p>	<p>N/B</p>	<p>N/B</p>	<p>N/B</p>	<p>N/B</p>

<p>Zweden (SIDA)</p> <p>“Handboek voor mainstreaming van genderaspecten in de gezondheidssector”, juni 1997</p> <p>“Investeren voor toekomstige generaties. Het internationaal antwoord van Zweden op HIV/aids”, 1997</p> <p>“Beleid voor ontwikkelingssamenwerking, gezondheidssector”, juni 1997</p> <p>“Strategie voor ontwikkelingssamenwerking, seksuele en reproductieve gezondheid en rechten”, 1997</p> <p>“Standpuntbepaling: bevolking, ontwikkeling en samenwerking” 1997</p> <p>“Feiten en cijfers 2000: gezondheid en ontwikkeling”</p>	<p>Ontwikkeling van een gezondheidszorgstelsel</p> <p>Zorgen voor voldoende gezondheidszorg die van een acceptabele en rendabele kwaliteit getuigt, rechtvaardig is en waar geen onderscheid wordt gemaakt tussen man en vrouw; openbare-particuliere financiering</p> <p>Verbetering van de seksuele en reproductieve gezondheidsrechten</p> <p>Volksgezondheid; vaccinatie en gezondheid van kinderen, beleid ten aanzien van geneesmiddelen en rationeel geneesmiddelengebruik</p>	<p>Een sterkere rol voor de gezondheidssector bij de uitoefening van invloed op aan de gezondheid gerelateerd beleid uit andere sectoren</p> <p>Introductie van multisectorale benaderingen</p>	<p>Ontwikkeling van duurzame financieringsstrategieën voor de gezondheidszorg</p>	<p>N/B</p>
<p>VK (DFID)</p> <p>DFID “Betere gezondheid voor armen - Strategieën voor het bereiken van de internationale ontwikkelingsdoelen”, november 2000</p>	<p>Aanpakken van prioritaire gezondheidsproblemen van armen</p> <p>Investeren in sterke, efficiënte en effectieve gezondheidszorgstelsels</p> <p>Bevordering van een effectiever wereldwijd antwoord op HIV/aids</p> <p>Het creëren van een sociaal, politiek en fysiek klimaat</p>	<p>Verbetering van de toegang tot schoon water en riolering;</p> <p>Mainstreaming van HIV/aids;</p> <p>Onderwijs</p>	<p>Begrotingssteun</p> <p>Sectorbrede benaderingen</p> <p>Armoede en gezondheid</p>	<p>Investing in de vergaring van nieuwe kennis via WHO-programma's en rechtstreeks gefinancierde programma's.</p> <p>Mondiale collectieve goederen</p> <p>Toegang tot geneesmiddelen</p> <p>Steun voor UNICEF, UNFPA,</p>

	ter verbetering van gezondheid Verbetering van de reproductieve en seksuele gezondheid Verbetering van de gezondheid van kinderen Gezondheid van moeders Millennium-ontwikkelingsdoelen			UNAIDS, IPPF
--	---	--	--	--------------

Een vroege evaluatie van het bovenstaande heeft geleid tot de volgende conclusie: de meeste lidstaten hebben een zeer uitgebreid gezondheidsbeleid ten aanzien van ontwikkelingslanden en sommige lidstaten hebben hun beleid geherformuleerd in het kader van armoedebestrijding. De meeste lidstaten leggen in eerste instantie de nadruk op activiteiten op nationaal niveau ter verbetering van de gezondheidsresultaten voor de armen, en sommige lidstaten spelen een sleutelrol op mondiaal niveau. Er wordt minder aandacht besteed aan beleidscoherentie op nationaal en wereldniveau. Er zijn slechts een paar lidstaten die het accent leggen op de mogelijkheden voor een multisectorale aanpak op gezondheidsgebied, naast HIV/aids. Er zijn slechts een paar lidstaten die zich richten op billijke en eerlijke financiering en investeringen in mondiale collectieve goederen.