

Seksueel gezond?

Doorlichting 2021 uitgaven voor seksuele & reproductieve gezondheid in de internationale samenwerking.

Vlaams
expertisecentrum
voor
seksuele
gezondheid

SENSOA

Sensoa is het Vlaams expertisecentrum
voor seksuele gezondheid

03 238 68 68 | sensoa.be
President Building (Vijfde verdieping)
F. Rooseveltplaats 12 bus 7, 2060 Antwerpen

Inhoud

INLEIDING.....	3
UITDAGINGEN.....	4
HET BELGISCHE BELEIDSKADER.....	6
BEVINDINGEN.....	8
1. Steun voor reproductieve gezondheid stijgt maar steun voor gezondheid stagneert.....	8
2. Toekomstige steun voor seksuele en reproductieve gezondheid in de gouvernementele samenwerking onzeker.....	10
3. Steun voor de aanpak van de hiv-epidemie bereikt historisch dieptepunt.....	11
4. Minder middelen voor reproductieve gezondheid, de gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen binnen de totale uitgaven van DGD en binnen de gezondheidsuitgaven.....	13
5. Een illusie rijker? 'Reality check' voor de aandacht voor reproductieve gezondheid, gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen in de humanitaire hulp.....	14
BESLUIT.....	15
BIJLAGEN.....	17
Gedetailleerde tabellen.....	17
Methodologie.....	20
Markers.....	20
'Gezondheid' en 'Reproductieve Gezondheid'.....	21
Beperkingen Van De Analyse.....	21

Inleiding



Sinds 2007 staan seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) op de agenda van de Belgische internationale samenwerking. De aandacht is sindsdien enkel toegenomen, met de verankering van SRGR in de Wet op Ontwikkelingssamenwerking van 2013 en in de Gender- en Gezondheidsstrategieën en de beleidsstrategie over de humanitaire hulp van het Directoraat-Generaal voor Ontwikkelingssamenwerking en Humanitaire Hulp (DGD).

Jaarlijks licht **Sensoa**, het Vlaams Expertisecentrum Seksuele Gezondheid, **de uitgaven van het DGD** door. Dit gebeurt op basis van de cijfers die DGD aan de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) rapporteert en aanlevert aan Sensoa.

In welke mate vertaalt het belang dat België aan seksuele en reproductieve gezondheid en rechten hecht zich in effectieve financiële inzet? Dit rapport van Sensoa International zoekt het uit.

Het schetst de uitdagingen, het Belgische beleidskader voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en bespreekt de belangrijkste bevindingen voor de 2021-uitgaven door DGD, telkens gevolgd door concrete beleidsaanbevelingen. Als bijlage gaat de methodologie en een woordje over de beperkingen van de analyse.

UITDAGINGEN

Jaarlijks sterven naar schatting **299.000 vrouwen ten gevolge van complicaties gerelateerd aan hun zwangerschap of bevalling¹. 2,5 miljoen pasgeborenen sterven binnen de eerste maand na hun geboorte². De meeste van die overlijdens kunnen worden voorkomen met toegang tot levensnoodzakelijke diensten, zoals gezinsplanning om onbedoelde zwangerschappen te vermijden en adequate kraamzorg.**

De helft van alle zwangerschappen in de wereld zijn **onbedoeld**. Het zijn zwangerschappen bij vrouwen die niet van plan waren om (nog) kinderen te krijgen, die niet gepland zijn, of vroeger komen dan verlangd³. Dat betekent dat één van de meest bepalende beslissingen in het leven van een vrouw, voor veel vrouwen helemaal geen beslissing is. Hoe kan dat?

Naar schatting 257 miljoen vrouwen in de wereld die een zwangerschap willen voorkomen gebruiken geen veilige, moderne vorm van anticonceptie en 172 miljoen vrouwen gebruiken helemaal geen anticonceptie⁴. Wereldwijd is slechts 57% van de vrouwen in staat om zelf beslissingen te nemen over hun seksuele en reproductieve gezondheid. 23% van alle vrouwen geeft aan dat ze geen 'nee' durven te zeggen op seks⁵.

Maar een **gebrek aan zelfbeschikkingsrechten is niet het enige wat vrouwen belemmert** in het

gebruik van anticonceptie. In afgelegen gebieden zijn **gezinsplanningsdiensten** vaak **afwezig** en ontbreken vrouwen de middelen om naar een kliniek te reizen. Vrouwen die wél toegang hebben tot gezondheidsdiensten worden er geconfronteerd door **stock-outs** of door **gezondheidspersoneel dat onvoldoende opgeleid of gemotiveerd is** om kwalitatieve zorg te verstrekken. **Dat ontmoedigt vrouwen** om anticonceptie te gebruiken of maakt dat ze het gebruik ervan vroegtijdig stopzetten. **Stigma en taboe** of weerstand bij een partner, familie, overheids- of religieuze actoren kunnen ook mensen weerhouden van het gebruik van anticonceptie. Of de legale context beperkt hun toegang, bijvoorbeeld wanneer ze ongehuwd of minderjarig zijn. Ook is er niet altijd voldoende vertrouwen in de beschikbare vormen van anticonceptie en is er ongerustheid over mogelijke neveneffecten⁶.

Van alle onbedoelde zwangerschappen wereldwijd **eindigt 60% in een abortus**, legaal of illegaal, veilig of onveilig. Onveilige abortus leidt tot de hospitalisatie van niet minder dan 7 miljoen vrouwen elk jaar. 23.000 vrouwen sterven aan de gevolgen van onveilige abortus⁷.

Naast meisjes en vrouwen die zich geconfronteerd zien met onbedoelde zwangerschappen zijn er vrouwen en koppels bij wie een zo verlangde zwangerschap uitblijft. **Naar schatting 186 miljoen** ooit getrouwde vrouwen in de reproduc-

¹ who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

² data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/

³ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)

⁴ UN DESA, 2021

⁵ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)

⁶ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)

⁷ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)



tieve leeftijd in lage inkomenslanden hebben een **onvervulde kinderswens**. Dat betekent dat **één op vier koppels** lijdt onder onvruchtbaarheid⁸. Ongedetecteerde en/of onbehandelde seksueel overdraagbare aandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van onvruchtbaarheid.⁹ **In veel settings in lage en middeninkomenslanden is er geen soa-preventie en -behandeling beschikbaar**, of is het (wegens gebrek aan publieke financiering) onbetaalbaar.¹⁰ Nochtans kunnen soa-testen en behandelingen (evenals hiv-testen en behandeling) geïntegreerd worden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een hernieuwde inzet op condoomgebruik kan ook een groot verschil maken in het verminderen van de overdracht van soa en hiv.

Ook de **klimaatcrisis ondermijnt de seksuele en reproductieve gezondheid** en rechten van mensen. Zo bemoeilijken hitte en een gebrek aan proper water adequate zorg voor zwangere vrouwen, wat lijdt tot fysieke en mentale uitputting. Gedwongen ontheemding door droogte, overstromingen of andere extreme weersomstandigheden en/of daaruit volgend conflict gaat dan weer gepaard met hogere risico's op geweld, inclusief seksueel en gender-gerelateerd geweld, inclusief een toename van schadelijke praktijken zoals vroege huwelijken en vrouwelijke genitale verminking.¹¹

En terwijl de wereld leek stil te staan door de Covid-19 pandemie, nam de **hiv-epidemie** in 2021 **elke minuut één leven**, ondanks het bestaan van effectieve preventie- en behandelmiddelen. Eén derde van de mensen die leven met hiv hebben geen toegang tot de levensreddende medicatie en bij kinderen is dat zelfs de helft. In Oost-Europa, Centraal-Azië, het Midden-Oosten en Noord-Afrika en Latijns-Amerika zijn het aantal nieuwe hiv-infecties al tien jaar in stijgende lijn.¹²



Tegenover de grote seksuele en reproductieve gezondheidsnoden gaapt een financieringskloof.

Tegenover de grote seksuele en reproductieve gezondheidsnoden gaapt een financieringskloof. Jaarlijks komen we naar schatting 6 miljard dollar tekort om de nood aan anticonceptie bij meisjes en vrouwen in te lossen.¹³ Er zijn nauwelijks internationale fondsen voor soa-preventie en behandeling, en de internationale middelen voor de preventie en aanpak van hiv staan al jaren onder druk. De Covid-19 pandemie legde ook de urgentie bloot om wereldwijd te investeren in het versterken van gezondheidssystemen en ziekteverzekeringen.

De internationale gemeenschap heeft zich met de **2030 Agenda** voor Duurzame Ontwikkeling geëngageerd om tegen 2030 de universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid te realiseren, moeder- en zuigelingensterfte te bestrijden, de hiv-epidemie te beëindigen en universele gezondheidsdekking ('universal health coverage') te organiseren. In 2023 zijn we halfweg naar 2030 maar de **realisatie van de agenda loopt te traag** en de **COVID-19 pandemie** ondermijnde reeds **gemaakte vooruitgang**.



Het is dringend tijd om een versnelling hoger te schakelen in onze inzet voor de Duurzame Ontwikkelingsdoelen.

⁸ Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission (2018)

⁹ [who.int/reproductivehealth/topics/infertility/countryperspective/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/countryperspective/en/)

¹⁰ Sexually transmitted infections (STIs) (who.int)

¹¹ [iawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-needs-emergencies/](https://www.iawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-needs-emergencies/)

¹² Executive summary - In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022

¹³ Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019 | Guttmacher Institute

HET BELGISCHE BELEIDSKADER

Wat mogen we van België verwachten? Het federale beleidskader voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) in ontwikkelings-samenwerking bestaat uit een aantal **belangrijke richtinggevendende beleidsdocumenten**.

In 2006 en 2007 stond SRGR voor de eerste keer prominent op het voorplan van met de verschijning van 'De Belgische bijdrage aan de wereldwijde strijd tegen hiv/aids' (2006) en de nota 'De Belgische Ontwikkelingssamenwerking op het gebied van Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten'(2007), SRGR werd nadien verankerd in de nota 'Het recht op Gezondheid en Gezondheidszorg' uit 2008 en de 'Belgische strategie voor humanitaire hulp' uit 2014. SRGR vormt één van de vier prioriteiten in de **strategienota 'Gender in de Belgische ontwikkelingssamenwerking' en het 'Actieplan betreffende de integratie van de genderdimensie' (2016)** en SRGR vormt een onderdeel van de **DGD-consensusnota 'Het recht op gezondheidszorg waarmaken voor een duurzame ontwikkeling'**, waarin bijzondere aandacht gaat naar de seksuele en reproductieve gezondheidsnoden van jongeren, vrouwen en andere kwetsbare groepen.

In de **wet betreffende de Ontwikkelingssamenwerking van 19 maart 2013** wordt de relatie tussen duurzame ontwikkeling en SRGR verder erkend. Bovendien schuift de wet de thema's reproductieve gezondheid en 'de transversale aanpak van hiv' naar voren als prioritaire sectoren in de bilaterale samenwerking.

Het Belgische engagement voor SRGR werd in 2017 onderstreept door de organisatie van de internationale conferentie '**She Decides**', als antwoord op de herinvoering van de Mexico City Policy of 'Global Gag Rule' door de Verenigde Staten van Amerika en de Belgische financiële steun voor organisaties die door de Global Gag Rule getroffen werden.

Naar aanleiding van de **25e verjaardag van het Caïro Actieprogramma voor Bevolking en Ontwikkeling** engageerde België zich ook op de **Naïrobi Summit** in november 2019 om zich blijvend in te zetten voor het behalen van de "3 zero's": "zero unmet need for family planning", "zero preventable maternal deaths" en "zero gender-based violence", waarbij het verwees naar de SRHR programma's in de bilaterale samenwerking en de steun van België voor de internationale She Decides beweging en in mei 2022 vierde België de vijfde verjaardag van de She Decides beweging in Brussel.

In juli 2023 zal België voor de tweede maal rapporteren aan de Verenigde Naties over haar inspanningen voor het behalen van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen van de 2030 Agenda. In België's eerste rapportage bij de VN in 2017 bekleemtoonde de regering duidelijk het belang van SRGR. In de aanloop naar die rapportage keurde de Kamercommissie Internationale Betrekkingen unaniem een resolutie goed betreffende de implementatie, monitoring en follow-up van de SRGR-gerelateerde duurzame ontwikkelingsdoelen van de



2030 Agenda. In maart 2018 keurde diezelfde Kamercommissie een resolutie goed waarin ze nogmaals het belang van België 's progressieve rol in de promotie van SRGR onderstreepte. De resoluties getuigen van het draagvlak voor SRGR binnen het federale parlement. In het parlement is ook een informele parlementaire groep 'Parlementairen voor de 2030 Agenda' actief, die toeziet op de implementatie van het Belgische internationale beleid wat betreft SRGR.

De verfijning van het beleid omtrent SRGR is een continu proces en een samenwerking tussen overheid en het maatschappelijke veld. Dit gebeurt onder meer binnen de werkgroep SRGR van Be-cause Health waarvan Sensoa ook actief deel uitmaakt.



Voor de huidige regering en Minister van Ontwikkelings-samenwerking Meryame Kitir blijft SRGR een prioriteit, met bijzondere aandacht voor de SRGR van jongeren.

¹⁴ dekamer.be/FLWB/pdf/54/2040/54K2040014.pdf

¹⁵ lachambre.be/FLWB/pdf/54/2211/54K2211008.pdf

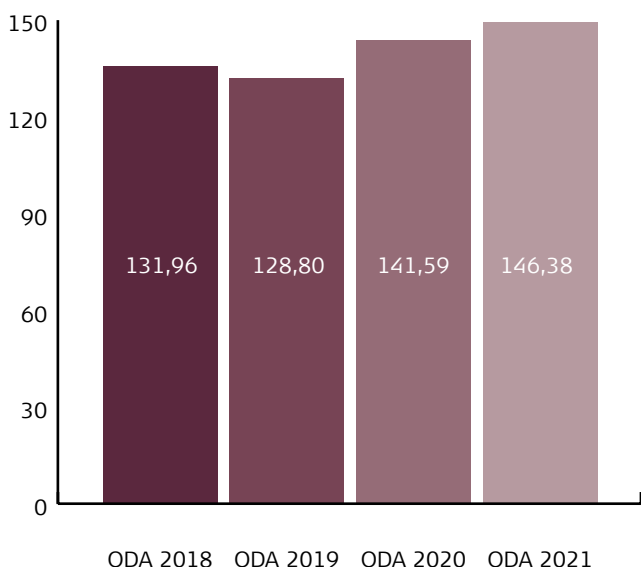


BEVINDINGEN

1. Steun voor reproductieve gezondheid stijgt maar steun voor gezondheid stagneert

De **totale uitgaven** voor gezondheid en reproductieve gezondheid stegen van €141 miljoen in 2020 naar €146 miljoen in 2021.

Totale uitgaven sector gezondheid en reproductieve gezondheid (in € miljoen)



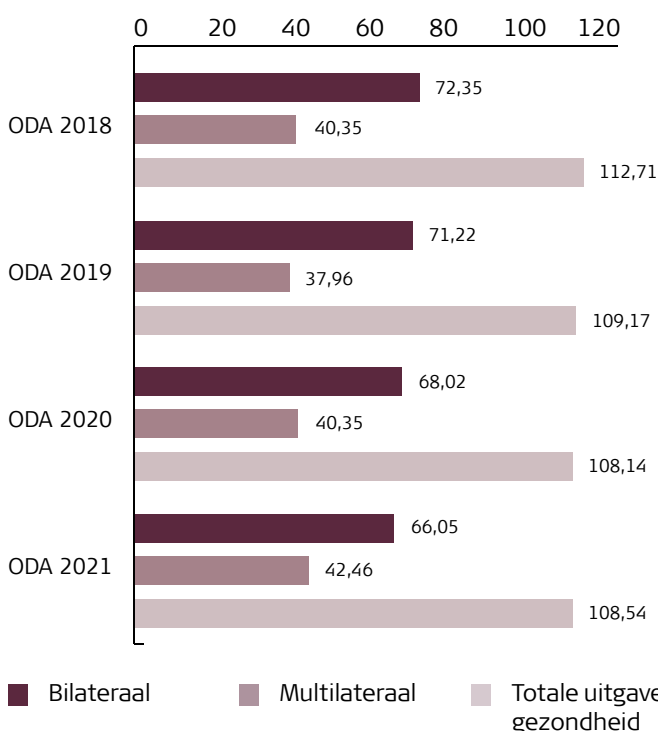
De **uitgaven voor de sector gezondheid stagneerden** echter en bleven op hetzelfde niveau als in 2020, nl. op €108 miljoen euro. Van de €108 miljoen steun aan gezondheid werd €66 miljoen uitgegeven via de kanalen van de bilaterale samenwerking en €42 miljoen via de multilaterale samenwerking.



Ondanks de COVID-19 pandemie steeg de internationale steun voor gezondheid niet.

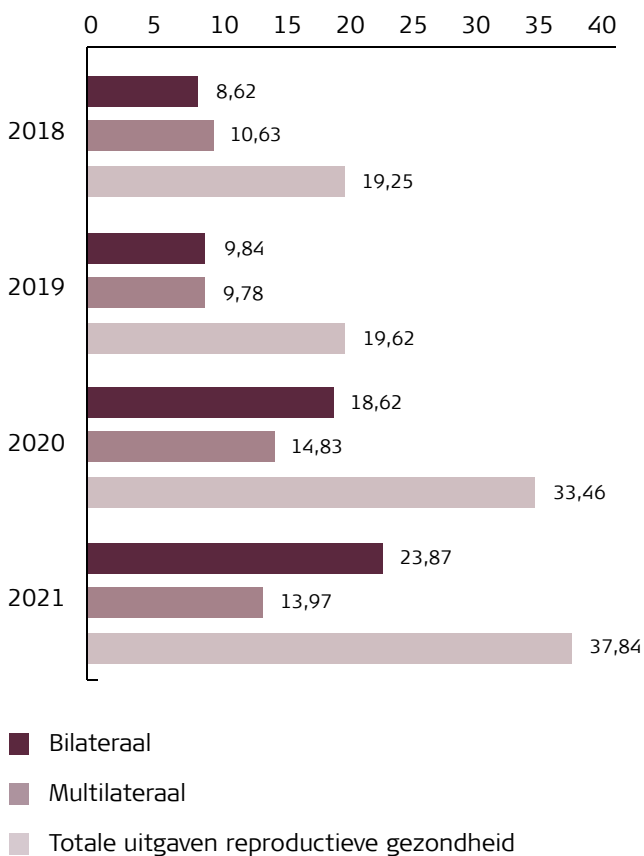


Uitgaven sector gezondheid (in € miljoen)



De **uitgaven voor reproductieve gezondheid stegen** van €33,45 miljoen naar 37,8 miljoen in 2021. De stijging deed zich, net als in de vorige jaren voor in de bilaterale uitgaven en in de gouvernementele samenwerking met partnerlanden in het bijzonder (zie verder 2.).

Uitgaven sector reproductieve gezondheid (in € miljoen)



Verhoudingsgewijs nam het gewicht van gezondheid en reproductieve gezondheid binnen de totale uitgaven van DGD lichtjes toe en steeg in 2021 naar 11,89% (€146 miljoen op een totaal van €1.2 miljard), komend van 11,73%. Dit is een positieve trend, maar het tempo is te traag om van een versnelling te spreken richting het streefdoel van 15% van de totale middelen van de internationale samenwerking voor gezondheid, inclusief seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Bovendien zouden de middelen voor gezondheid en reproductieve gezondheid in tandem omhoog moeten gaan, gezien de investeringen in het versterken van gezondheidssystemen onontbeerlijk zijn om seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten te kunnen verschaffen.

AANBEVELING 1

Ga verder op het groeipad en trek de uitgaven voor internationale samenwerking voor gezondheid met inbegrip van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten verder op tot 15% van alle uitgaven voor internationale samenwerking.

2. Toekomstige steun voor seksuele en reproductieve gezondheid in de gouvernementele samenwerking onzeker

In 2021 stegen de totale uitgaven voor de sector reproductieve gezondheid tot €37,84 miljoen, komend van €33,45 miljoen in 2020. Deze stijging is te danken aan **de implementatie van lopende gouvernementele samenwerkingsprogramma's met partnerlanden** die bijzondere aandacht besteden aan seksuele en reproductieve gezondheid en rechten.



We stellen vast dat nieuwe meerjarenprogramma's die door Enabel worden afgesloten met Belgische partnerlanden niet langer dezelfde prioriteit geven aan SRGR.

Specifieke uitgaven voor SRGR binnen de gouvernementele samenwerking door Enabel stegen van **€14,44 miljoen naar 19,65 miljoen** en zijn dus goed voor bijna de helft van de totale uitgaven voor reproductieve gezondheid. **Blijvende sterke steun voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in de gouvernementele samenwerking is echter niet verzekerd:** de lopende gouvernementele samenwerkingsprogramma's bestrijken een periode van 4 jaar, gestart in 2019-2020. In 2023-2024 zijn ze in hun laatste uitvoeringsjaren beland. We stellen vast dat nieuwe meerjarenprogramma's die door Enabel worden afgesloten met Belgische partnerlanden niet langer dezelfde prioriteit geven aan SRGR. Waar mogelijk wordt aandacht voor SRGR geïntegreerd in de programmering, maar aandacht voor SRGR is niet langer een evidentie. We verwachten daarom dat België in de komende jaren veel minder financieel zal bijdragen tot de realisatie van SRGR in haar partnerlanden dan de voorbije jaren.

AANBEVELING 2

1. De prioriteit die aan seksuele en reproductieve gezondheid en rechten wordt toegekend binnen het Belgische beleidskader, de huidige regering en door het parlement vertaalt zich in de steun aan multilaterale organisaties en in de aflopende gouvernementele samenwerkingsprogramma's.
2. België engageert zich SRGR, inclusief de preventie en aanpak van hiv, sterker te verankeren in nieuwe directe en indirecte samenwerkingsprogramma's die worden vastgelegd en daar ook de nodige budgetten toe te voorzien.

3. Steun voor de aanpak van de hiv-epidemie bereikt historisch dieptepunt

België engageerde zich met de andere VN-lidstaten in de 2030 Agenda om de hiv-epidemie te beëindigen tegen 2030. In 9 van de 14 Belgische partnerlanden is er een veralgemeende hiv-epidemie. Onder verschillende groepen in die partnerlanden is er (ook) sprake van een geconcentreerde epidemie. Echter, in geen enkel Belgisch partnerland engageert België zich expliciet voor de preventie en aanpak van hiv en soa.



In geen enkel Belgisch partnerland engageert België zich expliciet voor de preventie en aanpak van hiv en soa.

Multilaterale steun van DGD voor de aanpak van hiv is er wel maar die blijft al enkele jaren stagneren op €18 miljoen, waarvan €3 miljoen voor UNAIDS en €15 miljoen voor het Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, terwijl die organisaties al enkele jaren aan de alarm bel trekken omdat meer en meer donoren niet langer van hiv een prioriteit maken.

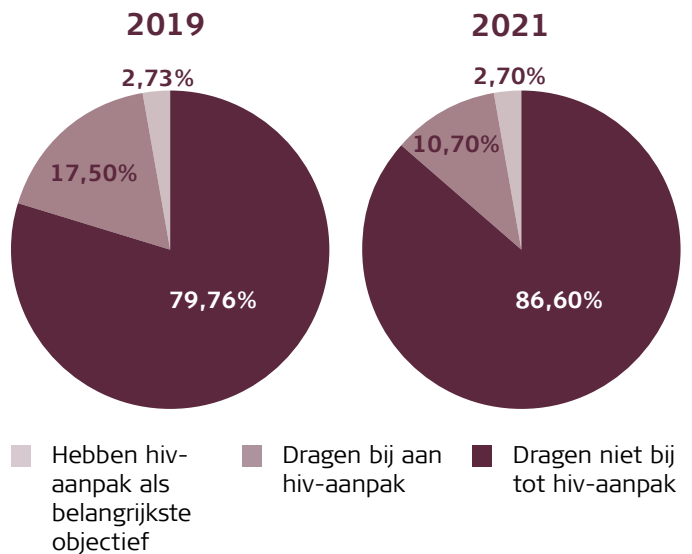
We kunnen de steun voor de aanpak van de hiv-epidemie ook bekijken aan de hand van de hiv-marker, een interne hiv-marker waarmee DGD nagaat in welke mate programma's en projecten binnen en buiten de gezondheidssectoren bijdroegen aan de aanpak van hiv-aids. We nemen de uitgaven in 2019 in deze analyse als vergelijkingspunt, vermits de hiv-marker voor de 2020-uitgaven niet gecontroleerd werd op de correcte toewijzing.

Welke evoluties stellen we vast in de aandacht voor hiv in vergelijking met de totale uitgaven én binnen de uitgaven voor gezondheid?

In 2021 droegen 10% van alle uitgaven van DGD (€132 miljoen) bij aan de aanpak van hiv (hiv-marker waarde 1), terwijl 2,6% van alle uitgaven de aanpak van hiv als belangrijkste objectief hadden (waarde 2). Dit is een daling tegenover 2019 toen nog

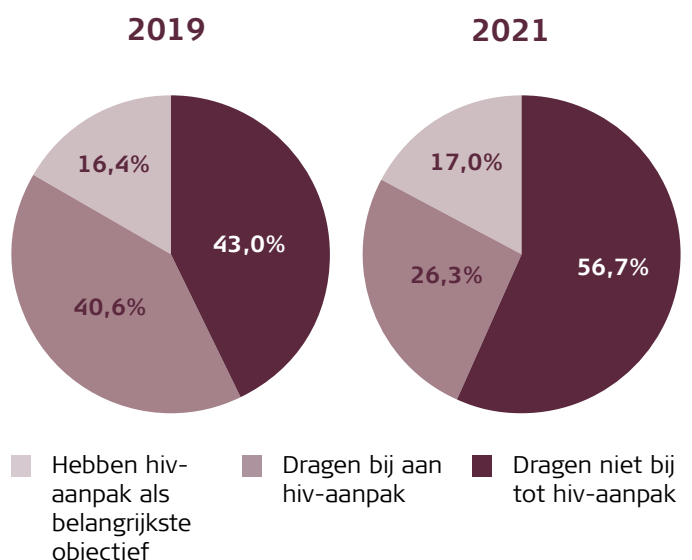
17,5% van alle uitgaven bijdroegen aan de aanpak van hiv (waarde 1) en 2,7% dit als hoofdoelobjectief hadden (waarde 2).

De aandacht voor de aanpak van hiv in de totale uitgaven



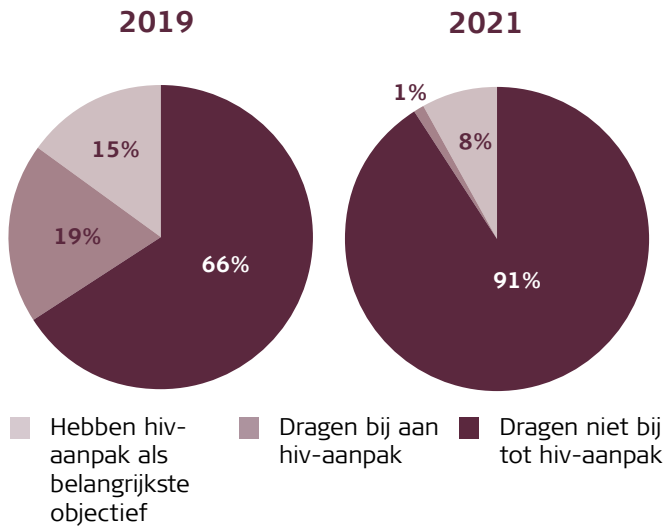
Binnen de uitgaven voor gezondheid is de daling van de aandacht voor hiv nog sterker: de uitgaven die bijdragen aan de aanpak zakten van 40,6% (2019) naar 26,3% (2021). De uitgaven die hiv als hoofdoelobjectief hebben bleven hangen op 16,3% (komend van 17%).

De aandacht voor de aanpak van hiv in de gezondheidsuitgaven



Ook binnen de reproductieve gezondheidsuitgaven daalde het percentage van de uitgaven die ten voordele komen van de aanpak van hiv, van 18,4% (2019) naar 1,44% (2021) en de uitgaven die de aanpak van hiv-als belangrijkste objectief hebben daalden van 15,2% (2019) naar 7,9% (2021).

De aandacht voor de aanpak van hiv in de reproductieve gezondheidsuitgaven



Een efficiënte aanpak van hiv en andere soa vereist echter bijzondere inspanningen op 3 vlakken:

1. De integratie van preventie en aanpak van hiv en soa binnen projecten en programma's die seksuele en reproductieve gezondheid en rechten bevorderen in de basisgezondheidszorg waarmee de algemene bevolking bereikt kan worden;
2. Doelgroepengerichte interventies naar preventie, testen en behandelen van hiv en soa voor wie stigma en discriminatie ervaart binnen de maatschappij en in de zorg, nl. mannen die seks

AANBEVELING 3

Verhoog de uitgaven voor de preventie en aanpak van hiv en soa in België's internationale samenwerking. Zet daarbij zowel in op de promotie van (1) de integratie van SRGR, inclusief hiv en soa in de basisgezondheidszorg, (2) doelgroepengerichte interventies voor hiv- en soa-preventie, testen en behandelen en (3) op een multisectoriële aanpak van SRGR inclusief hiv. Enkel zo kunnen de targets van de 2030 Agenda gerealiseerd worden.



hebben met mannen, sekswerkers, intraveneuze druggebruikers, transgenders, migranten, maar ook adolescenten die niet geacht worden seksueel actief te zijn. Dit bij voorkeur geïntegreerd binnen doelgroep-specifieke SRGR-informatie en diensten. Dit moet samengaan met het bestrijden van stigma en discriminatie in samenlevingen en decriminalisering van deze groepen en hun seksualiteit in de wetgeving van landen waarmee België internationale betrekkingen en/of samenwerking heeft.

3. Een multisectoriële aanpak van hiv in landen of regio's met een hoge prevalentie, waarbij aandacht gaat naar hiv en SRGR binnen onderwijs, op de werkvloer, in de humanitaire hulp, ...

4. Minder middelen voor reproductieve gezondheid, de gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen binnen de totale uitgaven van DGD en binnen de gezondheidsuitgaven

RMNCH binnen de totale uitgaven van DGD

Uitgaven voor internationale samenwerking die bijdragen tot reproductieve gezondheid, de gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen worden in kaart gebracht via de OESO-DAC RMNCH-marker (wat staat voor 'Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health'). De marker laat zien dat DGD's uitgaven die bijdragen tot RMNCH (waarde 1) sterk daalden, en dat de uitgaven die RMNCH als hoofdobjectief stellen (waarde 2) lichtjes stegen, maar niet voldoende om het verlies goed te maken: 16,72% van alle DGD-uitgaven in 2021 droegen bij tot RMNCH (waarde 1) en 2,88% had RMNCH als zijn belangrijkste objectief (waarde 2). In 2020 was dit 24,28% (waarde 1) en 2,3% (waarde 2). De stijging in de uitgaven met waarde 2 is toe te schrijven aan de eerder besproken stijging van uitgaven voor reproductieve gezondheid in de gouvernementele samenwerkingsprogramma's.

RMNCH-waarde / % van totale DGD-uitgaven	1	2
ODA 2018	22,66%	1,28%
ODA 2019	23,10%	1,41%
ODA 2020	24,79%	2,30%
ODA 2021	16,65%	2,88%

RMNCH binnen de uitgaven voor gezondheid

70,65% van de uitgaven voor de sector gezondheid droegen bij tot RMNCH (de reproductieve gezondheid, de gezondheid van moeders, pasgeborenen kinderen). Dat is een daling in vergelijking met 2020, toen het nog 76,46% van alle uitgaven betrof.

We herinneren ook aan beperkingen van de RMNCH-marker: RMNCH-marker is geen holistische marker om seksuele en reproductieve gezondheid en rechten te meten. Het zegt ons vooral iets over

de aandacht voor klassieke moeder-kindzorg. Anti-conceptie en vorming en informatie over veilig vrijen voor jongeren, de noden van seksuele minderheden en mensen die leven met hiv, de aanpak van seksueel gender-gerelateerd geweld en schadelijke praktijken, allen stuk voor stuk dimensies van SRGR, worden niet in beschouwing genomen bij deze marker.

RMNCH waarde / % sector gezondheid-uitgaven	1	2	Totaal
ODA 2018	79,17%	0,31%	79,48%
ODA 2019	84,03%	0%	84,03%
ODA 2020	76,46%	0%	76,46%
ODA 2021	70,65%	0%	70,65%

AANBEVELING 4

1. Breng binnen DGD beter in kaart wat de specifieke uitgaven zijn voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, en gezinsplanning in het bijzonder en welke doelgroepen daarmee bereikt worden.
2. Agendeer binnen de OESO-DAC de beperkingen van de RMNCH-marker, opdat de internationale inspanningen voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten beter kunnen worden gemeten en gemonitord.

5. Een illusie rijker? 'Reality check' voor de aandacht voor reproductieve gezondheid, gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen in de humanitaire hulp

De uitgaven voor humanitaire hulp betroffen in 2021 €185 miljoen, waarvan €56 miljoen of **30% bijdroeg tot de reproductieve gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen** en iets minder dan €1 miljoen euro deze groepen als hoofdobjectief had. Dit is een enorme terugval in vergelijking met 2020, toen nog 78% van alle uitgaven bijdroegen tot RMNCH. Hoe kan dit? Navraag bij DGD leert ons dat de bijdragen tot RMNCH in het verleden overschat werden. Met die 30% zitten we dus dichterbij de realiteit dan met de hoge percentages die we de voorbije jaren optekenden en waarvoor we toen, ten onrechte blijkt nu, de loftrumpet staken. Dit lage percentage moet ons verontrusten, want in het Globale Zuiden zijn het in meerderheid vrouwen en kinderen die op de vlucht zijn. Bovendien zet de klimaatcrisis de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten verder onder druk.

De 30% steun die bijdraagt tot RMNCH is ook **niet transparant: we weten niet welke aspecten van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten wel of niet aandacht krijgen in onze humanitaire hulp**. Draagt de Belgische humanitaire hulp bij tot de preventie van ongeplande zwangerschappen en seksueel overdraagbare aandoeningen tijdens crisissen? Is er aandacht voor de preventie en aanpak van seksueel grensoverschrijdend gedrag? Ondersteunen we het aanbieden van abortuszorg voor wie ongepland zwanger werd in crisistijd?

RMNCH-waarde/ als een % van humanitaire hulp-uitgaven	1	2	Totaal
ODA 2018	63,32%	0,00%	63,32%
ODA 2019	69,68%	0,88%	70,56%
ODA 2020	78,88%	0,58%	79,47%
ODA 2021	30,20%	0,47%	30,68%



Reality check: slechts 30% van alle uitgaven in de humanitaire hulp dragen bij aan de reproductieve gezondheid, de gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen.

AANBEVELING 5

1. **Besteed in humanitaire crisissituaties aandacht aan het informeren, sensibiliseren en het aanbieden van diensten voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, zodat mensen in crisissituaties beter beschermd zijn tegen ongeplande zwangerschappen, moeder- en kindersterfte, seksueel overdraagbare aandoeningen en seksueel grensoverschrijdend gedrag.**
2. **Moedig de humanitaire multilaterale organisaties en NGO's die door België gesteund worden aan om seksuele en reproductieve gezondheid en rechten te integreren in de hulpverlening. Vraag daartoe dat zij systematische de noden met betrekking tot SRGR in kaart brengen bij de opmaak van contextanalyses en hulpoproepen, én dat zij rapporteren over de aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten binnen hun interventies.**
3. **Investeer hiertoe ook in de nodige capaciteit, zowel bij DGD als binnen de humanitaire hulpsector, zodat België er mee kan voor zorgen dat er geen bijkomend menselijk leed veroorzaakt wordt bij mensen in noodsituaties.**

BESLUIT

Ondanks de stijging in de uitgaven voor reproductieve gezondheid stelt de doorlichting van de 2021 uitgaven ons somber. Waarom is dat?

1. De uitgaven voor reproductieve gezondheid in de samenwerking met de partnerlanden stegen, maar de uitgaven voor de gezondheidssector stagneerden. Uit ervaringen – en door de pandemie – weten we dat **kwantitatieve seksuele en reproductieve gezondheidszorgen steunen op sterke gezondheidssystemen**, uitgerust met geschoold, gemotiveerd en goed betaald gezondheidspersoneel die patiënten correcte informatie verschaffen, vertrouwelijkheid garanderen en de nodige apparatuur, geneesmiddelen en anticonceptie ter beschikking hebben om hun werk naar behoren te kunnen doen. Investerings in het ene (SRGR) kunnen dus niet zonder investeringen in het ander (gezondheid).
2. Verontrustend zijn ook de einddatums waar we tegen aankijken. De gouvernementele meerjarenprogramma's waarin seksuele en reproductieve gezondheid en rechten gepromoot worden – en die zwaar doorwegen in België's steun voor SRGR – gaan in 2023-2024 hun laatste jaar in. **Opvolging en blijvende inzet van Enabel op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten is niet verzekerd.**
3. De doorlichting van België's inzet voor preventie en aanpak van hiv is ronduit deprimerend. Zowel binnen de uitgaven voor gezondheid, de uitgaven voor reproductieve gezondheid als in de uitgaven voor andere sectoren de aandacht voor de aanpak van hiv verschrompeld. Met 4.000 nieuwe infecties per week, één dode per minuut en een stijgend aantal mensen met resistentie tegen de medicatie kunnen we

echter niet doen alsof het einde van hiv-aids bereikt is. **België kan zich op de borst kloppen voor de aangehouden steun aan multilaterale organisaties, maar de huidige steun volstaat niet én negeert de realiteit in onze partnerlanden.** Die landen blijven kampen met hoge aantallen nieuwe infecties en kunnen niet alle de toegang bieden tot levensreddende behandeling. Bovendien zorgt stigma en discriminatie van bepaalde groepen ervoor dat geconcentreerde epidemieën niet worden aangepakt en de ongelijkheid vergroot.

We vragen daarom: agendeer de aanpak van hiv opnieuw systematisch in de partnerlanden en internationaal. Zorg ermee voor dat hiv-soa-preventie en -behandeling en seksuele en reproductieve gezondheidszorg hun plaats vinden binnen de basisgezondheidszorg. IJver daarnaast voor doelgroep-specifieke projecten en programma's (zoals voor jongeren en seksuele minderheden), én versterk de aandacht voor hiv-soa en SRGR ook in andere, niet-gezondheidssectoren.

4. **De aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in onze humanitaire hulp is jarenlang overschat.** De marker voor reproductieve gezondheid, gezondheid van moeders, pasgeboren en kinderen (RMNCH) die we bij gebrek aan SRGR-marker als proxy-gebruikten gaf steevast aan dat meer dan 75% van de uitgaven RMNCH ten goede kwamen. Nu de marker meer accuraat wordt toegepast blijkt dat maar 30% van alle humanitaire uitgaven bijdraagt tot reproductieve gezondheid.
5. Tot slot blijft het een uitdaging om een gelaagd en genuanceerd beeld te krijgen op de eigenlijke inzet van België voor SRGR, hoe dit in lijn ligt met de ambities van haar beleidskader en welke resultaten er met de middelen bereikt worden. Hoe komt de Belgische steun de noden van jongeren ten goede? Waarin gaan we verder dan de klassieke moeder-kindzorg? Wat is onze inzet in het bestrijden van stigma en discriminatie en het doorbreken van taboes? En wat is bewezen dat werkt? **Dit vraagt om een beter documenteren en evalueren van de inzet van België in verschillende sectoren en naar verschillende doelgroepen.**

BIJLAGEN

Gedetailleerde tabellen

Totale uitgaven voor de sectoren gezondheid én reproductieve gezondheid

Uitgaven in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
Gezondheid + reproductieve gezondheid	131,96	128,79	141,59	146,38

Uitgaven sector reproductieve gezondheid

Uitgaven sector gezondheid in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
Bilateraal	72,35	71,21	68,02	66,07
Multilateraal	40,35	37,95	40,11	42,46
Totaal gezondheid	112,70	109,17	108,14	108,54

Uitgaven sector reproductieve gezondheid

Uitgaven sector gezondheid in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
Bilateraal	8,62	9,84	18,62	23,87
Multilateraal	10,63	9,78	14,83	13,97
Totaal gezondheid	19,25	19,62	33,45	34,84

De aandacht voor de aanpak van hiv in de totale uitgaven

hiv-waarde/totale DGD-uitgaven in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
1	200,07	203,77	234,79	132,02
2	29,47	31,82	36,99	32,87

Percentages in de taartdiagrammen berekend op de totale uitgaven van DGD in elk uitgavejaar

Totale uitgaven DGD/ per jaar in € miljard	1,12	1,16	1,21	1,23
---	------	------	------	------

De aandacht voor de aanpak van hiv in de gezondheidsuitgaven

hiv-waarde/DGD-gezondheidsuitgaven uitgaven in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
1	44,36	44,32	35,80	28,52
2	16,55	17,88	22,19	18,47

Percentages in de taartdiagrammen berekend op de totale gezondheidsuitgaven

Totaal gezondheid in € miljoen	112,70	109,17	108,14	108,54
--------------------------------	--------	--------	--------	--------

De aandacht voor de aanpak van hiv in de reproductieve gezondheidsuitgaven

hiv-waarde / totale DGD-uitgaven in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
1	4,36	3,61	2,01	0,54
2	2,31	3	3	3

Percentages in de taartdiagrammen berekend op de totale reproductieve gezondheidsuitgaven

Totaal reproductieve gezondheid in € miljoen	19,25	19,62	33,45	34,84
---	-------	-------	-------	-------

De aandacht voor RMNCH in de totale DGD-uitgaven

RMNCH-waarde/ DGD-uitgaven in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
1	254,89	269,33	301,637	205,807
2	14,39	16,36	27,95	35,50

Percentages berekend op de totale uitgaven van DGD in elk uitgavejaar

Totale uitgaven DGD/ per jaar in € miljard	1,12	1,16	1,21	1,23
---	------	------	------	------

Aandacht voor RMNCH in de gezondheidsuitgaven van DGD

RMNCH-waarde/ DGD-uitgaven in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
1	89,23	91,74	82,68	76,68
2	0,35	0	0	0

Percentages berekend op de totale gezondheidsuitgaven van DGD in elk uitgavejaar

Totaal gezondheid in € miljoen	112,70	109,17	108,14	108,54
---------------------------------------	--------	--------	--------	--------

DGD-uitgaven voor humanitaire hulp met een RMNCH-marker waarde 1 of 2

RMNCH-waarde/ humanitaire hulp in € miljoen	ODA 2018	ODA 2019	ODA 2020	ODA 2021
1	107,49	118,31	152,29	56,07
2	0	1,5	1,12	0,87

Percentages berekend op de totale DGD-uitgaven voor humanitaire hulp

Totaal humanitaire hulputgaven DGD in € miljoen	169,75	169,80	193,06	185,63

Methodologie

De federale ontwikkelingssamenwerking rapporteert jaarlijks aan de Commissie voor Ontwikkelingssamenwerking (DAC) van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) welke ontwikkelingsrelevante projecten worden ondersteund. De analyse gebeurde op de uitgaven van 2021 die door DGD aan de OESO werden gerapporteerd. De analyse werd uitgevoerd op basis van cijfers aangeleverd door DGD aan Sensoa in september 2022.

De federale uitgaven voor SRGR, met inbegrip van hiv en aids, die voldoen aan de criteria van ODA (Official Development Assistance) vormen het voorwerp van onze analyse.¹⁶

Door middel van een kwantitatieve analyse van de uitgaven brengen we de federale uitgaven voor SRGR in kaart voor het jaar 2021 en vergelijken we die uitgaven met voor 2018, 2019 en 2020. De analyse stelt ons in staat om mogelijke pijnpunten bloot te leggen en rekenschap te vragen voor de gemaakte keuzes in het SRGR-beleid.

Zowel de uitgaven voor de bilaterale samenwerking als de multilaterale samenwerking worden geanalyseerd. Onder de uitgaven in het kader de bilaterale ontwikkelingssamenwerking wordt door DGD begrepen: de uitgaven voor de gouvernementele samenwerking, de niet-gouvernementele samenwerking evenals de voor de partnerlanden 'geormerkte' bijdragen voor multilaterale organisaties of steun aan de landenpro-

gramma's van deze organisaties. Onder de uitgaven voor de multilaterale samenwerking begrijpt DGD de zogenaamde verplichte en vrijwillige core-bijdrages aan multilaterale organisaties.

Markers

In het overzicht van de gerapporteerde uitgaven volgens de verschillende sectoren en detailsectoren, hanteert DGD verschillende markers die de uitgaven transparanter maken. Voor ons rapport is de RMNCH-marker een handige tool voor specifieke analyses.

De **RMNCH-marker** is een graadmeter die projecten en programma's identificeert die bijdragen tot reproductieve gezondheid en de gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen (RMNCH – Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health), de marker is geconcipieerd door OESO/DAC en heeft 2 mogelijke scores: "2" betekent dat een project RMNCH als expliciet hoofdobjectief heeft, "1" betekent dat de middelen voor een project bijdragen tot RMNCH.¹⁷

De RMNCH-marker biedt echter slechts gedeeltelijk informatie over seksuele gezondheid en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR). Immers, projecten en programma's kunnen ook specifiek gericht zijn op de gezondheid van zuigelingen en kinderen. In die zin kunnen we de RMNCH-marker niet beschouwen als een 'SRGR-marker'. Ook biedt het geen zicht op de aandacht die er al/niet gaat naar gezinsplanning, het voorkomen van soa's of bijvoorbeeld veilige

zwangerschapsafbrekingen of post-abortuszorg. Het laat dus niet toe om in kaart te brengen wat voor seksuele en reproductieve gezondheids- en rechten uitdagingen België specifiek steunt en waar de mogelijke lacunes zich situeren.

De **hiv-marker** is geen officiële OESO/DAC-marker, maar door DGD geïntroduceerd. De score "2" wordt toegekend aan projecten waarin de aanpak van hiv van primair belang is en die niet zouden worden uitgevoerd zonder dit objectief. De score "1" wordt toegekend aan projecten waarin de aanpak van hiv een significante, maar secundaire rol speelt. De score "0" wordt toegekend aan projecten waarin de aanpak van hiv geen enkele rol speelt.

Deze marker geeft ons meer informatie over de aandacht die naar hiv gaat binnen alle federale ontwikkelingsrelevante projecten van de ODA-databank, zowel binnen als buiten de gezondheidssector.

'Gezondheid' en 'Reproductieve Gezondheid'

In het rapport wordt vaak verwezen naar de sectoren 'Gezondheid' en 'Reproductieve Gezondheid'. Dit komt omdat de OESO/DAC een onderscheid maakt tussen de hoofdsectoren 'Gezondheid' (code 120) en 'Reproductieve Gezondheid' (code 130). De hoofdsector 'Reproductieve Gezondheid' omvat activiteiten in verband met onder andere hiv-preventie, -behandeling en -zorg, gezinsplanning, reproductieve gezondheidszorg, demografisch onderzoek en veilig moederschap. In de bespreking van de uitgaven worden de sector 'Gezondheid' en 'Reproductieve Gezondheid' vaak samengenomen want een volledige afzonderlijke bespreking van die sectoren zou een vertekend beeld opleveren van de Belgische steun voor reproductieve gezondheid. De RMNCH-marker laat zien dat een belangrijk deel van de uitgaven binnen de sector 'gezondheid', ook de reproductieve gezondheid ten goede komt.

Beperkingen Van De Analyse

a. Niet-zichtbare uitgaven voor Reproductieve Gezondheid

Niet alle uitgaven ten gunste van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) zijn zichtbaar in de rapportage van DGD aan de OESO. Sommige uitgaven voor gezondheid kunnen indirect SRGR ten

goede komen. Enkele voorbeelden ter illustratie:

- Investerings in een aankoop- en distributiesysteem voor medicatie kunnen de beschikbaarheid van voorbehoedsmiddelen ten goede komen;
- Investerings in de opleiding van gezondheidspersoneel kunnen de opleiding van personeel voor reproductieve gezondheid, zoals vroedvrouwen, beogen;
- Investerings in gezondheidsinfrastructuur, zoals de bouw van ziekenhuizen, kunnen betrekking hebben op investeringen in gynaecologie, verloskunde en test-centra voor hiv en soa.

Verschillende multilaterale organisaties (UNICEF, WHO, UNWOMEN, de Wereldbank,...) besteden aandacht aan (aspecten van) SRGR zonder dat dit altijd tot uiting komt in de ODA-databank. Dit is in het bijzonder het geval voor de zogenaamde 'core-funding' of algemene bijdrages aan multilaterale organisaties.

b. Buiten de contouren van de gezondheidssector

Door het gebruik van de RMNCH marker wordt het mogelijk om de uitgaven ten behoeve van seksuele en reproductieve gezondheid buiten de gezondheidssector in kaart te brengen. Dit is niet mogelijk voor alle uitgaven aangezien de marker niet alle interventies ten gunste van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in kaart brengen én te weinig differentiatie toelaten. Enkele voorbeelden ter illustratie:

- Seksuele en reproductieve gezondheidspromotie kan een onderdeel zijn van onderwijsprogramma's;
- Ondersteuning van vrouwenorganisaties of mensenrechtenorganisaties die advocacy verrichten rond seksuele en reproductieve gezondheid en rechten;
- Sensibiliserings- en educatieprogramma's die de preventie van vrouwelijke genitale verminking beogen

Het verkrijgen van dergelijke informatie vereist een analyse op project- of programmaniveau, waarbij de inhoud van projecten en programma's onderwerp van studie vormt.

c. Distorsie op de informatiestroom

De projectinformatie uit de ODA-databank kan mogelijk onvolledig zijn. Zo kan er sprake zijn van een informatiekloof tussen de projectuitvoerder en de dossierbeheerder in Brussel, die de projectinformatie in de ODA-databank ingeeft.

¹⁶ Een interventie/werking mag worden aangerekend als Official Development Assistance als aan elk van de volgende vier voorwaarden wordt voldaan: 1. de werking is 'Official': de betalingen gebeuren vanuit de Belgische overheidsgelden (FOD Buitenlandse Zaken, DGOS, FOD Financiën, etc.); 2. het betreft 'Development': heeft economische en sociale ontwikkeling als hoofddoelstelling; 3. het is 'Assistance': het is hulp (geen commerciële transactie aan marktvoorwaarden); 4. de hulp gaat naar structurele bijdragen aan internationale instellingen die opgenomen zijn in de DAC-lijst (bv. WHO, UNAIDS, UNFPA, etc.) of naar een land (of landengroep) dat op de DAC-lijst voorkomt. Bron: <http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/Ontwikkelingssamenwerking/Cijfers/DGDprojectdb/>

¹⁷ <http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/Addendum%203.pdf>

Verantwoordelijke uitgever:

Chris Lambrechts, F. Rooseveltplaats 12 bus 7,
2060 Antwerpen

Eindredactie: Marlies Casier, Heleen Heysse

Design: MediaComm

Fotografie: Getty Images, Unsplash

Een uitgave van Sensoa vzw

©Sensoa

Vragen over Sensoa?

Tel: 03 238 68 68

info@sensoa.be

www.sensoa.be