

Jaarverslag 2012

Op naar meer impact!



Karuna in het kort

Saving Children from Disability, One by One

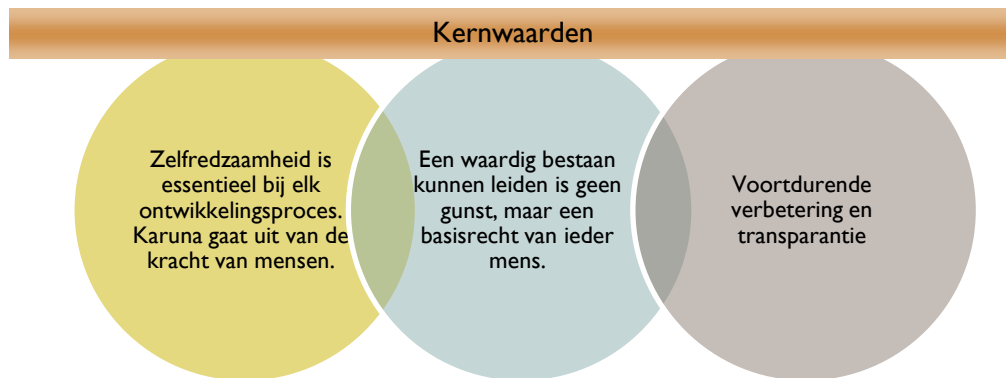
Missie

Karuna Foundation is in 2007 opgericht met als doel handicaps onder kinderen te voorkomen en te verminderen en de kwaliteit van leven van kinderen met een beperking in ontwikkelingslanden te verbeteren.

Aanpak

Ondernemend en actiegericht werken aan duurzame gezondheidszorg inclusief preventie en rehabilitatie, door zelfredzaamheid van arme gemeenschappen te bevorderen en lokale gezondheidszorgsystemen in ontwikkelingslanden te versterken met als doel:

- ❖ Aantoonbaar minder kinderen met ondervoeding, ziektes en handicaps (door betere zorg, preventiemaatregelen en voorlichting tijdens zwangerschap, bevalling en opvoeding)
- ❖ Aantoonbaar beter leven voor kwetsbare kinderen (door betere zorg, onderwijs, participatie, inkomen)
- ❖ Ontwikkeling van een duurzaam en repliceerbaar gezondheidszorgmodel



Principes

- Samenwerken met de overheid en met andere organisaties om zo tot een multiplier effect te komen
- Mobiliseren van lokale capaciteit, mensen en financiële middelen die in de dorpen aanwezig zijn.
- Verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid bij de mensen in de dorpen.
- Het continue betrekken van alle belanghebbenden en hun belangen

Projectgebied en projecten 2008-2012

Karuna heeft een landen kantoor in Kathmandu, een districtskantoor in Sunsari en een veldkantoor in Rasuwa district. Ter ondersteuning van de programma's, organisatie en fondsenwerving is er een klein kantoor in Arnhem, Nederland.

Er worden vier programma's uitgevoerd in drie districten en vanuit het landenkantoor (zie figuur op de volgende pagina):

1. Share&Care: een coöperatieve microverzekering inclusief preventie en rehabilitatie
2. Preventie & Rehabilitatie: veilige zwangerschappen en bevallingen, als ook steun aan kinderen met een handicap
3. Training van Gezondheidswerkers: opzet en supervisie van preventieprojecten
4. Coördinatie en beïnvloeding: ter ondersteuning van alle programma's vanuit het kantoor in Kathmandu.

NEPAL

(Ecological Zone Map)



Impact tot nu toe

- 35.000 mensen hebben toegang tot betere gezondheidszorg
- 12.500 mensen zijn verzekerd en financieel beschermd tegen gezondheidsrisico's.
- 534 kinderen met een handicap hebben een betere kwaliteit van leven door medische zorg, onderwijs, sociale acceptatie, beter inkomen voor families. 81 kinderen zijn volledig hersteld van hun beperking.
- 750 pasgeborenen hebben een veel grotere kans gehad gezond geboren te worden (en zijn wellicht gezond geboren) dankzij aangetoonde verbeterde prenatale zorg, geassisteerde bevallingen en babyzorg.
- Kosteffectief: investering van 7euro per persoon per jaar gedurende 4 jaar.
- Gedragsverandering van dorpsleiders en gezondheidswerkers ten aanzien van het nemen van verantwoordelijkheden voor de verbetering van eigen situatie, inclusief de kwetsbare groepen
- Hogere financiële bijdragen vanuit lokale en districtsoverheden aan gezondheidszorg, preventie en rehabilitatie

Inhoudsopgave

Verslag van de directie	6
Maatschappelijke impact.....	8
Share & Care.....	10
Resultaten van community-based rehabilitatie	15
Preventie & Rehabilitatie project	19
Training van Gezondheidswerkers	21
Coördinatie en Beïnvloeding	23
Voortgang ontwikkeling Share & Care model	27
Maatschappelijke relevantie.....	29
Maatschappelijke invloed	31
Organisatie	32
Organisatie in Nepal	33
Organisatie in Nederland.....	33
Financiën in het kort	36
Totaal.....	36
Uitgaven in Nepal	37
De toekomst	39
Replicatieplan 2013-2018.....	39
Focus in 2013.....	40
Jaarrekening 2012	42

Verslag van de directie

Het jaar 2012 was een succesvol jaar. Karuna heeft veel resultaten behaald binnen haar doelstellingen. Daarnaast kreeg ze veel erkenning vanuit de samenleving zowel in Nederland als in Nepal voor haar ondernemende aanpak. Dit jaar is ook het *Share&Care* model verder uitgewerkt. We hebben de structuur aangescherpt, de resultaten van de eerste vijf jaren vastgesteld en een eerst voorstel voor opschaling van het model bij het Nepalese Ministerie van Gezondheid ingediend.

Eén van de successen in het jaar 2012 is dat de vastgelegde doelen voor dat jaar (zie vooruitblik in jaarverslag 2011) nagenoeg allemaal gehaald zijn. In totaal is € 360.176 besteed (ruim 10% minder dan begroot). Met deze gelden zijn de volgende resultaten zijn behaald:

1. De kwaliteit van leven van 534 kinderen met een handicap in Karuna's dorpen is verbeterd.
2. Bij naar schatting 50 kinderen zijn vermijdbare handicaps voorkomen.
3. Het preventie & rehabilitatie programma is verder ontwikkeld en is goed 'ontvangen' door onder andere de Duitse Ontwikkelingssamenwerking GiZ die in 2012 € 18.000 heeft gedoneerd aan dit programma.
4. Share&Care is als repliceerbaar model ontwikkeld en een eerste voorstel voor replicatie is in oktober 2012 ingediend bij het Nepalese Ministerie van Gezondheidszorg.
5. De contacten voor een financiële basis voor de volgende fase waarin Share&Care zal worden opgeschaald zijn in Nederland gelegd.
6. Het meerjarenplan 2013-2016 is op hoofdlijnen ontwikkeld en met betrekking tot structuur, verantwoordelijkheden en kosten verder aangescherpt.

Een andere belangrijke mijlpaal was het organiseren van een arbeidsmarkt voor mensen met een handicap in Kathmandu op de dag van de handicap (3 december) door 15 Nepalese organisaties (bedrijven, stichtingen en overheid), waarbij meer dan 1500 mensen op de been waren en 500 mensen met een handicap zich hebben ingeschreven als werkzoekende. Het streven is om in 2013 een deel van deze mensen aan het werk te krijgen. Deze gebeurtenis is uitvoerig besproken in de landelijke Nepalese dagbladen en televisieprogramma's.

Er is voortgang geboekt in de coördinatie en samenwerking tussen het Nepalese Ministerie van Gezondheid, Karuna Foundation en internationale *stakeholders* die actief zijn in Nepal (Worldbank, GiZ Germany, Korean International Cooperation Agency) ten aanzien van het Nationale Beleid en de Nationale Pilot op het gebied van Gezondheidszorgverzekering. Karuna Foundation wordt hierin gezien als een sterke partner met praktijkervaring in de dorpen.

Ook al is het prachtig om op hoog niveau mee te praten met de invoering van een 'national health Insurance policy', Karuna moet echter niet wachten totdat er voldoende politieke wil en consensus tussen alle betrokkenen bestaat om dit national health Insurance beleid goed te keuren. Karuna's kracht ligt namelijk in actie- en resultaatgerichtheid.

Zowel in Nepal als in Nederland is Karuna zichtbaarder geworden door haar successen en geleerde lessen op verschillende manieren te delen. Karuna heeft de Jobena prijs mogen ontvangen voor het project Share&Care dat zelfontwikkeling als methode en doel, het meest innovatief inzet. Ook stond Karuna in de Top 10 van de Goede Doelen lijst van Dagblad Trouw. In deze beoordeling die plaatsvond in samenwerking met de Erasmus Universiteit Rotterdam, is gekeken naar de manier waarop

organisaties zijn opgezet: bijvoorbeeld hoe transparant ze zijn, of ze experts betrekken bij hun doelstellingen, of ze samenwerken en of het toezicht op de organisatie goed is geregeld. Volgens onderzoekers zijn dit voorwaarden die een rol spelen bij het te verwachten maatschappelijke succes van een goed doel. We zijn dan ook erg blij en trots dat Karuna Foundation van de 800 deelnemende organisaties op nummer 9 is geëindigd.

In het afgelopen jaar zijn we nog meer overtuigd geraakt van onze visie dat verandering en verbetering ten voordele van arme bevolkingsgroepen alleen kan plaatsvinden wanneer de zeggenschap en verantwoordelijkheid bij de mensen ligt en de mensen zelf financieel bijdragen aan de verbeteringen. Dergelijke veranderingen kunnen versneld op grotere schaal worden ingevoerd door samenwerking en integratie in bestaande systemen, zoals Karuna heeft gedaan door haar activiteiten in het al bestaande zorgsysteem in Nepal te introduceren.

Voor u ligt het verslag over het jaar 2012. Het is een uitgebreide weergave van onze inspanningen om Karuna's missie te bereiken en bevat de verantwoording over alle uitgevoerde activiteiten en gemaakte kosten. Daarnaast wordt er ingegaan op de maatschappelijke relevantie en invloed van Karuna. Wij hebben hiervoor een Nepalese journalist, Om Raj, en een Nederlandse journaliste, Janneke Juffermans, gevraagd een aantal interviews met diverse belanghebbenden te houden.

We zijn er trots dat op dat onze aanpak steeds meer wordt gewaardeerd, in de eerste plaats bij de mensen om wie het ons te doen is: bewoners van arme dorpen en met name kinderen met een handicap en hun families. En dat onze decentrale aanpak zichzelf heeft bewezen. Toch blijft het een lange weg van vallen en opstaan. In de eerste plaats door de ingewikkelde politieke en sociale context waarin Nepal verkeert, maar ook omdat het om maatschappelijke veranderingen gaat die door mensen zelf moeten worden ingezet. Dat gaat niet vanzelf, niet gemakkelijk en ook niet snel. Het Karuna team in Nepal en Nederland gaan echter door, met meer enthousiasme, gedrevenheid en overtuiging dan ooit. Immers, kinderen met een handicap hebben net als ieder ander mens recht op een waardig bestaan, respect en dezelfde kansen.

Namens het bestuur wil ik mijn dank uitspreken voor de steun en het vertrouwen van onze donoren en onze partners in Karuna's werk. Bestuur en directie zien er nauw op toe dat de gelden zo effectief mogelijk worden besteed en dat hierbij volledige transparantie wordt betracht. Tevens zien wij het als onze plicht zo transparant en volledig mogelijk te communiceren met de belanghebbenden over de effectiviteit en efficiëntie van de activiteiten via website, brochures, jaarverslagen, jaarrekeningen, presentaties en persoonlijke toelichtingen.

Karuna Foundation blijft zich voortdurend verbeteren op basis van de opgedane ervaringen in de arme dorpen, de feedback uit die dorpen, de uitwisseling met partners, en de reflectie op gemaakte fouten. Wij zien dan ook uit naar uw mening over dit jaarverslag, over ons werk en onze aanpak.



Betteke de Gaay Fortman

Directeur

Juni 2013

Maatschappelijke impact

Waarom doen we wat we doen?

Een veilige zwangerschap en bevalling, of een gezonde kindertijd is voor velen nog steeds niet vanzelfsprekend, ook niet in de rurale gebieden van Nepal. Volgens het Demografie en Gezondheidsonderzoek uit 2011 sterven er 54 kinderen per 1000 geboortes en zijn 40% van de kinderen onder de vijf jaar chronisch ondervoed. Er wordt te weinig gebruik gemaakt van zwangerschapszorg, slechts één op de drie vrouwen krijgt professionele assistentie tijdens haar bevalling en de nazorg voor moeder en kind is veelal afwezig. De gevolgen hiervan zijn groot en leiden regelmatig tot blijvende handicaps bij kinderen. Ongeveer 3-5% van de kinderen heeft een handicap ten gevolge van geboortefwijkingen, ziektes, infecties en ongelukken die vaak voorkomen of behandeld worden. Kinderen en volwassenen met een handicap in Nepal krijgen te maken met stigma, uitsluiting, verwaarlozing en discriminatie. Werken aan preventie van vermijdbare handicaps en aan een beter leven voor kinderen met een handicap heeft geen zin als er geen goede gezondheidszorg voorhanden is en als de houding van gemeenschappen ten aanzien van kinderen met een handicap niet verandert. Een goede gezondheid hangt af van adequate preventiemaatregelen en bewustwording en van toegankelijke, beschikbare en betaalbare gezondheidszorg. De Nepalese overheid heeft echter niet voldoende capaciteit en politieke wil om dit te realiseren. Daarnaast hangt kwaliteit van leven voor kinderen met een handicap af van de duurzaamheid van rehabilitatieactiviteiten en de ondersteuning hiervoor vanuit de samenleving.

Karuna Foundation heeft er daarom voor gekozen duurzame coöperatieve gezondheidszorgverzekeringen (Share&Care) op te zetten in arme dorpen. Hiermee wordt de lokale gezondheidszorg verbeterd, en zijn gemeenschappen beter in staat grip te krijgen op het organiseren van kwalitatieve gezondheidszorg in hun dorp en district. Naast Share&Care heeft Karuna 2 jaar geleden besloten een nieuw programma zonder een verzekeringscomponent uit te voeren. Dit programma, het Preventie&Rehabilitatie Programma, is direct gericht op de missie van Karuna en zet minder in op investeringen in bestaande gezondheidszorg en het mobiliseren van de hele gemeenschap. Wel wordt dit programma net als Share&Care verankerd in de lokale gemeenschap. Ter ondersteuning van deze twee programma's heeft Karuna een trainingsproject ontwikkeld (Training of Professionals), en probeert zij op districts- en nationaal niveau beleid te beïnvloeden.



Figuur 1. De vier programma's van Karuna Foundation

De extra relevantie van Share&Care en Preventie&Rehabilitatie voor mensen met een handicap is evident. Armoede en prevalentie van handicaps hangen samen. Arme mensen hebben vaak geen goede toegang tot zorg. Daardoor raken zij ziek of gehandicapt. Mensen met een handicap worden buitengesloten, kinderen gaan zelden naar school en kunnen daarom als ze volwassen zijn vaak geen eigen inkomen verdienen. Cijfers van de Verenigde Naties geven aan dat circa twintig procent van de handicaps wordt veroorzaakt door ondervoeding en tien procent door infectieziekten. Zo kan een tekort aan vitamine A leiden tot blindheid, zorgt polio voor verlamming en ontstaat invaliditeit door lepra. Uitsluiting dwingt mensen met een handicap hun inkomen op onveilige en onzekere manieren te verdienen. Genoeg redenen dus om deze vicieuze cirkel te doorbreken en te streven naar structurele veranderingen in deze situatie.

Hoe meten we de voortgang en het resultaat?

Voor het starten van een project, voert Karuna Foundation een nulmeting uit.

Gedurende de implementatie van het project wordt kwalitatieve en kwantitatieve informatie in de dorpen door de verantwoordelijke uitvoerders zelf bijgehouden. Deze lokaal beschikbare informatie wordt vertaald en gecompileerd door de Monitoring&Evaluatie Afdeling van Karuna Nepal. Zij maakt op haar beurt een compilatie van deze data met een toelichting voor het kantoor in Nederland. Karuna maakt zoveel mogelijk gebruik van bestaande datasystemen, zoals het Health Management Information System van het Nepalese Ministerie van Gezondheidszorg. Door deze maandelijkse management informatie over de planning en de voortgang in de projecten, kan er waar nodig tijdig bijgestuurd worden.

Regelmatig wordt daarnaast een externe evaluatie uitgevoerd. Alle publicaties zijn via onze website te downloaden.



Hoe toetsen we of wat we doen ook relevant is?

Karuna vindt het belangrijk altijd een open houding te hebben, zowel naar de doelgroep toe, als ook naar andere belanghebbenden. Op elk niveau organiseert Karuna inspraakmogelijkheden, met name natuurlijk in Nepal waar de projecten worden uitgevoerd. Door de gelijkwaardige en intensieve relatie met de lokale bevolking, is een permanente open lijn mogelijk. Karuna's medewerkers krijgen zowel positieve opmerkingen als kritiekpunten te horen in informele gesprekken als ook in dorpsvergaderingen. Daarnaast wordt elk half jaar in elk district een 'District Project Advisory Committee meeting' georganiseerd met de desbetreffende lokale uitvoerende comités, de districtsoverheid en andere organisaties waarmee wordt samengewerkt. Hetzelfde wordt jaarlijks georganiseerd met belanghebbenden op nationaal niveau; de Project Advisory Committee meeting. Tijdens deze inspraakbijeenkomst komen vertegenwoordigers van Ministeries, andere ontwikkelingsorganisaties en Disabled People Organisations bij elkaar om Karuna's projecten te bespreken en kritiekpunten op tafel te leggen.



De ontwikkeling van een lokaal coöperatief gezondheidszorgsysteem

Share & Care betekent het delen van de kosten en de risico's van gezondheidszorg en het zorgen voor de kwetsbaren, met name kinderen met een handicap.

Doel van dit project is het toegankelijk maken en versterken van betaalbare, adequate en preventieve (basis) gezondheidszorg, alsmede ziekenhuisopnames, voor en door alle inwoners in de projectdorpen, inclusief preventie en rehabilitatie.

Uitvoering

In 2012 werd Share & Care uitgevoerd in 7 dorpen waarvan 4 dorpen (Bhokraha, Madesha, Bhaluwa en Aurabani) in Sunsari district, 2 dorpen (Chapakhori en Mechhe) in Kavre district en 1 dorp (Syafu) in Rasuwa district. In figuur 2 is te zien dat het zorgsysteem veel meer dekt dan alleen basiszorg en ziekenhuiskosten. Ook preventieactiviteiten zijn essentieel en rehabilitatiekosten voor kinderen met een handicap worden gedekt. Daarnaast wordt er geïnvesteerd in ondernemerschap en kredietverstrekking bij de allerarmsten zodat zij hun inkomen verhogen en daardoor lid kunnen worden van de verzekering. Goed leiderschap van en lokale verantwoordelijkheid bij de lokale bevolking vormen de basis van de uitvoering



Figuur 2. Componenten van het Share&Care systeem

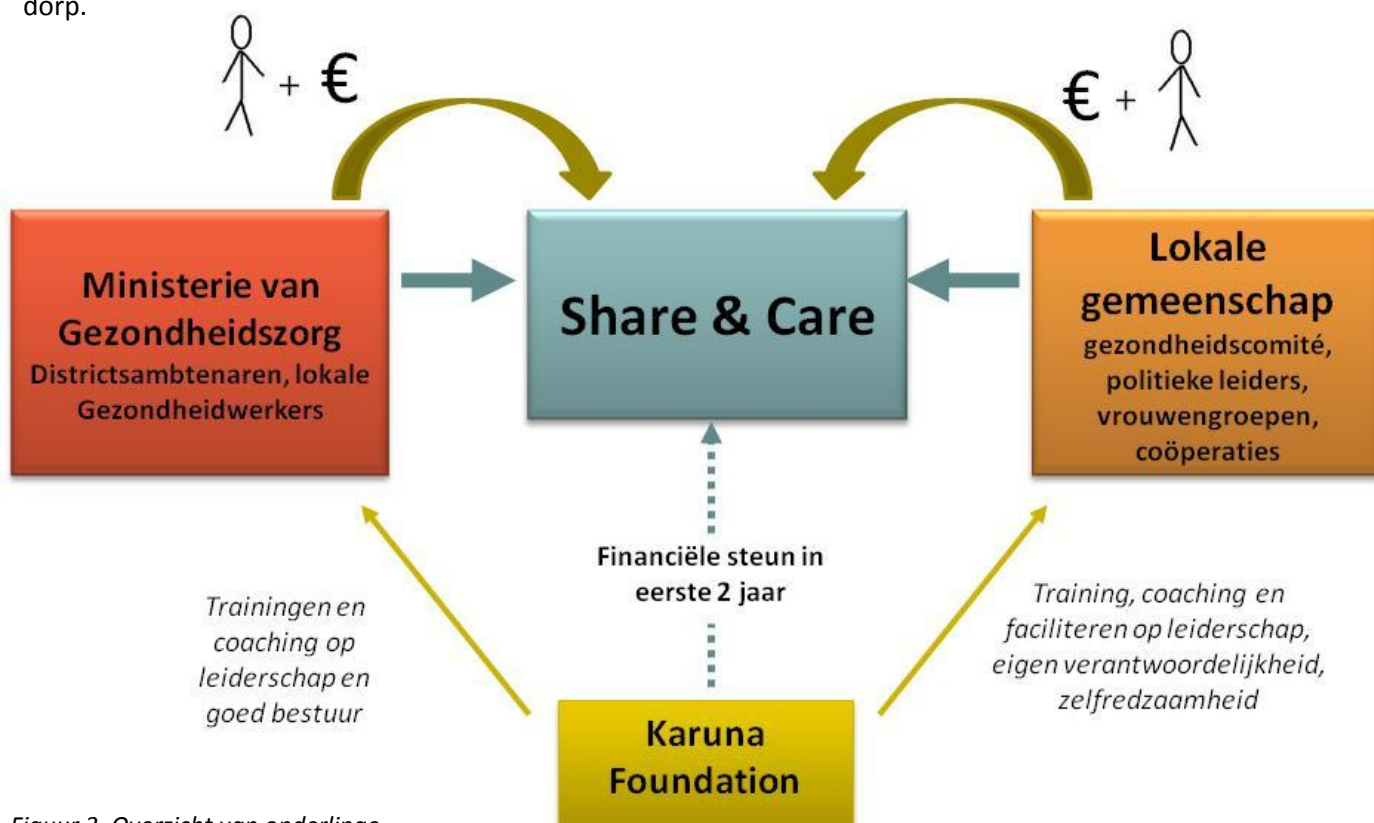
van alle componenten.

Het coöperatief verzekeringssysteem wordt geleid door een lokaal comité (Health Management Committee) waarvan de leden zijn gekozen door de inwoners. Dit comité wordt door Karuna getraind en gecoacht in leiderschap, en in de opzet en uitvoering van dit systeem. Het systeem begint klein. In de loop der jaren komen er meer leden, wordt de kwaliteit van de zorg steeds verder verbeterd, is er betere samenwerking met ziekenhuizen, ontstaat er meer solidariteit en wordt het comité steeds sterker en onafhankelijker. Karuna plant een zaadje en inspireert en traint arme mensen om op eigen kracht zelf verder te gaan. Samen met de bevolking en de lokale overheid komen we zo tot vernieuwende en duurzame oplossingen voor hun gezondheidsproblemen. Om het leven van kinderen met een handicap te verbeteren, zijn maatschappelijke begeleiders getraind die door de dorpsbewoners zijn geselecteerd. Zij worden betaald uit de verzekeringspot. Ze hebben een training gehad in communicatieve, fysiotherapeutische en sociale vaardigheden. Ook hebben ze geleerd hulpmiddelen zelf te maken zoals houten krukken en looprekjes. De begeleiders stellen samen met de ouders voor elk kind met een handicap een individueel plan op. Hierin staan de sociale, medische en educatieve doelen van het kind en hoe die te bereiken.

In figuur 3 is te zien hoe de financiële steun voor Share&Care is georganiseerd.

De basisinkomsten van het verzekeringssysteem komen van de lokale bevolking en de overheid. Vanuit de lokale gemeenschap zijn er bijdragen via het lidmaatschap van de verzekering. Daarnaast steunt de gemeentelijke overheid en de districtsoverheid met geld, mensen en middelen.

De financiële steun van Karuna Foundation bestaat uit operationele kosten en investeringskosten en beperkt zich tot 2 projectjaren. De steun voor operationele kosten beperkt zich tot maximaal 50% in het eerste jaar en 30% in het tweede jaar. De investeringskosten gaan naar basisgezondheidszorg, verbeterde infrastructuur, apparatuur voor geboortecentrum, startkapitaal voor inkomensgenererende projecten, waterput, etc. In het 3e projectjaar kan Karuna besluiten om, na een succesvolle afronding van de eerste 2 jaar, een laatste geldbedrag te doneren aan het dorp waar ze aanspraak op kunnen doen in moeilijke tijden. Dit is afhankelijk van de status van de duurzaamheid, het commitment en het leiderschap in het dorp.



Figuur 3. Overzicht van onderlinge verhoudingen en input in Share&Care.

Resultaten in 7 dorpen met het Share&Care systeem

Verzekering en financiële bescherming

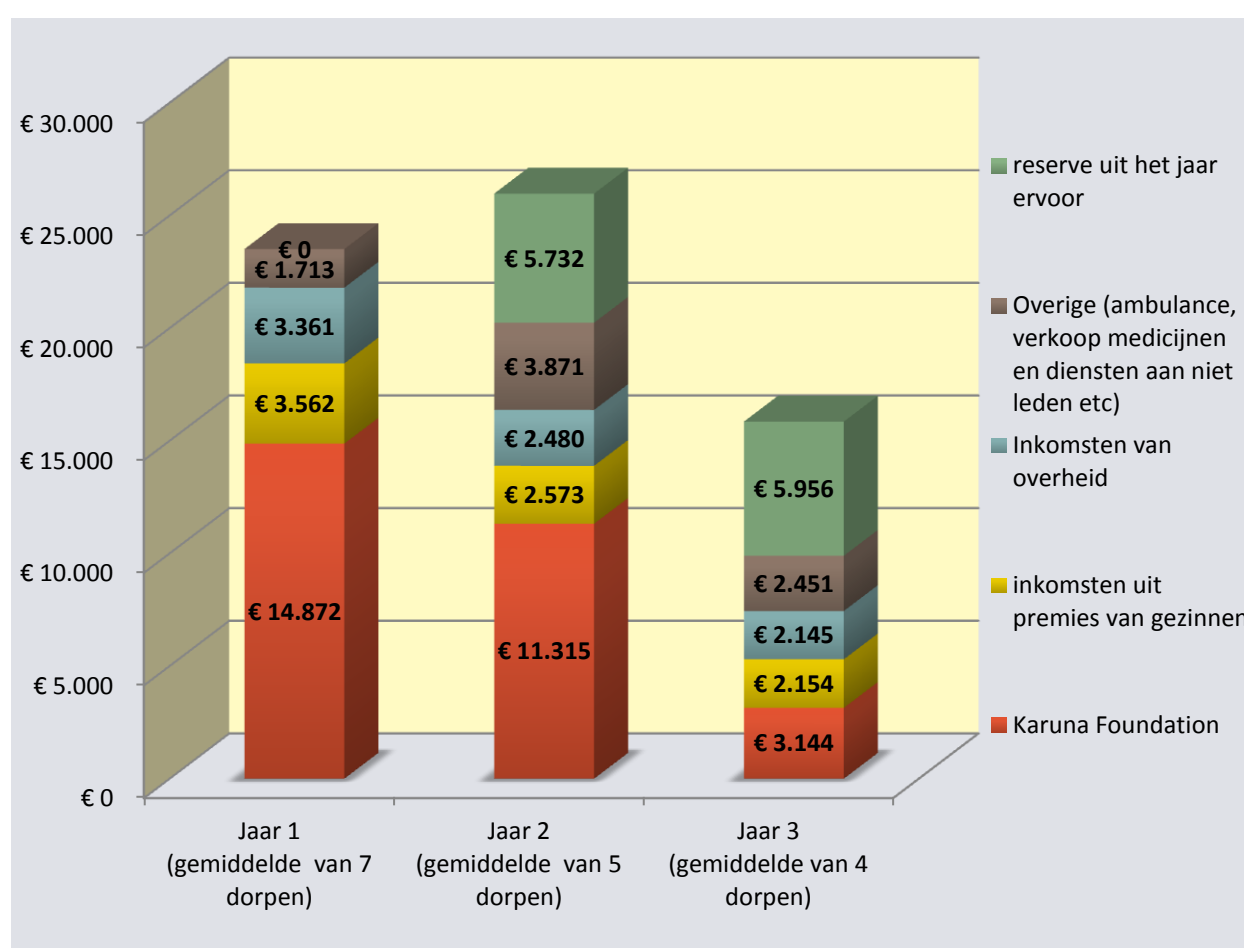
- Elk dorp ontwikkelt en beheert zijn eigen microverzekeringssysteem. Er is in alle dorpen een balans tussen de jaarlijkse inkomsten en uitgaven.
- 2340 huishoudens (13.250 mensen) zijn lid van de microverzekering en financieel beschermd tegen zorgkosten. Dit komt neer op ongeveer 25% van de totale bevolking. (zie tabel 1)
- Het percentage leden dat weer opnieuw lid wordt, de *renewal rate*, is gemiddeld 57% van jaar 1 naar jaar 2, en 70% van jaar 2 naar jaar 3.
- In het derde jaar van de microverzekering komt er gemiddeld 68% uit lokale inkomsten. De andere 32% is afkomstig van Karuna Foundation, veelal in de vorm van een investering in noodfonds.
- 214 families onder de armoedegrens hebben na een training een lening gekregen (die ook in 90% van de gevallen naar behoren wordt afgelost) waarmee ze hun inkomen hebben kunnen verhogen en lid zijn geworden van het microverzekeringssysteem.

Gezondheidszorg , preventie en rehabilitaties

- Bij naar schatting 50 kinderen zijn vermijdbare handicaps voorkomen
- De basisgezondheidszorg is in 7 gezondheidsklinieken verbeterd middels betere infrastructuur, extra staf, 24u service, medische apparatuur, medicijnen, laboratorium services.
- 6000 gezinnen (35.000 mensen) hebben toegang tot betere basisgezondheidszorg.
- Het patiëntenbezoek aan gezondheidszorgpost verviervoudigd in de eerste drie jaar van S&C
- Gemiddeld worden er per jaar 350 mensen doorverwezen naar een ziekenhuis en krijgen de kosten hiervan vergoed uit het microverzekeringssysteem (zonder een bijdrage van Karuna Foundation)
- Moeder-en kind gezondheidszorg indicatoren zijn gemiddeld met 5% verbeterd.
- In totaal waren in 2012 276 kinderen met een handicap in het rehabilitatie programma van Share & Care. De resultaten hiervan zijn apart weergegeven onder hoofdstuk Resultaten Community based rehabilitatie' op pagina 15.



Tabel 1. Overzicht van lidmaatschap in Share&Care dorpen							
Dorpen	voltooide S&C jaren	Totale populatie		totaal aantal mensen met toegang tot betere zorg	Verzekerde gezinnen		
		totaal aantal gezinnen	totaal aantal mensen		totaal aantal gezinnen	totaal aantal mensen	%
Syafru (2009)	3jr	485	2.535	1.646	164	857	34%
Mechhhe (2008)	4jr	1218	9.214	5.295	191	1.445	16%
Chapakhori (2009)	3jr	555	4.011	2.609	191	1.380	34%
Bhokraha (2009)	3jr	3.200	19.368	12.589	564	3.414	18%
Madesha (2010)	2jr	1.290	7.023	4.568	421	2.292	33%
Aurabani (2011)	1jr	1.567	9.200	5.977	394	2.313	25%
Bhaluwa (2011)	1jr	975	3.604	2.344	415	1.549	43%
TOTAAL		9.290	54.955	35.028	2.340	13.250	25%



Figuur 4. Gemiddelde inkomsten per bron in een Share&Care dorp over 3 jaar.

Samengevat kan worden vastgesteld dat Karuna's bijdrage zoals gepland in de loop van de drie jaar daalt. We zien in het derde jaar echter ook een daling van de inkomsten van premies en overheidsbijdragen. Enerzijds is dit het gevolg van een universele trend in zorgverzekeringen in ontwikkelingslanden. Vaak is in het tweede en derde jaar een daling te zien van het aantal leden, en daarmee dalen ook de inkomsten. Het blijkt moeilijk om na een enthousiast eerste jaar het aantal leden op peil te houden. Dit komt voornamelijk omdat leden hun gezondheidsproblemen hebben 'bijgewerkt'

en onvoldoende inzien dat een verzekering je beschermt tegen risico's over de langere tijd mits je lid blijft van het systeem. Anderzijds is in een aantal Share & Care dorpen de hoogte van de premies naar beneden bijgesteld, bijvoorbeeld in Bhokraha van 1500 roepies (15 euro) naar 750 roepies (7,50 euro). Daarmee zal er met een toename in leden dus niet automatisch een toename in de bijdrage uit premies komen. Daarnaast is het vasthouden van het politieke draagvlak waardoor financiële middelen ook daadwerkelijk vanuit gemeentebesturen en districten worden toegewezen, ook een uitdaging. Na 4 jaar ervaring is gebleken dat een jaarbudget per dorp van € 10.000-15.000 voldoende is voor het uitvoeren van Share&Care, na de initiële investeringen van Karuna's zijde in de eerste twee jaren in 'achterstallige' zorgfaciliteiten. Toch moet gezegd worden dat er in dergelijke arme dorpen nooit genoeg geld van overheidswege gestoken kan worden in zorg. Karuna leert lokale gemeenschappen dan ook hoe zij meer gelden kunnen mobiliseren bij lokale en districtsoverheden. Het moge duidelijk zijn dat Share&Care een weg is van veel inspanning, te overwinnen weerstand en het opbouwen van vertrouwen van de lokale bevolking in het verzekeringssysteem.

'I understand and value the idea of Share & Care'

Nar Bahadur Ghale (26 jaar), getrouwd met Jenimaya en vader van twee dochters. Woont in het dorp Syafru in de hoge bergen van Rasuwa district, vlakbij de grens met Tibet.

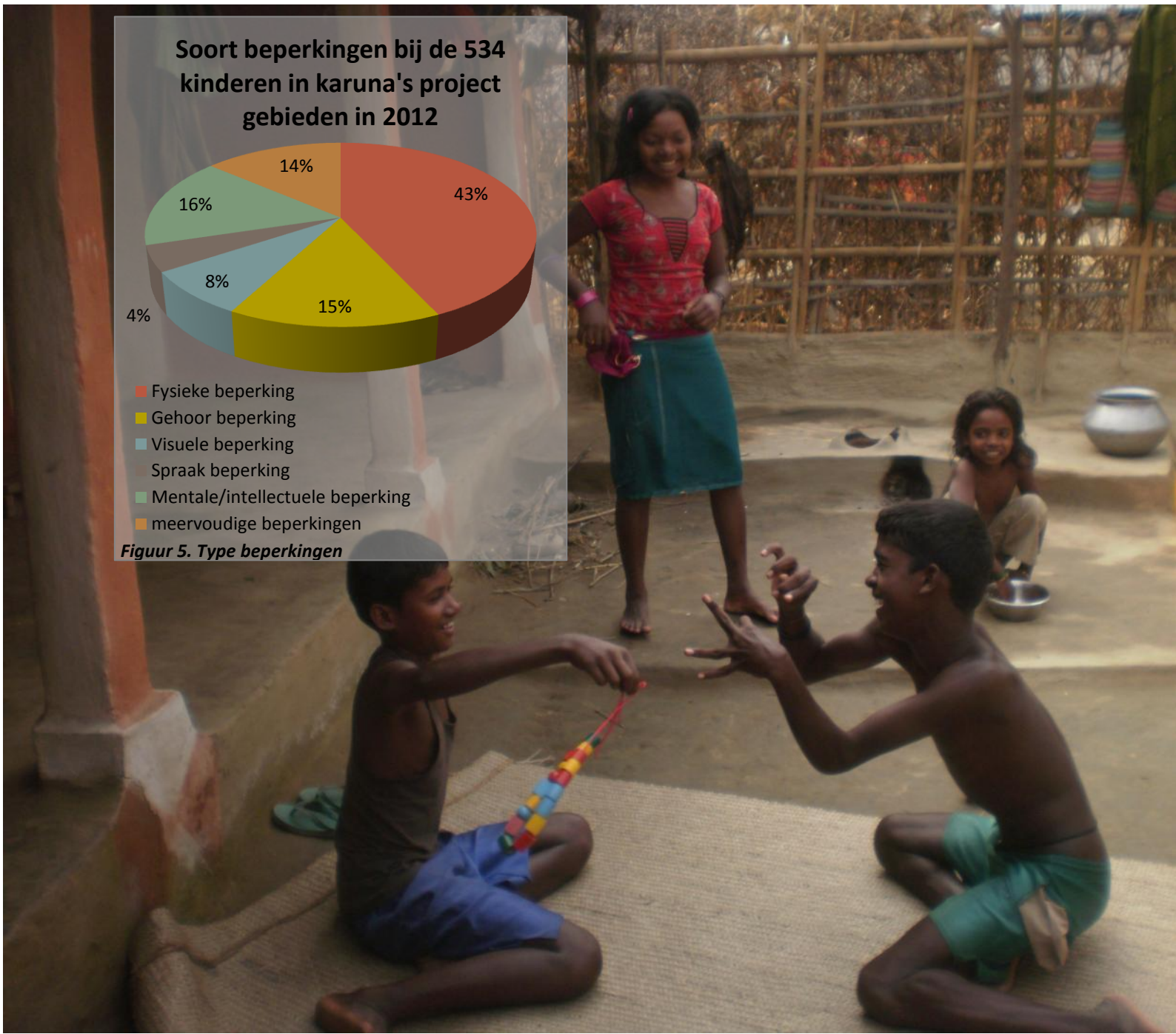
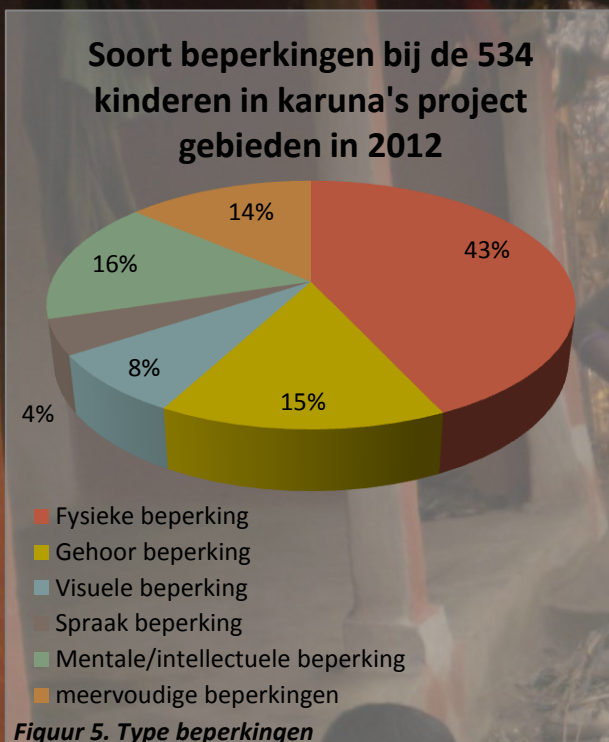
In 2009, toen de Karuna Foundation haar Share and Care project startte in Syafru in Rasuwa district was Nar Bahadur Ghale sceptisch. Met name over de gezondheidszorgverzekering die eraan verbonden was. In het eerste jaar zag hij echter veel burens profiteren van het project. Hij besloot toch lid te worden en betaalde 1000 Nepalese roepie (10 euro) voor een jaar lidmaatschap van zijn familie. Een extra reden om lid te worden voor Ghale, was de gecompliceerde zwangerschap van zijn vrouw, die zwanger was van hun tweede dochter. Ze kreeg bij haar eerste bevalling een ernstige bloeding en werd op het nippertje gered in het ziekenhuis, maar dat kostte heel veel geld. Voor de tweede bevalling werd Jenimaya door de gezondheidswerkers op tijd verwezen naar het ziekenhuis van Kathmandu. Daar kwam haar baby via een keizersnede ter wereld. Normaliter zou het stel 25.000 roepie (250 euro) moeten hebben betalen voor zo'n operatie. Een onmogelijke kostenpost voor een grotendeels werkloze man. Nu kreeg hij van de verzekering 20.000 roepie. Ghale was erg blij dat hij eerder had besloten om toch lid te worden van het verzekeringssysteem. *"It is really good that you can get up to Rs 20,000 for treatment of your family members by paying just Rs 1,000 for one year," says he. "True to its name, the project helps us share our problems and care for each other. Even if no one falls sick in my family, then my money would be useful in saving some other villagers' lives."*

Toch had Ghale ook tips voor Karuna Foundation en het Health Management Comité. Toen hij met zijn vrouw bij het ziekenhuis aankwam, had niemand van het Share & Care systeem gehoord en moest hij bellen met iemand van het Health Management Comité om de artsen te overtuigen. Vandaar zijn advies dat Karuna Foundation alle dokters en verpleegsters van dat ziekenhuis op de hoogte moet stellen van het bestaan van Share&Care, zodat er geen misverstanden meer kunnen ontstaan.



Resultaten van community-based rehabilitatie

Community-based rehabilitatie (CBR) is een methode ontwikkeld door de Wereld Gezondheidsorganisatie gericht op verbetering van kwaliteit van leven van personen met een handicap en hun families, door in hun basisbehoeften te voorzien en gelijke participatie en rechten te verzekeren. Het gaat erom kinderen in hun eigen omgeving te steunen en toe te werken naar hun integratie in de gemeenschap en naar zelfredzaamheid. Daarnaast is het belangrijk dat mensen met een handicap zelf een sleutelrol spelen in het bepalen van beleid, uitvoering en monitoring van dergelijke programma's. Karuna Foundation werkt volgens de *community-based rehabilitation matrix* die gezondheid, onderwijs, werk, participatie en empowerment als componenten in zich heeft. Zowel binnen het **Share&Care Programma** (276 kinderen) en het **Preventie&Rehabilitatie Programma** (258 kinderen) worden kinderen met een handicap geholpen volgens deze methode. De programma's voor kinderen met een handicap in Karuna's projectdorpen worden opgezet en uitgevoerd door lokale gemeenschappen en de maatschappelijke begeleiders van kinderen met een handicap (*CBR facilitators*). Zij worden door de gemeenschap betaald en zoeken samen met de kinderen met een handicap en hun families naar lokale oplossingen zodat deze kinderen verzekerd zijn van toegang tot medische zorg, revalidatie, onderwijs en andere faciliteiten en dezelfde kansen en rechten hebben als andere kinderen.



In 2012 waren er 534 kinderen met een handicap in de rehabilitatieprojecten in 14 dorpen. Hiervan zijn 75 kinderen volledig hersteld van hun beperking door veelal medische ingrepen. Er zijn ook 6 kinderen overleden in 2012. In de meeste gevallen was dit onvermijdelijk door bijvoorbeeld een ernstige hersentumor. In een aantal gevallen ging het om een verzwakt immuunsysteem door ondervoeding en ziektes. Het is dan van het uiterste belang snel en adequaat te handelen. De lokale comités en gezondheidswerkers zullen zich samen met Karuna maximaal inzetten om dergelijke gevallen te voorkomen. In de onderstaande tabellen zijn kort de belangrijkste resultaten voor 2012 weergegeven.



Gezondheid

- 215 kinderen hebben medische behandeling gekregen in ziekenhuis of specialistisch centra.
- 128 Kinderen hebben regelmatig fysiotherapie ontvangen van de rehabilitatie werker en ouders.
- 49 kinderen hebben het afgelopen jaar een hulpmiddel zoals een rolstoel, prothese, gehoorapparaat gekregen.
- Bij 26 kinderen was ondervoeding vastgesteld. Zij zijn doorverwezen naar speciale voedingscentra om te herstellen.
- 81 kinderen zin volledig herstel van hun beperking, veelal via een medische ingreep.



Onderwijs

- 191 hebben ondersteuning gekregen om naar school te gaan, schoolboeken, uniform, voorlichten van ouders. In de afgelopen jaren hebben 372 kinderen met een handicap op verschillende manieren support gekregen om naar school te gaan.
- 4 kinderen zijn naar speciaal onderwijs gegaan.



Levensonderhoud

- 20 kinderen hebben een beroepsopleiding gevolgd.
- 52 gezinnen van kinderen met een handicap hebben een ondernemerstraining gevolgd en een lening ontvangen voor een nieuw op te zetten onderneming.
- De gezinnen met een kind met een handicap zijn ook lid van het Share&Care verzekering en beschermd tegen ziektekosten.



Inclusie & Empowerment

- In 2012 hebben 127 kinderen , voornamelijk uit de nieuwe Preventie & Rehabilitatie dorpen, een identiteitskaart van de overheid gekregen, waardoor allereerst hun bestaan wordt erkend. Hiermee kunnen ze hun rechten opeisen en de kaart geeft ook recht op bepaalde voorzieningen en toelagen.
- Er zijn diverse 139 bewustwordingsactiviteiten via posters, theaterspelen, muurschilderijen, voorlichtingsbijeenkomsten in de gemeenschappen georganiseerd voor leraren, lokale gezondheidsvrijwilligsters, schoolkinderen en vrouwengroepen.
- 13 nieuwe zelfhulpgroepen met 148 families van kinderen met een handicap zijn gevormd in de 7 Preventie&Rehabilitatie dorpen.
- 7 bestaande zelfhulpgroepen in de Share&Care dorpen zijn ondersteund en getraind
- 8 'Village Development Rehabilitation Committees' zijn getraind.
- Er zitten in totaal 152 kinderen in 10 kinderclubs die kinderen spelenderwijs bewust maakt van hun rechten, waar hun kennis en kunde wordt versterkt en er samen spelletjes en ervaringen worden gedeeld.
- 3 leiderschapstrainingen zijn uitgevoerd in Bhokraha, Bhaluwa en Lahare Pauwa.

It always seems impossible until it's done

Bhageshwor Chaudhary, 17 jaar, die in Aurabaani woont, was gezond bij geboorte. Toen hij 7 jaar was, kreeg hij hersenvliesontsteking en werd naar het ziekenhuis gebracht. Hij kon zijn benen niet meer bewegen. Volgens zijn ouders was hij voor zijn dagelijkse activiteiten helemaal van hen afhankelijk. Daarnaast kreeg hij steeds minder vriendjes. De ouders: *"We did not receive any kind of support from relatives, neighbors and other community people. They made us believe that he cannot be treated and it is useless spending money on his treatment. We never thought he will be able to move and support himself. But, In spite of physical and other problems, he was a sharp intellectual. It was a sign of hope for us"*.

In 2011 werd Share&Care Program gestart in Aurabaani. De ouders kwamen in contact met de *community based rehabilitation facilitator*. Er werd een diagnose gesteld en samen met de ouders een rehabilitatieplan voor Bhageshwor opgesteld. Hij werd doorverwezen naar het *Hospital and Rehabilitation Centre for disabled children* in de stad Itahari en ook de ouders leerden daar hoe ze fysiotherapie konden geven aan de 'loopbar'. Er kwam door alle oefeningen aanzienlijke verbetering in zijn mobiliteit. In coördinatie met een andere organisatie werd een rolstoel geregeld. Na verloop van tijd ging Bhageshor weer naar school. Later kreeg hij een driewieler waardoor hij nog mobieler werd.

Zijn ouders trots: *"Now he is in grade 6 and regularly attends school. We have a small grocery shop and he supports us to run it after school. He is also the member of child club formed through the program and regularly goes to the club meeting. He feels happy playing with his friends and goes to buy the materials for the shop. Community people, friends, relatives also encourage him to study, and be a role model to the other children with disability. We are very happy to see our son be independent"*.

"It always seems impossible until it's done", gold ook voor Bhageshwor. Hij kon zich niet zelfstandig bewegen en werd daardoor gezien als een kind zonder toekomst. Nu gaat hij weer naar school, en kan hij ook zijn familie helpen in de winkel. Het is dus mogelijk om ieder kind een kans te geven een waardig en waardevol leven te leiden.



Evaluaties Community Based Rehabilitation

Er zijn in 2012 twee onderzoeken gedaan naar het rehabilitatie onderdeel van Karuna's programma's. Een daarvan is het evaluatie-onderzoek dat is uitgevoerd door Huib Cornielje, community based rehabilitation expert van het bureau Enablement. Naast een aantal kritische aanbevelingen over hoe Karuna haar rehabilitatiewerk kan versterken, bijvoorbeeld *child clubs* opzetten waar kinderen met en zonder handicap bijeenkomen, kwam genoemde onderzoeker tot de volgende conclusie in zijn rapport van maart 2012 dat via de site is te downloaden.

'Hoewel het Share&Care programma in eerste instantie vooral gericht was op de gezondheidsverzekering en de preventie van handicaps bij kinderen, heeft het programma zich meer een meer ontwikkeld in de richting van Community Based Rehabilitation (CBR). Interessant hierbij is dat dorpsleiders deze ontwikkeling waarderen en actief ondersteunen. Het wijst erop dat het bewustzijn over alles wat komt kijken bij handicaps, toeneemt. Het voordeel van de Share & Care benadering is dat de betrokkenheid bij 'disability' zich op natuurlijke wijze heeft ontwikkeld vanuit de succesvolle gezondheidsinterventies die al bestonden. Er was al vertrouwen in die aanpak, waardoor gemeenschappen verder konden kijken dan hun al bestaande individuele en collectieve gezondheidszorgbehoeften. Het CBR programma van Karuna wordt erg gewaardeerd door de brede gemeenschap en haar leiders. De kracht van het programma zit in de integrale aanpak. Het programma richt zich niet alleen op kinderen met een handicap, maar beschouwt kinderen in hun omgeving. Bovendien probeert ze die omgeving te beïnvloeden richting inclusiviteit, en dat is het belangrijkste doel van CBR. Daarmee onderscheidt het programma van de Karuna Foundation zich van andere initiatieven op het gebied van CBR die meer kindgericht zijn en de omgeving buiten beschouwing laten.'

Master studente Tanja Mol (International Public Health, VU) deed in maart-juni 2012 een afstudeeronderzoek naar de verandering in kwaliteit van leven bij kinderen met een handicap. Daaruit bleek:

'Deze studie heeft de impact van CBR op individueel niveau voor kinderen met een handicap en hun families aangetoond. Voor het merendeel van de kinderen bracht CBR positieve veranderingen in hun leven. Maar hoewel de grootste veranderingen plaatsvonden op het gebied van fysieke gezondheid, werd de meeste verandering gevoeld in het contact met anderen, het toegenomen zelfvertrouwen en een grotere onafhankelijkheid. De kinderen hebben meer vriendjes en ervaren minder vooroordelen, ze gaan vaker naar school, voelen zich onafhankelijker en zijn positiever over hun toekomst'.





Preventie & Rehabilitatie project

*Planning workshop voor
de activiteiten in het
eerste jaar in Baklauri,
Sunsari*

Lokaal verankeren en verduurzamen van rehabilitatie en preventie

Doel van het Preventie en Rehabilitatie Programma is direct gericht op Karuna's missie (saving children from disability one by one) en is complementair aan het gezondheidszorg en rehabilitatiebeleid van de Nepalese overheid. De rehabilitatie- en preventieactiviteiten zijn vergelijkbaar met die van het Share&Care programma. Er is echter geen verzekeringscomponent bij opgenomen.

Uitvoering

Deze nieuwe strategie is eind 2011 ingezet in 3 nieuwe dorpen in Sunsari (Baklauri, Madhuvan en Dumraha) en 4 nieuwe dorpen Rasuwa (Lahare Pauwa, Bhorle, Dhaibung en Ramchhe). In deze dorpen is een overeenkomst aangegaan met het *Village Development Rehabilitation Committee*. Dit comité bestaat uit gemeenteambtenaren, gezondheidswerkers, ouders van kinderen met een handicap, leraren en politieke leiders.

In elk dorp is een *community based rehabilitation facilitator* geselecteerd en getraind. Deze persoon speelt een centrale faciliterende en leidende rol in het project als secretaris van het Committee. Daarnaast is hij verantwoordelijk voor de rehabilitatie van de kinderen in het betreffende dorp. Er zijn 266 kinderen met een handicap geïdentificeerd in deze Preventie en Rehabilitatiedorpen met allemaal een individueel behandelplan dat in overleg met ouders, artsen en rehabilitatiewerkers is opgesteld.

Resultaten 2012

- In de dorpen is een *community based rehabilitation facilitator* geselecteerd en getraind.
- Gemiddeld zijn in het eerste jaar 12-22% van de totale projectkosten (2200-5000 euro per dorp) door de gemeenschap gedekt. (zie tabel 3)

- Er is voor 258 kinderen met een handicap een behandelplan gemaakt dat in 2012 is uitgevoerd. De resultaten van de community based rehabilitatie component is weergegeven onder resultaten CBR op pagina 15

Ruim een jaar na de start van dit relatief nieuwe programma is na interne analyses geconcludeerd dat het succesvoller is op het gebied van financiële duurzaamheid dan gedacht, al verschilt dat per district. De prognose is dat het programma na 3 jaar in bijna alle dorpen (6 van de 7) zal worden voortgezet met uitsluitend lokale middelen. Hieronder is het financiële overzicht van gemiddelde inkomsten en uitgaven per district in het eerste jaar van het Preventie & Rehabilitatie programma te zien.

Tabel 3. Financieel overzicht van Preventie en Rehabilitatie dorpen

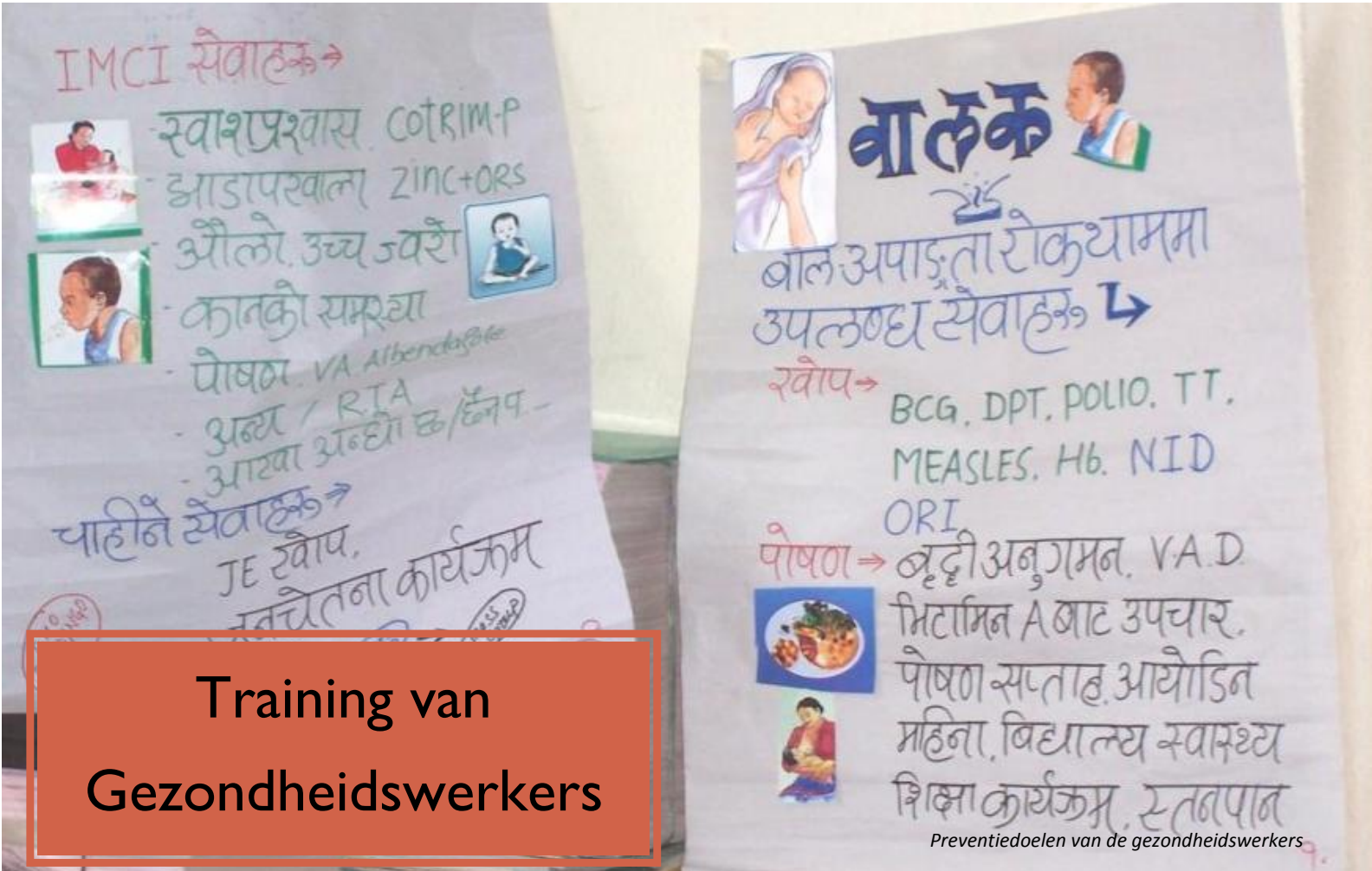
	Rasuwa gemiddelde van 4 dorpen		Sunsari gemiddelde van 3 dorpen	
Inkomsten				
Karuna Foundation Nepal	€ 1.958	88%	€ 3.818	80%
Village Development Committee Contribution	€ 270	12%	€ 1.004	20%
Women Development Office	€ 0	0%	€ 110	2%
TOTALE INKOMSTEN	€ 2.228	100%	€ 4.932	100%
Uitgaven				
Gezondheidsbevordering en preventie van handicaps	€ 453	25%	€ 858	21%
CBRCommunity based rehabilitatie	€ 1.009	55%	€ 2.910	72%
Support & implementatie kosten (training, workshops, administratie etc)	€ 379	20%	€ 283	7%
TOTALE UITGAVEN	€ 1.842	100%	€ 4.065	100%
Leningen	€ 98		€ 150	
Bank reserve	€ 288		€ 716	
Totaal met balans	€ 2.228		€ 4.932	

'As simple as it can be'

Hari Thapa, 14 jaar, woont in het dorp Madhuban in het tropische Sunsari District

Hari Thapa, een jongen van veertien, groeide vanaf zijn geboorte op in het huis van zijn oom. Zijn moeder had zowel een intellectuele achterstand als een beperking op het gebied van spraak. Vanwege haar omstandigheden en vanwege de armoede in zijn ooms huis, kwam hij vanaf zijn vroegste jeugd liefde en goede verzorging tekort. Dit alles leidde er ook toe dat hij kleine zaken stal op school, zoals boeken, schoenen, etc. Hij kwam hierdoor steeds meer alleen te staan. Toen hij ongeveer zeven was, stopte hij met school en zorgde voor het vee van de familie. Vanaf zijn elfde viel hij plotseling vaak flauw. De familie vond het niet erg belangrijk en besteedde er weinig aandacht aan. Maar door zijn klachten kwam hij in contact met het rehabilitatie comité in zijn dorp. Die verwees hem naar het ziekenhuis voor een goede diagnose. Daar werd epilepsie vastgesteld en medicatie voorgeschreven. Sindsdien zijn de aanvallen gelukkig gestopt. Door de aandacht en zorg wordt hij bovendien nu door zijn omgeving gezien als opgroeiende jongen met mogelijkheden, wat hem positief stimuleert. Ook is de situatie van het gezin nu duidelijk onder de aandacht van het Share&Care comité. Hoewel hij zijn school nog niet heeft opgepakt, heeft het rehabilitatie comité wel plannen om hem en zijn familie te motiveren zijn school te vervolgen in het nieuwe jaar.





Training van Gezondheidswerkers

Preventieprojecten gericht op vermijdbare handicaps

Doel van deze training is gedragsverandering en bewustwording van gezondheidswerkers. Het streven is hen bewust te maken van hun sleutelrol in het dorp voor de gezondheid van de inwoners. Door het zelf opzetten en uitvoeren van een preventieproject met een startkapitaal van Karuna (200 euro per project), krijgen de gezondheidswerkers de kans de risico's op het ontwikkelen van een handicap in hun dorp te verminderen. Dit startkapitaal genereert in de dorpen twee, drie of vier zoveel geld voor hetzelfde doel: preventieve zorg. In een dorp is er zelfs 6000 euro extra gegenereerd. De verantwoordelijkheid voor dit trainingsprogramma is in 2011 overgedragen aan de District Health Office van Kavre en van Sunsari die nu zorg dragen voor supervisie en continuering van de preventieprojecten.

Resultaten

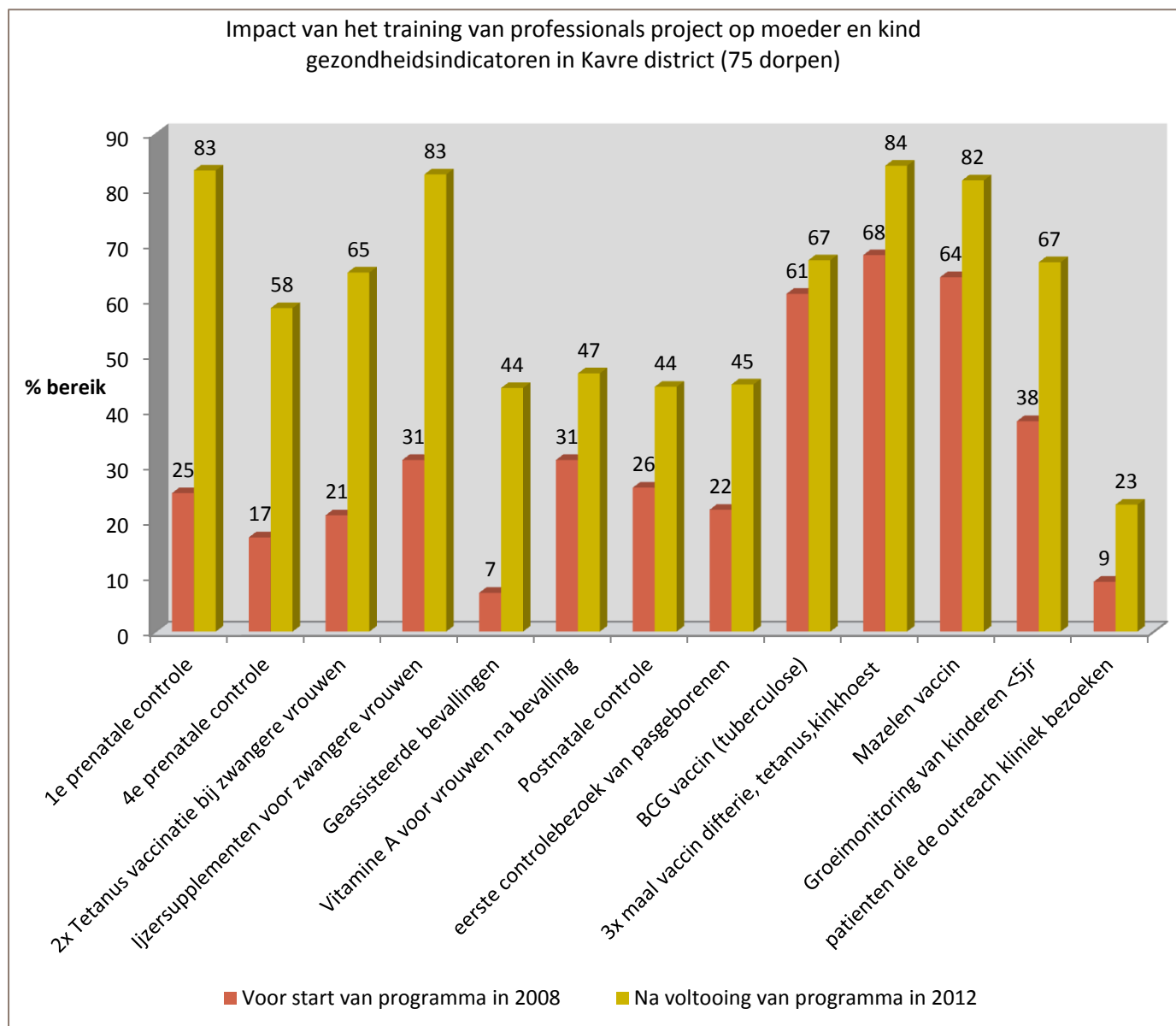
In 2012 zijn de inspanningen voor dit programma minimaal geweest. Er zijn prijzen uitgereikt voor de vijf beste preventieprojecten in Kavre. Deze projecten kregen extra investeringsgeld. Daarnaast zijn er nog twee geboortecentra opgezet. Verder zijn er supervisie bezoeken gedaan aan verschillende projecten.

Resultaten 2008-2012

- 457 gezondheidswerkers uit 150 verschillende dorpen in 3 districten zijn opgeleid in hoe handicaps voorkomen kunnen worden en hoe ze betere preventieve zorg in hun dorp kunnen bieden
- 150 Preventieprojecten zijn uitgevoerd door deze gezondheidswerkers. Deze projecten zijn uiteenlopend van aard: van bewustwordingscampagnes voor inenting tot weegschalen voor groeimonitoring van zuigelingen.
- 11 geboortecentra zijn opgezet waar vrouwen veilig kunnen bevallen.

De gezondheidsindicatoren (zie hieronder) zijn aanzienlijk verbeterd in de 150 dorpen waar Training of Professionals heeft plaatsgevonden, met name toename van prenatale controles, en patiëntenbezoek in buitenposten. De laatste moeder- en kindzorg data in het district Kavre wijzen op een blijvende positieve trend over de afgelopen jaren. Gebaseerd op interne berekeningen, kunnen we voorzichtig zeggen dat dankzij dit trainingsprogramma 750 pasgeborenen een veel grotere kans hadden gezond geboren te worden (en wellicht gezond zijn geboren) dankzij verbeterde prenatale zorg, geassisteerde bevallingen en babyzorg.

In de loop der jaren, is het Training of Professionals programma bijna ongemerkt een succes geworden. Het is echter belangrijk dat de huidige getrainde dorpen gemotiveerd blijven om preventie activiteiten voort te zetten. Hier zal Karuna Foundation het komende jaar aandacht aan blijven besteden.



Figuur 5 .Grafiek met de gegevens van moeder & kind gezondheidsindicatoren voor en na de preventieprojecten in Kavre district



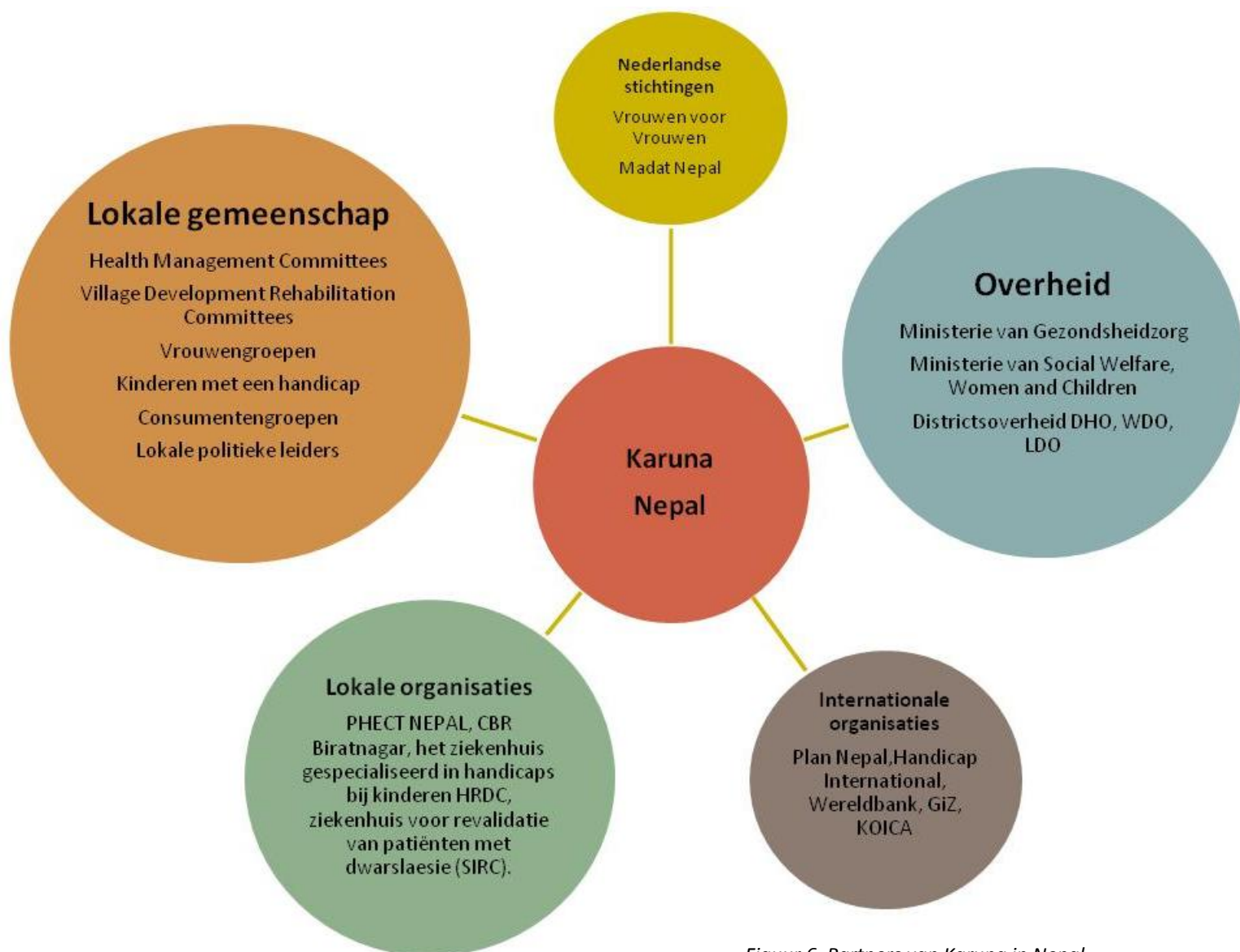
Coördinatie en Beïnvloeding

Het doel is door goede voorbeelden te geven en samen te werken met de desbetreffende lokale, districts- en nationale autoriteiten en (internationale) non-gouvernementele organisaties het beleid, inzet en attitude zodanig te veranderen dat:

1. Er zoveel mogelijk draagvlak en commitment voor Karuna's projecten ontstaat.
2. Iedereen toegang heeft tot adequate zorg, inclusief preventie en rehabilitatie
3. De Nepalese overheid praktische invulling kan geven aan het VN-Verdrag inzake de Rechten van Mensen met een Handicap, dat het land mede heeft geratificeerd.

Samenwerking

Karuna Foundation is ervan overtuigd dat door samenwerking met verschillende organisaties meer en betere resultaten behaald kunnen worden. Alleen samen kunnen we ons doel bereiken en andere organisaties helpen hun doelen te bereiken. Zo bereiken we een betere duurzame wereld voor iedereen. Voor goede samenwerking is het belangrijk dat je elkaar eerst goed leert kennen: je moet dingen samen meemaken en uitdagingen zijn aangegaan om elkaar echt te kunnen vertrouwen. De basis voor innovatie is vervolgens met een open blik samen ideeën uitwerken, deze uitvoeren, fouten maken, daarvan te leren en dan die ervaringen weer om te zetten naar nieuwe oplossingen. Vanzelfsprekend deelt Karuna alle opgedane kennis en ervaring met partners, organisaties, ondernemers en geïnteresseerden; ons doel is immers dat zoveel mogelijk kinderen gezond worden geboren en opgroeien, door wie of waardoor dat ook wordt bereikt, alsmede de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben voor hun ontwikkeling. Op de volgende pagina volgt een opsomming van alle partners en coalities in Nepal en in Nederland.



Figuur 6. Partners van Karuna in Nepal

Nepal

De belangrijkste samenwerkingspartners van Karuna Nepal zijn de lokale gemeenschappen en de overheid. In de lokale gemeenschappen zijn het de gezondheidszorgcomités (Health Facility Operation Management Committee) die beheerder en uitvoerder zijn van de zorgverzekeringscoöperaties, en de Rehabilitatiecomités (Village Development Rehabilitation Committees) die de Preventie&Rehabilitation programma's uitvoeren.

Het Ministerie van Gezondheidszorg en het Ministerie van Welzijn, Vrouwen en Kinderen zijn van belang voor coördinatie, afstemming en beïnvloeding van beleid.

De districtsautoriteiten (District Health Office) van Sunsari, Rasuwa en Kavre zijn belangrijk in de directe uitvoering en toewijzing van gelden.

Daarnaast zijn er een aantal belangrijke nationale en internationale partners met wie Karuna Nepal haar rehabilitatieactiviteiten coördineert: o.a. met Plan Nepal, PHECT NEPAL, Handicap International, CBR Biratnagar, het ziekenhuis gespecialiseerd in handicaps bij kinderen HRDC en het ziekenhuis voor revalidatie van patiënten met dwarslaesie (SIRC).

Nederlandse Stichtingen actief in Nepal waarmee wordt samengewerkt zijn Stichting Vrouwen voor Vrouwen die in Karuna's projectgebieden trainingen en gynaecologische vrouwenkampen uitvoert en Stichting Madat Nepal die bijdraagt aan betere gezondheidszorg door sanitatie- water en educatieprojecten in het district Kavre.

Nederland

- **Giesbers Groep.** Belangrijkste donateur is Giesbers Groep (in 2012 48% van de inkomsten). Giesbers Groep heeft ervoor gekozen steun te verlenen aan Karuna Foundation, een stichting die bij uitstek een ondernemende aanpak hanteert bij het uitvoeren van haar missie. Beide organisaties, de een profit en de andere non-profit, delen dezelfde bedrijfsfilosofie, zoals het opzetten van decentrale organisaties, een innovatieve, mensgerichte aanpak en voortdurende verbetering. Met haar initiërende, operationele en financiële steun aan de Karuna Foundation wil Giesbers Groep een bijdrage leveren aan de verbetering van de levensomstandigheden van kinderen met een handicap in ontwikkelingslanden. Ook hoopt zij hiermee andere ondernemers te inspireren soortgelijke initiatieven te ontwikkelen.
- Karuna Foundation is lid van '**Dutch Coalition for Disability and Development**', een organisatie die werkt aan inclusie en maatschappelijke deelname van mensen met een handicap in situaties van armoede en uitsluiting. Dit doet zij vanuit een perspectief van mensenrechten en solidariteit. De coalitie strijdt voor inclusie van personen met een handicap in de ontwikkelingssamenwerking. Door deze samenwerking heeft Karuna toegang tot een groter netwerk, expertise en potentiële partnerschappen. Daarnaast heeft Karuna door haar lidmaatschap van deze coalitie bekendheid kunnen geven aan haar inclusieve aanpak binnen algemene gezondheidszorg- en verzekeringsprogramma's.
- Ook is Karuna Foundation lid van het '**Health Insurance for the Poor Platform**' en van de kern group van het platform. Het platform organiseert regelmatig congressen en seminars en wisselt kennis uit over verzekeringssystemen voor de allerarmsten in ontwikkelingslanden.
- Karuna Foundation is lid van **Partos**, de Branchevereniging voor maatschappelijke organisaties

Resultaten

- Publicatie samen met ministerie van Women, Children and Social Welfare over disability
- Scenario en uitvoering Street drama: over Health Insurance, over de rechten en mogelijkheden van kinderen met een handicap en over preventie
- Consultancyopdracht uitgevoerd door Swiss Health Centre en Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (in opdracht van het Nepalese Ministerie van Gezondheidszorg) voor een onderzoek naar alle verzekeringsinitiatieven in Nepal, inclusief Karuna's Share&Care programma. Share&Care kwam als beste model uit de bus, met betrekking tot bereik, toegang tot zorg, financiële duurzaamheid en 'empowerment' [Publicatie: *Review of Community-based Health Insurance Initiatives in Nepal, december 2012, GIZ, in opdracht van Duitse Ministerie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling*]
- Het Nepalese Ministerie van Welzijn heeft samen met ontwikkelingsorganisaties waaronder Karuna nieuwe *Community Based Rehabilitation Guidelines* ontwikkeld. Deze staan op het punt door het Parlement te worden goedgekeurd.
- Country Director van Karuna Nepal, Deepak Sapkota zit in het Steering Committee van de National Health Insurance Platform dat het Ministerie van Gezondheidszorg informeert over Health Insurance beleid en implementatie. Andere organisaties die zijn vertegenwoordigd zijn de Duitse ontwikkelingsorganisatie GIZ, de Koreaanse ontwikkelingsorganisatie KOICA, de Wereldbank en de Wereldgezondheidsorganisatie.
- In december 2012 is de Career Expo georganiseerd door de Disability Working Group van de Association of International nongovernmental organisations Nepal. Zie volgende pagina voor uitgebreider verslag van dit event.

- Er hebben uitwisselingen en gesprekken plaatsgevonden met verschillende organisaties (HealthNet TPO, Wemos, PharmAccess, Liliane Fonds).
- Karuna heeft op uitnodiging van Stichting FEMI te Baarn in november 2012 een adviesbezoek gebracht aan het dorp Mtakuja, Tanzania waar genoemde stichting een integraal project uitvoert. Het is de bedoeling enkele principes en componenten van Karuna's Share&Care model nu ook in dit project te integreren. Op basis van de bevindingen en conclusies van dit bezoek worden er binnen Femi vervolggesprekken gevoerd over het invoeren van een coöperatief verzekeringssysteem in de regio Lower Moshi in Tanzania.
- In het vakblad Vice Versa van december 2012/januari 2013 heeft de directeur een artikel gepubliceerd over *inclusief leiderschap* in de ontwikkelingssector. Dit artikel is ook op de website van Karuna te vinden.

Career Expo

Kathmandu, 5 december 2012

Een belangrijke mijlpaal (in het kader van de Internationale dag voor Personen met een Handicap op 3 december 2012 die in het teken stond van het wegnemen van barrières om zo een samenleving voor iedereen te creëren) was de organisatie van een arbeidsmarkt voor mensen met een handicap in Kathmandu door 15 organisaties (bedrijven, non-gouvernementele organisaties, gehandicaptenorganisaties en overheid). Achter de schermen was Karuna de drijvende kracht. Meer dan 1500 mensen hebben het evenement bezocht en 500 mensen met een handicap hebben zich ingeschreven als werkzoekende. Diezelfde dag hebben een twintigtal mensen al een baan gevonden. Het streven is een flink aantal van de aangemelde mensen in de loop van 2013 van werk te voorzien. Het mooie van het initiatief was vooral het brede draagvlak van ontwikkelingsorganisaties, bedrijven, Kamer van Koophandel, werkgeversorganisatie, uitzendbureaus en overheden en de bewustwording die het heeft gebracht omtrent de mogelijkheden en rechten van mensen met een handicap. Er was veel aandacht voor de expo in alle dagbladen van Nepal.



Voortgang ontwikkeling Share & Care model

Share&Care lijkt de meest effectieve, integrale en duurzame strategie te zijn om onze doelstelling te bereiken. Niet de gemakkelijkste en zeker ook niet de snelste weg, maar wel de meest bestendige. Echter het model vertoont nog een aantal zwakheden, met name met betrekking tot management en structuur. In 2013 zal het Share&Care model verder worden aangescherpt, zodat het naar verwachting in de tweede pilotfase (2013-2018) kan worden gerepliceerd in een heel district in Nepal. Voor een succesvol model hebben wij de volgende indicatoren geïdentificeerd:

Financiële duurzaamheid

Van de dorpen die in 2009 zijn gestart, zijn vier van de vijf dorpen in het derde jaar financieel duurzaam gebleken. Het derde jaar (2011-2012) is cruciaal voor de financiële duurzaamheid. Niet alleen moet het aantal leden van het dorp minimaal 30-40% zijn, maar ook financiële toezeggingen vanuit de gemeente en het district moeten rond zijn voordat de overeenkomst voor de uitvoering in het vierde jaar wordt getekend. Alleen in het dorp Chapakori is het niet gelukt breed draagvlak voor Share&Care te creëren. In dit dorp zijn er onvoldoende lokale middelen beschikbaar om het project te continueren zonder de steun van Karuna. Afgezien van de inkomsten moeten de uitgaven onder controle zijn; dat wil zeggen geen excessief gebruik van de gezondheidszorgdiensten. Dit is in alle dorpen onder controle, al zijn er soms maandelijks schommelingen in het gebruik van bijvoorbeeld het laboratorium en claims voor ziekenhuisopnames.

De crux van succesvolle continuering is niet zozeer het gebrek aan geld, maar vooral het gebrek aan vertrouwen in zichzelf. De chairman *Health management committee* in Syafrubensi:

'We strongly believe in the importance of Share&Care for our community, but we still don't believe in our own power, confidence and capacity to mobilize enough resources for the program in the future.'

In 2013 zal Karuna nog meer moeten werken aan het versterken van dit vertrouwen en van de competenties van de comitésleden; dus nog meer training in leiderschap, coaching en ontwikkeling van competenties.

- + Bewezen resultaten in het mobiliseren van communities op het gebied van health insurance.
- + Door het verzekeringssysteem komen veel lokale financiële bronnen vrij die anders niet of op andere wijze besteed zouden worden. Maakt ook gebruik van financiële middelen en mankracht van de overheid.
- Ledenaantal nog niet op zodanig niveau dat duurzaamheid langdurig is gegarandeerd.
- Kennis over preventie en zorgverzekeringen is nog niet wijdverspreid en geïnternaliseerd bij de bevolking wat soms leidt tot overmatig gebruik van de voorzieningen (met name medicijnen) door leden en het niet lid worden door niet leden.

Kwaliteitsverbetering algemene gezondheidszorg, rehabilitatie en preventie

In vergelijking met de situatie vóór Share&Care is de kwaliteit van de gezondheidszorg beter. Inwoners zien hierdoor het belang in van Share&Care. Die kwaliteit van de algemene zorg en van het leiderschap van met name de gezondheidswerkers, is cruciaal voor een succesvolle continuering van Share&Care. Veel leden en niet-leden vinden dat de kwaliteit nog meer moeten toenemen om een toename van het aantal leden van Share&Care te bewerkstelligen. In 2013 is inzet op kwaliteit van zorg om die reden van groot belang. Karuna hoopt dit te bereiken door intensieve trainingen aan gezondheidswerkers en comitésleden en door verbetering van de structuur (zie hieronder).

Op het gebied van rehabilitatie is veel kwaliteitsverbetering zichtbaar. Waar vóór Share&Care geen aandacht was voor kinderen met een handicap, wordt nu actief aandacht besteed aan de verbetering van het leven van kinderen met een handicap. Binnen de meeste dorpen lijkt het een vanzelfsprekend onderdeel van Share&Care te worden. Doordat de kosten voor rehabilitatie worden gedeeld door de overheid en de mensen zelf is de kans op duurzaamheid van de rehabilitatieactiviteiten groot. Daarnaast is er in 2012 meer aandacht besteed aan het zichtbaar maken van de kwaliteiten van kinderen met een handicap en hun participatie binnen het gezin, op school en in de gemeenschap. We blijven op deze manier de voor onze missie zo belangrijke component 'community based rehabilitation' voortdurend verbeteren, ook in het komend jaar.

De kwaliteit van en aandacht voor preventie, door middel van voorlichting, bewustwording, en preventieve zorg, behoeft verbetering. De voornaamste reden is een gebrek aan mankracht en expertise binnen het Karuna team. Er zullen in 2013 een protocol, een concreet plan en indicatoren worden ontwikkeld zodat preventie een prominentere plaats krijgt binnen Karuna's werk.

- + Versterkt en werkt samen met bestaande gezondheidszorgsysteem van de overheid.
- + Door een integrale aanpak te hanteren zijn er veel belangen in het dorp die worden gediend. Het systeem dient de hele bevolking via algemene gezondheidszorg, en er is aandacht en zorg voor kinderen met een handicap en een zichtbare verbetering in hun omstandigheden.
- + Duidelijk is dat er in de S&C dorpen een sterke verbetering is in gezondheidszorg en er financiële bescherming is tegen zorgkosten. Het aantal patiënten dat dagelijks de gezondheidspost bezoekt is gestegen (4 x zoveel patiënten als voor de start van Share&Care).
- Gebrek aan goed ontwikkelde adequate preventiemaatregelen
- In sommige dorpen, gebrek aan professionele en met name patiëntvriendelijke zorg vanuit de gezondheidswerkers.

Effectieve structuur en management

Een goede (management) structuur is de basis voor beide bovengenoemde punten (financiële duurzaamheid en kwaliteit van de preventieve zorg en rehabilitatiediensten). De Share&Care structuur zoals we die nu hebben, met het *Health Management Committee* als uitvoerend orgaan van Share&Care (zonder uiteindelijke beslissingsbevoegdheid) werkt niet goed genoeg om te kunnen repliceren. Dit heeft de volgende redenen:

- Teveel afhankelijkheid van Karuna in meerdere opzichten. Aangezien het *health management committee* het uitvoerend orgaan van Share&Care is, maar deze door het huidige gezondheidszorgbeleid niet de uiteindelijke zeggenschap heeft, is het moeilijk het comité verantwoordelijk te houden.
- Daarnaast is het een vrijwillige taak van de lokale mensen en is de (financiële) verwachting hoog en het commitment laag. Buiten eer en goed werk leveren voor de gemeenschap, valt er voor hen financieel weinig uit te halen, iets wat ze veelal wel gewend zijn in samenwerking met buitenlandse organisaties.

Deze redenen blijken onvoldoende om mensen, op enkelen na, gemotiveerd te houden in de armoedige situatie van Nepal. Tijd is niet zozeer probleem, het is het niet nemen van verantwoordelijkheid. Tot slot zijn de management competenties van de plaatselijke comitéleden onvoldoende om dergelijk programma te runnen.

Conclusie is dan ook dat de structuur moet worden verbeterd en er leiderschapstrainingen moeten worden gegeven, zodanig dat de Health Worker en het lokale Health Management Committee hun verantwoordelijkheid vanzelfsprekend nemen en afleggen. Dat kan door met het Nepalese Ministerie van Gezondheidszorg afspraken te maken over het mandaat van dit comité, op zodanige wijze dat de verantwoordelijkheden over de basisgezondheidszorg daadwerkelijk bij dit plaatselijke gezondheidszorgcomité liggen. Daarnaast zal het District Health Office in de door Karuna ontwikkelde structuur een meer toezichthoudende rol krijgen in plaats van een uitvoerende rol. Tot slot zal door het oprichten en opleiden van effectieve coöperaties (consumer groups) in alle clusters van het dorp de druk op de gezondheidswerkers voor het leveren van goede kwaliteit worden opgevoerd.

- + Mensen zijn (vaak voor het eerst) georganiseerd, is er overleg, ze maken plannen, ze bereiden vergaderingen voor, ze evalueren behaalde resultaten. Ze leren, groeien en nemen verantwoordelijkheid stapsgewijs en met vallen en opstaan. Er is een goede samenwerking en coördinatie tussen mensen.
- Nog geen eenduidige bewezen structuur.
- Gebrek aan (langdurig) commitment van het health management committee en de lokale leiders
- Gebrek aan regelmatige open en transparante communicatie en verantwoording door het gezondheidszorgcomité over het verzekeringssysteem naar de leden/gemeenschap toe.

Karuna kritische succesfactoren

Op basis van de 5 jaar ervaring, zijn Karuna's 7 kritische succesfactoren voor duurzame 'community based health insurance' ontwikkeld:

1. Voldoende lokaal draagvlak. Analyseer de 'readiness' van de community, identificeer en beoordeel het leiderschap in de dorpen en train het leiderschap in *health insurance, accountability, transparency, communication and management skills* van het begin af aan door middel van coaching on the job, cursussen, leerbezoeken, etc.
2. Begin pas als er lokaal draagvlak is, dat wil zeggen als er lokale middelen zijn gegenereerd, zodat van het begin af aan duidelijk is dat steun maar tijdelijk is en de exit vast staat.
3. Voeg de kosten van transport en ziekenhuisopnames toe aan het pakket basiszorg (bijvoorbeeld tot een maximum van 150 euro per persoon per jaar), zodat de mensen financieel beschermd zijn tegen de financiële risico's van gezondheidszorg.
4. Zorg dat CBR& Prevention van het begin af aan in het systeem worden opgenomen zodanig dat ook deze componenten, als vanzelfsprekend, duurzaam zijn opgenomen.
5. Laat de mensen zelf betalen én beslissen over het pakket, de planning en het beheer: "for the people by the people". Creëer daartoe een goed opgeleid en functionerend gezondheidszorgcomité of organiseer op andere wijze feedback en betrokkenheid.
6. Subsidieer niet de premie, maar beperk de donaties tot hoognodige initiële investeringen in training, apparatuur en infrastructuur, waarbij altijd een flink deel van de kosten door de mensen zelf of door de overheid gegenereerd zal moeten worden, zodat er ook op dit punt meteen sprake is van *ownership*.
7. Werk van het begin af aan samen met de districtsoverheid en de gemeente; versterk ook hun capaciteit en zorg dat de beschikbare lokale gelden en mankracht ook daadwerkelijk besteed worden aan gezondheidszorg en verzekering.

Maatschappelijke relevantie

Karuna Foundation hecht veel belang aan het continu toetsen van haar aanpak en van haar toegevoegde waarde in de context waar ze werkt. Als er geen sprake is van toegevoegde waarde, met name vanuit het perspectief van de direct belanghebbenden, dan wijzigt Karuna haar strategie of zal ze haar interventie stopzetten. Dat laatste is door de opbouwde ervaring, zorgvuldige voorbereiding, aangepaste strategieën, en risicobeheersing in de loop der jaren steeds minder nodig gebleken.

Duidelijk is dat Karuna's inspanningen om zelfredzaamheid te bevorderen in toenemende mate worden gewaardeerd, zoals hieronder blijkt uit enkele citaten.

Panalal Chaudhary, Voorzitter van het gezondheidscomite van Share&Care in Madhesha

"Share&Care has proved to be a very important program as it has helped many people save their lives. I have been asking all my friends, relatives and neighbors to become a member."

Een lid van Share&Care in Mechchhe, Kavre district tijdens de ledencampagne:

"Along with protecting ourselves from financial risk, we are also earning good deeds. By becoming a member; we are also contributing for others."

Prem Tamang, Voormalig parlamentslid, uit de regio Rasuwa.

"There are many international development organisations in Rasuwa who conduct many programs all over the district but no program can succeed without regular coordination with the district authorities. Karuna foundation is one of the organisations in Rasuwa who are working in full coordination with the district level authorities. I have barely heard the names of others"

Een erkenning vanuit de Nederlandse samenleving met betrekking tot de maatschappelijke relevantie van het werk van Karuna, is te lezen in het juryrapport van de Jobenaprijs die Karuna in 2012 ontving.

'Het Jobenabestuur waardeert de expliciete exit-strategie die Karuna hanteert. De lokale gemeenschappen worden er vanaf het begin van doordrongen dat de steun van Karuna van tijdelijke aard is. En inderdaad staan drie van de zeven dorpen wat de gezondheidszorg betreft inmiddels al op eigen benen. Dat lukt Karuna omdat ze slim mensen en middelen van zowel de overheid als van de gemeenschap mobiliseert en die twee effectief aan elkaar verbindt; zo kan de steun van buitenaf inderdaad in de tijd gelimiteerd worden.'

En verder: *'Karuna sluit aan bij het bestaande gezondheidszorgsysteem van de overheid en laat dat systeem op wezenlijke punten beter werken. In alle zeven dorpen is de gezondheidszorg ook inderdaad substantieel verbeterd. Verder waardeert het Jobenabestuur in het Karunaconcept dat de lokale gemeenschap verantwoordelijkheid draagt en ook reële bevoegdheden heeft waar het gaat om het bepalen van het lokale*

gezondheidszorgbeleid. Reële bevoegdheden - dat is heel iets anders dan alle modieuze prietpraat over inspraak en participatie.'



René van de Stegge, oprichter van Karuna Foundation en voorzitter van het bestuur en Betteke de Gaay Fortman, directeur Karuna Foundation, tijdens de uitreiking van de Jobena prijs in november 2012

Ook door partners uit Nederland waarmee Karuna samenwerkt wordt haar maatschappelijke relevantie gezien.

Martin Teunissen, programmamedewerker Impulsis

'Impulsis ondersteunt Karuna al een flink aantal jaren. De laatste jaren heb ik de ontwikkeling van Karuna van dichtbij gezien, meegedacht en gediscussieerd over de volgende stappen. De sterkte van hun aanpak ligt erin dat ze uitgaan van wat er in Nepal al aanwezig is. Daar geven ze vervolgens met hun eigen visie invulling aan. Ze bouwen verder op een structuur die er al is. Daardoor heeft het project veel meer kans van slagen en is ook makkelijker opschaalbaar. In Nepal laat de overheid flink wat steken vallen als het gaat om gezondheidszorg. Mooi is dat je nu ziet dat de Wereldbank, de overheid en grotere ontwikkelingsorganisaties allemaal geïnteresseerd zijn in deze benadering. Karuna zit met al deze partijen aan tafel en krijgt de opdracht om de plannen op grotere schaal verder uit te werken.'

Ook uniek aan de aanpak van Karuna is dat mensen kritisch zijn op wat hen geboden wordt. Aangezien ze zelf moeten bijdragen aan het Share & Care programma, maar ook aan de rehabilitatie en preventie, worden ze kritisch op de gezondheidszorg die hen aangeboden wordt. Zo kan een gezondheidscomité in overleg met de dorpsbewoners nadenken over wat er in het verzekeringspakket moet zitten. De bewoners zijn bewuster van hun gezondheid en nemen verantwoordelijkheid voor de verzekeringen.'

Impulsis steunt Karuna omdat wij de bedrijfsmatige aanpak, die gericht is op de eigen verantwoordelijkheid van bewoners, heel belangrijk vinden. Karuna Nepal is als organisatie in de loop van de jaren gegroeid in capaciteit en kan de verantwoordelijkheden aan die ze op zich neemt. Karuna is bovendien een sterk lerende organisatie, ze staan open voor nieuwe ervaringen, en nemen adviezen ter harte. Karuna is echt een constant lerende organisatie.'

Karuna is zich ervan bewust dat er ook beperkingen en kritische meningen bestaan over haar werk en aanpak. Een veel gehoord punt vanuit collega-organisaties is de kleinschaligheid van het Share&Care programma en het feit dat 'Community Based Health Insurance' als model niet kan worden opgeschaald tot nationaal niveau. Daarnaast horen wij vanuit de dorpen de kritiek dat de kwaliteit van de zorg die door Share&Care is verbeterd, als onvoldoende wordt ervaren. Wij nemen deze kritiek serieus en nemen deze mee in de verbeteringen van onze strategieën.

Waarschijnlijk is er ook veel kritiek die ons niet ter ore komt vanuit de dorpen, de (lokale) overheden en andere belanghebbenden. We hopen dat ook u als lezer, donateur, of geïnteresseerde uw ideeën, suggesties of kritiek met ons wil delen, zodat onze activiteiten beter kunnen worden; alles ten dienste van het uiteindelijke doel: preventie van vermijdbare handicaps en een beter leven van kinderen met een handicap in ontwikkelingslanden.



Maatschappelijke invloed

Op alle niveaus probeert Karuna Foundation veranderingen te weeg te brengen die ten goede komen aan onze doelgroep. We proberen plaatselijke coöperaties en leiders te organiseren waardoor ze beter in staat zijn lokale middelen te genereren voor preventie en zorg. Daarnaast probeert Karuna Foundation het gedrag ten aanzien van kwetsbare groepen, met name kinderen met een handicap te veranderen door de kracht en het potentieel van deze kinderen zichtbaar te maken, in eerste instantie voor henzelf en hun familie, maar daarnaast binnen de hele gemeenschap.

Karuna Foundation wil hiermee een voorbeeld tonen aan de districtsoverheden en de nationale overheid. Met haar werk in de dorpen laat ze zien dat het mogelijk is (preventieve) zorg toegankelijk te maken voor iedereen, zonder onnodig hoge kosten. Karuna streeft ernaar dat de Nepalese overheid binnen enkele jaren een dergelijk zorgsysteem in het hele land zal invoeren.

Share&Care is daarom als repliceerbaar concept ontwikkeld en als voorstel voor replicatie in oktober 2012 ingediend bij het Nepalese Ministerie van Gezondheidszorg. Karuna Foundation maakt deel uit van de stuurgroep bij het ontwikkelen van het *'national health insurance beleid'* die naar wordt gehoopt in 2013 door het Parlement wordt goedgekeurd. Karuna is een van de partijen die is genomineerd voor het uitvoeren van de *'national health insurance pilot'* in een van de districten van Nepal de komende jaren.

Arthur Ten Have, Partner Ecorys Nederland en voorzitter van het Health Insurance for the Poor Platform (HIP Platform): *Een indicator voor de maatschappelijke invloed van Karuna in Nepal is dat ze zijn gevraagd om mee te denken over een nationaal gezondheidsverzekering systeem. Zo'n uitnodiging krijg je niet zomaar.'*

Franziska Fuerst, GiZ, Team Leader Health Sector Support Programme (HSSP), Nepal

'In Nepal Karuna Foundation is playing a crucial role in representing civil society organisations implementing community based health insurance schemes in the policy discussion around the planned National Health Insurance. The Health Sector Support Programme of Ministry of Health together with GiZ, very much appreciates this engagement as it adds the perspective and experiences of communities to the debate. Besides this, Karuna Foundation's commitment to and track record in, preventing childhood disability in Nepal, is impressive. The Foundation is a powerful advocate for community rehabilitation approaches.'

Ook in Nederland wil Karuna Foundation graag aansluiten bij en meedenken met andere organisaties en initiatieven.

Uit het juryrapport van de Jobena prijs (Stichting Socires): *'Het Karunaconcept heeft inmiddels echte en duurzame resultaten weten te boeken. Het Jobenabestuur meent dat dit concept wijde verbreiding en toepassing verdient. Het concept sluit ook op verrassende wijze aan bij actuele debatten ook in Europa en Nederland over public sector reform en de co-productie van publieke diensten, als gedeelde verantwoordelijkheid van overheid en lokale gemeenschap.'*

Stichting FEMI directeur Liesbeth Nagelkerke:

'Ook in Nederland zie ik de maatschappelijke invloed van Karuna toenemen. Karuna heeft een steeds belangrijkere rol in verschillende fora, zoals het Health Insurance Platform for the Poor en de Dutch Coalition on Disability and Development. Karuna's invloed is steeds groter geworden en zij wordt door steeds meer instanties als een serieuze partner gezien. Ook wordt haar aanpak door steeds meer organisaties interessant gevonden.'

Organisatie

Kernbegrippen in de ondernemingsvisie van Karuna Foundation zijn:

- ondernemende organisatie met decentrale structuur; 'for the people by the people'
- doordacht risicomangement
- transparante interne en externe communicatie over successen, maar ook over mislukkingen
- procesmatige aanpak en innovatieve oplossingen
- voortdurende verbetering als doel op zich
- transparantie

Voortdurende verbetering

'Learning by doing' is de slogan van alle Karuna medewerkers, maar ook van de leiders en inwoners van de dorpen waar we werken. Fouten maken is niet erg, mits je ervan leert. Leren is immers de basis voor nieuwe oplossingen. 'Ongoing improvement' noemen we dat. Dit vergt van alle medewerkers een kritische houding naar elkaar en een open blik naar buiten.

Risico Management

Karuna Foundation taxeert en analyseert op regelmatige basis risico's en communiceert hierover. Per definitie bevinden ontwikkelingsorganisaties zich in een zeer complexe omgeving met een breed scala aan onzekerheden. Onzekerheden die het behalen van doelstellingen in de weg kunnen staan. Door bekende en nieuwe risico's in beeld te krijgen neemt Karuna risico's op bewuste en op verantwoorde wijze en tracht ze kansen daarbij te benutten. De kunst is om de juiste balans te vinden in het nemen en beheersen van risico's. De belangrijkste risico's van Karuna Foundation zijn:

- a) Te weinig formele zeggenschap van lokale comités over de kwaliteit van de gezondheidszorgdiensten. Voor de duurzaamheid acht Karuna het essentieel dat de lokale gemeenschap zelf zeggenschap heeft over de diensten die daar geboden worden. Karuna blijft daarom inzetten op het verkrijgen van een formeel mandaat vanuit het Ministerie van Gezondheidszorg voor het lokale gezondheidscomité. Daarnaast ontstaat er direct eigenaarschap en een sterke stem omdat mensen zelf meteen financieel bijdragen. Een voorbeeld is dat in een van de dorpen er na flinke druk vanuit de bevolking en het gezondheidscomité, de District Health Officer niets anders kon doen dan de niet functionerende gezondheidswerker te vervangen.
- b) Afhankelijkheid van de Karuna staf voor de continuering van het programma. De motivatie en inspiratie vanuit Karuna is na 3 jaar nog nodig om het zelfvertrouwen en de actiegerichtheid van de lokale leiders op niveau te houden. Door veel in bestaande en nieuwe sleutelfiguren te investeren, zowel qua training als in de relatie en het vertrouwen, streeft Karuna ernaar dat de leiders steeds meer verantwoordelijkheden op zich nemen en ook meer vertrouwen in zichzelf krijgen. Je kunt nooit genoeg investeren in mensen en met name in vrouwen, is Karuna's credo.
- c) Corruptie. Zoals bekend is, is corruptie in ontwikkelingslanden op alle niveaus aan de orde van de dag. Karuna hanteert een transparant financieel systeem en voert externe accountantscontroles uit om het risico op zelfverrijking en corruptie te beperken. Daarnaast maakt financiële participatie door mensen zelf dat de kans op corruptie aanzienlijk minder wordt. Ook maakt Karuna het onderwerp bespreekbaar. Bij wanpraktijken wordt mensen de mogelijkheid gegeven zichzelf te corrigeren. Karuna leert gemeenschappen hoe ze dergelijke praktijken aan de orde kunnen stellen in openbare vergaderingen. Daarnaast wordt getracht de sociale cohesie te bevorderen. Door al deze inspanningen wordt de kans op corrupte handelingen aanzienlijk lager.

Organisatie in Nepal

Onder leiding van Deepak Raj Sapkota (Country Director) is Karuna Nepal uitgegroeid tot een team van twintig jonge, gecommitteerde, competente en veelal universitair opgeleide mensen die een groot gedeelte van hun werktijd in de dorpen doorbrengen.

Vaak weten zij uit eigen ervaring wat ziekte en armoede is en welke culturele aspecten een rol spelen in het dagelijks leven. Zij kunnen goed luisteren naar de behoeften en wensen van de lokale bevolking en deze vaststellen. Op basis daarvan brengen ze met eenvoudige middelen een blijvende verandering in arme lokale gemeenschappen op gang, die bovendien aansluit bij het lokale beleid.

Ondanks grondige voorbereidingen die voorafgaan aan hun dorpsbezoeken, is de praktijk vaak weerbarstig. Flexibiliteit en openheid zijn daarom de sleutel voor een goed proces. Het team heeft een lerende instelling, is overtuigd van de visie en filosofie van Karuna en zeer gemotiveerd arme gemeenschappen op weg te helpen. Ons kantoor is gevestigd in Baluwatar, Kathmandu. Tevens is er een klein regiokantoor in Inaruwa, Sunsari en in Dhaibung, Rasuwa.

Het Senior Management team van Karuna Nepal bestaat uit Deepak Sapkota (country director), Mandar Shikhar Banerjee (Programma Coördinator) Yogendra Giri (Operationeel Manager)

Molly Verdegaaal van Vrouwen voor Vrouwen, werkt met Karuna samen aan een gezondheidsproject voor vrouwen in de regio. Verzakkingen van de bekkenbodem vormen een veel voorkomend probleem in Nepal. Vrouwen voor Vrouwen en Karuna Nepal organiseren samen reizende klinieken voor vrouwen om deze problemen aan te pakken. *‘Het Karuna team is enorm enthousiast en gemotiveerd. We hebben de organisatie van het kamp inmiddels helemaal aan ze overgedragen. Dit jaar gaan we voor het eerst geen actieve rol meer spelen bij het kamp, behalve om te kijken of alles naar wens verloopt en om onderwijs te geven.’*



Betteke (algemeen directeur) en Deepak (country director Nepal)

Organisatie in Nederland

Karuna Foundation is in 2007 opgericht door René en Brigitte aan de Stegge. Via René aan de Stegge, directeur-eigenaar van Giesbers Groep, is Karuna Foundation verbonden met Giesbers Groep, onze belangrijkste sponsor. Sinds januari 2010 zijn de holding van Giesbers Groep en Karuna Foundation gehuisvest in hetzelfde pand in Arnhem. Afgezien van onze kantoorfaciliteiten, delen wij als twee verschillende organisaties, de een profit en de ander non-profit, dezelfde principes, zoals decentrale structuur, een ondernemende en mensgerichte aanpak en voortdurende verbetering.

De Nederlandse organisatie is ‘slank’ met 1 betaalde fulltime kracht, de directeur Betteke de Gaay Fortman, daarbij ondersteund door regelmatig professioneel advies van consultant Merel Schreurs. Daarbij leveren een aantal mensen, vaak vrijwillig, ondersteunende diensten en deskundige adviezen. Dit komt de kwaliteit van onze organisatie zeer ten goede.

Bestuur en directie

Karuna Foundation gaat uit van de volgende twee organisatie principes: Scheiding tussen functies besturen (bestuur) en uitvoeren (directie Nederland en directie Nepal); Optimale besteding van middelen; en optimale relaties met belanghebbenden.

Het eerste principe: scheiding tussen besturen en uitvoeren

Karuna heeft de toezichthoudende functie gescheiden van de uitvoerende functie.

Directie

Karuna heeft een directie bestaande uit de directeur: Betteke de Gaay Fortman. Zij is verantwoordelijk voor de uitvoering van de programma's en het leiden van de organisatie in Nederland en Nepal. Het bestuur ziet vanuit haar functie toe dat de leidinggevende taken en uitvoering plaatsvinden binnen de kaders die hiertoe zijn gesteld. De directeur is in dienst sinds april 2007. Zij legt minimaal ieder kwartaal financieel en inhoudelijk verantwoording af aan het bestuur middels rapportages. De directeur heeft in het bijzonder de taken om het beleid uit te voeren, de organisatie te coördineren en deze naar buiten te vertegenwoordigen. Daarnaast is de directeur verantwoordelijk voor de inhoudelijke en administratieve kwaliteitsbewaking en verantwoording. Zij reist hiervoor minimaal 4 keer per jaar naar Nepal.

Er is intensief en regelmatig overleg tussen de directie van Karuna Nederland, het team in Karuna Nepal. De algemeen directeur en de country director Nepal hebben via skype, email en telefoon vrijwel dagelijks contact over de operationele, strategische, financiële en beleidszaken. Dit leidt tot de gewenste aanpassingen in beleid en strategie. De korte lijnen en goede onderlinge relaties bevorderen discussie. Hierdoor blijven scherpte, kennis en gedrevenheid van alle betrokkenen groeien.

Bij benoemingen voor de uitvoerende en bestuurlijke taken binnen de Stichting letten we op professionaliteit, kennis, ervaring, en met name betrokkenheid. Nevenfuncties mogen niet leiden tot conflicterende belangen en moeten bij voorkeur van toegevoegde waarde zijn.

Nevenfuncties directeur in 2012

Betteke de Gaay Fortman	Penningmeester bestuur Dutch Coalition for Disability and Development. Voor de relevantie zie onder Samenwerkingspartners Nederland. (Onbezoldigd)
-------------------------	--

De beloning van de directeur volgt de adviesregeling Beloning Directeuren van Goede Doelen van VFI en de Code Wijffels. De beloning bedroeg in 2012 voor mevrouw E.L. de Gaay Fortman €73.710 (inclusief vakantietoeslag en pensioenlasten – 1,0 fte/12 maanden). Zie voor meer informatie de toelichting in de jaarrekening.

Bestuur

Het bestuur heeft tot taak toezicht te houden op het beleid, de uitvoering en op de algemene gang van zaken. Het bestuur kwam in 2012 vier keer bijeen. De bestuurders worden benoemd voor onbepaalde tijd. De bestuurders ontvangen geen beloning voor hun werkzaamheden en ook geen onkostenvergoeding. De voorzitter van het bestuur, R.T.T. aan de Stegge brengt minimaal een keer per jaar een bezoek aan Nepal, samen met de directeur.

Nevenfuncties Bestuursleden in 2012

R.T.T. aan de Stegge, Voorzitter	Directeur-eigenaar Giesbers Groep
Mr. A. Kasdorp, Secretaris	Voormalig advocaat/ partner bij Houthoff Buruma Commissaris bij Contender BV
H. Timmer, Penningmeester	Zelfstandig financieel controller

Het tweede principe: Optimale besteding van middelen.

Een van Karuna's sterke punten is kostefficiëntie. Met weinig middelen wordt veel bereikt. In de eerste plaats door de activiteiten te laten aansluiten op de lokale behoeften en door alle Karuna medewerkers en dorpsleiders erop te wijzen dat je als beheerder van publieke gelden altijd deze middelen moet beheren alsof het je eigen geld betreft. Daarnaast wordt deze kostefficiëntie bereikt door een veelvoud van lokale middelen te generen. Hierdoor is de continuïteit van de activiteiten in de dorpen, ook na de exit van Karuna, gegarandeerd. In een tijd waarin veel wordt gesproken over duurzaamheid en *aid efficiency* mogen we hier trots op zijn en we zullen ook in 2013 op deze kostefficiëntie blijven inzetten.



Financiën in het kort

Totaal

Inkomsten

Het totaal aan verwachte inkomsten in 2012 was € 409.691. Daarvan is ruim 10% minder ontvangen, met name door een aantal aanvragen die niet zijn goedgekeurd met als opgegeven reden dat de projecten al van start waren gegaan. Het tekort aan inkomsten kon zonder probleem worden gecompenseerd, omdat ook aan de uitgavenkant een vergelijkbaar bedrag kon worden bespaard.

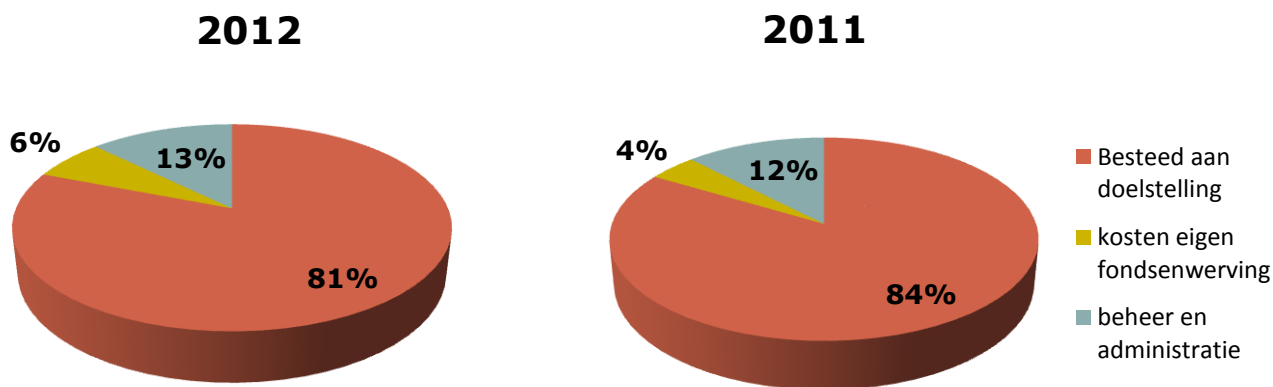
In 2012 zijn substantiële donaties ontvangen van Giesbers Groep (€170.000), Impulsis/ICCO (€60.000), Achmea Foundation (€66.624), Johanna Donk Grote Stichting (€2.500), Kootje Fundatiën (€2.500), alsmede van een aantal vermogensfondsen en particuliere donateurs.

Tabel 4. Inkomsten en uitgaven 2012				
Inkomsten	2012			2011
	werkelijk	% werkelijk tov begroot	begroot	werkelijk
Giesbers Groep	€ 170.000	97%	€ 175.000	€ 246.000
Impulsis (ICCO, Kerk in Actie, Edukans)	€ 60.000	100%	€ 60.000	€ 60.000
Achmea Foundation	€ 66.624	83%	€ 80.000	€ 0
Overige stichtingen/vermogensfondsen	€ 42.168	67%	€ 62.691	€ 14.600
Overige particulieren	€ 25.833	81%	€ 32.000	€ 24.085
Totale inkomsten	€ 364.625	89%	€ 409.691	€ 344.685

Uitgaven	2012			2011
	werkelijk	% werkelijk tov begroot	begroot	werkelijk
Besteed aan Doelstelling	€ 291.385	87%	€ 330.191	€ 316.033
Programma's in Nepal	€ 204.191	78%	€ 260.191	€ 232.577
Ondersteuningskosten	€ 83.365	119%	€ 66.000	€ 76.456
Overige projecten (DCDD, Partos)	€ 3.829	96%	€ 4.000	€ 7.000
Kosten eigen fondsenwerving	€ 23.175	95%	€ 27.500	€ 15.985
Beheer en administratie	€ 45.616	100%	€ 46.500	€ 46.344
Totaal besteed	€ 360.176	89%	€ 404.191	€ 378.362

Uitgaven

De totale begroting voor 2012 was € 404.191. Karuna Foundation heeft in totaal €360.176 uitgegeven, ruim 10% minder dan de begroting. Positieve reden hiervan is dat Karuna Nepal direct € 18.000 heeft ontvangen van de Duitse Ontwikkelingsorganisatie GIZ voor de uitvoering van Community Based Rehabilitatie werkzaamheden. Daarnaast zijn een aantal projectactiviteiten naar volgend jaar doorgeschoven. Immers het budget wordt alleen gebruikt als de activiteiten ook daadwerkelijk hebben plaatsgevonden en er ook lokale gelden zijn gegenereerd.



Figuur 7. Kostenverdeling uitgaven van Karuna Foundation Nederland

De kostenverdeling is als volgt: €291.385 is besteed aan de doelstelling, €45.616 aan beheer en administratie kosten zijn en €23.175 aan fondsenwerving. De kosten van fondsenwerving zijn in 2012 hoger dan in 2011. Dit heeft te maken met de kosten voor het maken van een film over de projecten in Nepal.

Er is €3.000 lidmaatschapsgeld betaald aan de Dutch Coalition for Disability and Development, als institutionele steun. Tevens heeft Karuna €829 euro betaald voor haar lidmaatschap van brancheorganisatie Partos.

Uitkomst staat van baten en lasten

Het jaar 2012 is afgesloten met een overschot van € 4.573. Dit overschot is toegevoegd aan de continuïteitsreserve. Na verwerking hiervan resteert een stichtingsvermogen van €15.498.

De stichting voldoet hiermee aan de eisen die de Vereniging Fondswervende Instellingen in Nederland in het kader van de Code Goed Bestuur heeft ontwikkeld

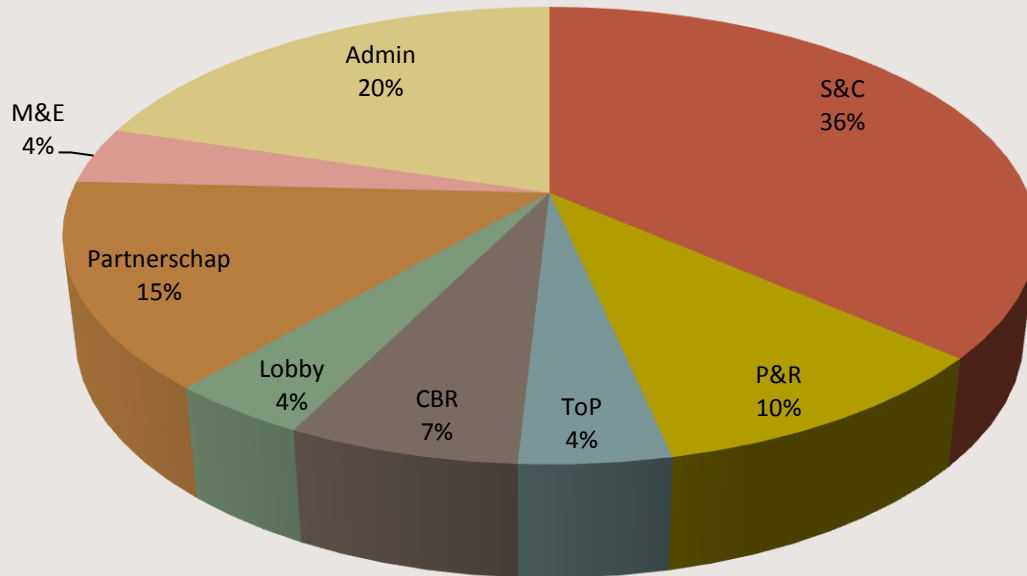
Het resultaat stemt tot tevredenheid, al realiseert de directie en het bestuur zich dat, indien Karuna Foundation op grotere schaal gaat werken, er een groter fonds/vermogen op de langere termijn gegarandeerd moet zijn.

Uitgaven in Nepal

In 2012 heeft Karuna Nederland een totaal bedrag van €204.191 overgemaakt aan Karuna Nepal. Daarnaast heeft Karuna Nepal een donatie van €18.000 van de Duitse ontwikkelingsorganisatie GiZ ontvangen voor het Preventie&Rehabilitatie programma.

De totale uitgaven van Karuna Nepal waren in het jaar 2012 23.833.980 NRS (226.990 euro), Deze uitgaven zijn verantwoord in de jaarrekening 2012 van Karuna Nepal, opgesteld door BRS Neupane & Co, een onafhankelijk accountantskantoor gelieerd aan Deloitte& Touche Tohmatsu. Een kopie van dit rapport is te downloaden via de website. Op de volgende pagina is een diagram te zien van de verdeling van de uitgaven van Karuna Nepal over de verschillende activiteiten.

Karuna Nepal Uitgaven 2012



Figuur 8. diagram met uitgaven van Karuna Nepal in 2012

Toelichting uitgave categorieën

S&C = Share&Care project (microverzekering)

P&R = Preventie en Rehabilitatie project

ToP = Training van Gezondheidswerkers project

CBR = Community Based rehabilitatie

Lobby = Coördinatie & beïnvloeding

Partnerschappen = kosten van activiteiten met partners (bv water & sanitatie, gezondheidskampen)

Training = Capaciteitsopbouw en training van partners in het veld

M&E = Monitoring en Evaluatie +training

Admin = Kosten van administratie, management en kantoor in Nepal



De Toekomst

In 2013 zal opschaling van Share&Care naar 50 dorpen in het district Ilam en van Preventie&Rehabilitatie naar 13 dorpen in het district Rasuwa grondig onderzocht en voorbereid worden.

Replicatieplan 2013-2018

Na 5 jaar hebben interne analyses en berekeningen en diverse externe evaluaties getoond dat er duurzame resultaten zijn behaald en er een realistisch en werkbaar model ligt dat gestoeld is op een decentrale structuur en een *bottom-up approach*.

Voor deze opschaling zal in 2013 een plan worden ingediend bij het Ministerie van Gezondheidszorg in Nepal.

Wat we in 5 jaar willen bereiken

- ❖ **Opschalen van Share & Care**, een coöperatief gezondheidszorgverzekeringssysteem, naar 50 dorpen in 1 geheel district van Nepal. Zij voeren volledig zelfstandig en met goed leiderschap, bestuur en financiële duurzaamheid de coöperatieve verzekering uit. De focus ligt op het versterken en toegankelijk maken van lokale gezondheidszorg. Ook voorlichting en preventie, onderwijs en rehabilitatie voor kinderen met een beperking en het vergroten van zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid zijn kernactiviteiten. Het project zal in fases worden uitgevoerd om risico's zo goed mogelijk te beheersen en tijdig bij te kunnen sturen. Doel is om 300.000 mensen met dit programma te bereiken waarvan 80.000 vrouwen van vruchtbare leeftijd, 35.000 kinderen onder de vijf jaar, 1800 kinderen met een handicap en 60.000 mensen in extreme armoede
- ❖ **Opschalen van Preventie & Rehabilitatie (P&R)** programma naar 13 dorpen in Rasuwa district Nepal. Doel is om dit programma duurzaam te integreren in lokale structuren. Het gaat om exact dezelfde werkzaamheden als bij Share&Care, maar zonder verzekering en met minder directe investering in de lokale gezondheidszorg. Het bereik is 45.000 mensen, van wie 12.000 vrouwen van vruchtbare leeftijd, 5.000 kinderen onder de vijf jaar en 270 kinderen met een handicap. Het is in eerste instantie volledig gefinancierd door de overheid, en na twee jaar dragen de ouders ook financieel bij.
- ❖ De overheid voert na bewezen succes beide modellen of een combinatie ervan in op grotere schaal in Nepal

Wat zijn de kosten de komende 5 jaar?

De totale kosten voor het programma zijn 12,5 miljoen euro.

Voor deze opschaling zullen de lokale bijdragen €7,5 miljoen zijn. Deze financiering komt van verschillende bronnen, namelijk premies van gezinnen, gemeentebesturen, districtsoverheden en de Nationale overheid.

De totale kosten die Karuna zal moeten investeren voor genoemde opschaling is €5 miljoen euro voor de periode 2013-2017. De ambitie is om deze 5 miljoen euro uit verschillende te verkrijgen vanuit vermogensfondsen, sociale investeerders en particuliere stichtingen die maatschappelijke impact nastreven, alsook vanuit de Postcodeloterij. Dit proces zal naar verwachting eind 2013 rond zijn.

Deze investeringen zullen globaal worden besteed aan:

- + 25% van de directe kosten van Share & Care
- 100% van de Indirecte kosten Share & Care
- 100% van de directe kosten van Preventie & Rehabilitatie.
- 100% van de kosten en ondersteuning van het landenkantoor in Nepal.
- 100% van de kosten voor aansturing, supervisie en monitoring vanuit Nederland

Focus in 2013

2013 zal het jaar worden van het bestendigen van het succes en het leggen van het fundament voor de opschalingfase.

- I. Afronding eerste fase (2008-2013) met als focus:
 - a. Bestendiging van de kwaliteit en de duurzaamheid van het rehabilitatie en preventiewerk in de dorpen.
 - b. Aanscherping en bewijsvoering van het model
- II. Overeenkomst met het Ministerie van Gezondheidszorg in Nepal en voorbereiding met betrekking tot de replicatie van Share&Care en Preventie&Rehabilitatie in de volgende pilotfase (2013-2018)
- III. Aangaan van partnerschappen (financiers en kennis) waarin Share&Care en Preventie&Rehabilitatie op grotere schaal (elk in een heel district) zullen worden uitgevoerd.
- IV. Operationele voorbereiding van de opschaling

De belangrijkste aandachtspunten die uit de praktijk naar voren zijn gekomen en die Karuna meeneemt in 2013 zijn:

- Met financiële duurzaamheid is nog geen algehele duurzaamheid gegarandeerd in de bestaande dorpen. Een flinke boost aan motivatie en technische ondersteuning blijft noodzakelijk de komende twee jaar.
- Voor het vasthouden van vertrouwen en het opbouwen van een betere toekomst voor arme mensen en gemeenschappen is het nodig dat leiderschap wordt ontwikkeld, verbeteringen in het systeem worden doorgevoerd, marketing en massacampagnes in de dorpen worden georganiseerd. Karuna zal in 2013 en 2014 een 'Training Academy' gaan opzetten zodat dorpsleiders, gezondheidswerkers en ambtenaren in de Karuna filosofie (zelfredzaamheid, verantwoordelijkheid nemen en afleggen, etc) zullen worden opgeleid.
- Karuna zal in 2013 trachten vanuit het Ministerie van Gezondheidszorg een mandaat te krijgen voor een meer decentrale Share&Care structuur met verantwoordelijkheid en zeggenschap bij de lokale comités. Daarnaast zal Karuna doorgaan met het opzetten van onafhankelijke consumentengroepen in de dorpen die de stem van de mensen vertegenwoordigen.
- De kwaliteit van de aangeboden zorg moet worden verbeterd om de bestaande leden vast te houden en nieuwe leden aan te trekken.
- Er moet meer aandacht worden besteed aan preventie van handicaps en ziekten en bewustwording op dit gebied.

Begroting en doelen 2013

In 2013 zullen de werkzaamheden in de bestaande dorpen in Nepal met hoge kwaliteit en intensiteit worden voortgezet. Hiervoor is een budget van € 159.000 gereserveerd. Daarnaast zullen enkele voorbereidende werkzaamheden voor de bovengenoemde opschaling worden uitgevoerd, voor een totaal gebudgetteerd bedrag van € 75.000. Het totale budget van Karuna Nepal komt hiermee op €234.000. De kantoorkosten in Nederland zijn op € 147.000 begroot. Daarnaast zal een externe 'Social Return on Investment' evaluatie worden uitgevoerd voor een gebudgetteerd bedrag van € 10.000.

Om alle plannen en activiteiten te kunnen uitvoeren, is het totaal budget voor Karuna door het bestuur vastgesteld op € 391.500. Van deze uitgaven zal 81% aan de doelstelling worden besteed, 14% aan beheer en administratie en 5% aan fondswerving. Naar verwachting zal het grootste deel van de begroting (90-

95%) ook daadwerkelijk worden uitgegeven, in tegenstelling tot voorgaande jaren waarin 15-20% gemiddeld minder werd uitgegeven dan begroot.

Tabel 5. Begroting 2013

Begroting uitgaven 2013

Budget voor doelstelling	€ 317.500
Reguliere bestaande programma's in Nepal	€ 159.500
Vorbereidingsactiviteiten voor Replicatie (2013-2017)	€ 85.000
Ondersteuningskosten vanuit Nederland	€ 76.000
Overige projecten (DCDD, Partos)	€ 7.000
Budget voor eigen fondsenwerving	€ 21.000
Budget voor beheer en administratie	€ 53.000
Totaal Begroot	€ 391.500

Verwachte inkomsten 2013

Giesbers Groep	€ 195.000
Impulsis (ICCO)	€ 50.000
Achmea Foundation	€ 80.000
Overige stichtingen/vermogensfondsen	€ 60.000
Overige particulieren	€ 12.500
Totale verwachte inkomsten	€ 397.500

De verwachte inkomsten zijn geschat op 397.500 euro, waarvan 195.000 (50%) van Giesbers Groep. 75% van de verwachte inkomsten zijn gegarandeerd. De overige inkomsten (25%) zullen naar verwachting via projectaanvragen bij bestaande en nieuwe organisaties worden gerealiseerd.

Verwachte mijlpalen 2013

- Ondertekening Overeenkomst met Ministerie van Gezondheid september 2013
- Andere financiers steunen Karuna: de financiering zal in december 2013 voor 50% rond zijn.
- Memorandum of Understanding met het nieuwe Share&Care district Ilam.
- Overeenkomsten met de 'Village Development Rehabilitation Committees' in 13 Preventie&Rehabilitatie dorpen in Rasuwa
- De lokale gemeente en het district financiert in het eerste jaar 25% van het budget .
- 500 kinderen met een handicap binnen de 14 Share&Care en Preventie&rehabilitatie dorpen hebben beter toegang tot zorg, onderwijs, participatie, opleiding en werk.
- Naar schatting 50 kinderen binnen Karuna's projectgebied worden gezond geboren door aanzienlijke vermindering van gezondheidsrisico's bij geboorte en vlak erna.



Jaarrekening 2012

Balans per 31 december 2012	41
Staat van baten en lasten over 2012	43
Kasstroomoverzicht	44
Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	45
Toelichting op de balans	47
Toelichting op de staat van baten en lasten	50
Controleverklaring	53

Balans per 31 december 2012

(na resultaatbestemming)

Activa		31 december 2012		31 december 2011	
		€	€	€	€
Vlottende activa					
Vorderingen	1				
Debiteuren	2	11.094		-	
Overige vorderingen en overlopende activa	3	2.381		2.765	
			13.475		2.765
<i>Liquide middelen</i>	4		15.902		20.836
			29.377		23.601

Passiva		31 december 2012		31 december 2011	
		€	€	€	€
Reserves en fondsen					
Continuïteitsreserve	5				
Bestemmingsreserve projecten	6	15.498		10.925	
	7	-		-	
			15.498		10.925
Kortlopende schulden					
Crediteuren	8	4.618		3.847	
Belastingen en premies sociale verzekeringen	9	2.785		2.588	
Overige schulden en overlopende passiva	10	6.476		6.241	
			13.879		12.676
			29.377		23.601

Staat van baten en lasten over 2012

		<u>Werkelijk 2012</u>		<u>Begroot 2012</u>		<u>Werkelijk 2011</u>	
		€	€	€	€	€	€
Baten							
Baten uit eigen fondsen-							
werving	11		364.625		409.691		344.685
Overige baten	12		124		-		105
Som der baten			<u>364.749</u>		<u>409.691</u>		<u>344.790</u>
Lasten							
	13						
Besteed aan doelstelling			291.385		330.191		316.033
Werving baten							
Kosten eigen fondsenwerving			23.175		27.500		15.985
Beheer en administratie							
Kosten beheer en administratie			45.616		46.500		46.344
Som der lasten			<u>360.176</u>		<u>404.191</u>		<u>378.362</u>
Saldo baten minus lasten			<u>4.573</u>		<u>5.500</u>		<u>- 33.572</u>

Bestemming saldo baten minus lasten 2012

Toevoeging/onttrekking aan:	
- continuïteitsreserve	4.573
- bestemmingsreserve projecten	-
	<u>4.573</u>

Kasstroomoverzicht

	2012		2011	
	€	€	€	€
Resultaat		4.573		-33.572
<i>Aanpassingen voor:</i>				
Afschrijvingen	-		1.787	
		-		1.787
<i>Verandering in werkkapitaal:</i>				
Vorderingen	- 10.710		50.761	
Kortlopende schulden	1.203		- 4.148	
		-9.507		46.613
Kasstroom uit operationele activiteiten		- 4.934		14.828
Resultaatbestemming	- 4.573		33.572	
Mutatie bestemmingsreserve projecten	-		-11.664	
Mutatie continuïteitsreserve	4.573		- 21.908	
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		-		-
Toename geldmiddelen		- 4.934		14.828
Het verloop van de geldmiddelen is als volgt:				
Stand per 1 januari		20.836		6.008
Mutatie boekjaar		- 4.934		14.828
Stand per 31 december		15.902		20.836

Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

Algemeen

De jaarrekening is opgesteld conform de Richtlijn 650 Fondsenwervende Instellingen.

Activiteiten

De activiteiten van Stichting Karuna bestaan uit het ondersteunen, al dan niet financieel, van activiteiten, programma's en projecten ter verbetering van de kwaliteit van leven van de kwetsbaren in onze wereld, met name kinderen met een handicap en hun families in ontwikkelingslanden.

Algemene grondslagen voor de opstelling van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld conform algemeen in Nederland aanvaarde grondslagen.

De waardering van activa en passiva en de bepaling van het resultaat vinden plaats op basis van historische kosten. Tenzij bij de desbetreffende grondslag voor de specifieke balanspost anders wordt vermeld, worden de activa en passiva opgenomen tegen nominale waarde.

Baten en lasten worden toegerekend aan het jaar waarop ze betrekking hebben. Baten worden slechts opgenomen voor zover zij op balansdatum zijn gerealiseerd. Verplichtingen en lasten die hun oorsprong vinden voor het einde van het verslagjaar, worden in acht genomen indien zij voor het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

Grondslagen voor de waardering van activa en passiva

Materiële vaste activa

De materiële vaste activa worden gewaardeerd op verkrijgingsprijs, verminderd met de cumulatieve afschrijvingen en indien van toepassing met bijzondere waardeverminderingen. De afschrijvingen worden gebaseerd op de geschatte economische levensduur en worden berekend op basis van een vast percentage van de verkrijgingsprijs, rekening houdend met een eventuele residuwaarde. Er wordt afgeschreven

vanaf het moment van ingebruikneming.

Financiële vaste activa

De onder overige financiële vaste activa opgenomen vorderingen worden gewaardeerd tegen nominale waarde onder aftrek van noodzakelijke geachte voorzieningen.

Vorderingen

Vorderingen worden gewaardeerd tegen nominale waarde onder aftrek van noodzakelijk geachte voorzieningen voor oninbaarheid. De voorzieningen worden bepaald op basis van individuele beoordeling van de vorderingen.

Continuïteitsreserve

De continuïteitsreserve is bedoeld om in voorkomend geval gewenst door het Bestuur de verplichtingen naar derden en naar eigen personeel te kunnen nakomen. De continuïteitsreserve dient als “buffer” bij tegenvallende inkomsten of onverwachte calamiteiten om zo het activiteitsniveau gedurende enige tijd te kunnen handhaven. De omvang van de continuïteitsreserve wordt jaarlijks door het Bestuur vastgesteld.

Bestemmingsreserve

De bestemmingsreserve is gevormd om tot uitdrukking te brengen welk deel van het besteedbaar vermogen reeds bestemd is voor specifieke bestedingsdoeleinden. De omvang en de bestedingsdoeleinden worden ieder jaar door het Bestuur vastgesteld.

De looptijd van de subsidies en fondsen bestemd voor de projecten is maximaal een jaar. Het bestuur acht het niet noodzakelijk een bestemmingsreserve op te bouwen zolang de te verwachten inkomsten een stabiel karakter hebben en de schaalgrootte dit niet vereist.

Toelichting op de balans

Flottende activa

1 Vorderingen

	<u>31-12-2012</u>	<u>31-12-2011</u>
	€	€
2 <i>Debiteuren</i>		
Nominale waarde	11.094	-

Een voorziening voor oninbaarheid wordt niet noodzakelijk geacht.

3 *Overige vorderingen en overlopende activa*

Lening u/g	-	1.443
Rente	122	2
Nog te ontvangen donaties	450	-
Vooruitbetaalde kosten	1.809	1.320
	<u>2.381</u>	<u>2.765</u>

4 Liquide middelen

Rabobank, verenigingspakket	5.798	20.734
Rabobank, spaarrekening	10.000	-
ASN Bank, sparen	104	102
	<u>15.902</u>	<u>20.836</u>

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van de stichting.

5 Reserves en fondsen

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€

6 *Continuïteitsreserve*

Stand per 1 januari	10.925	32.833
Uit bestemming saldo baten minus lasten	4.573	- 21.908
Stand per 31 december	<u>15.498</u>	<u>10.925</u>

7 *Bestemmingsreserve projecten*

Stand per 1 januari	-	11.664
Uit bestemming saldo baten minus lasten	-	- 11.664
Stand per 31 december	<u>-</u>	<u>-</u>

8 Kortlopende schulden

	<u>31-12-2012</u>	<u>31-12-2011</u>
	€	€
<i>9 Belastingen en premies sociale verzekeringen</i>		
Loonheffing	<u>2.785</u>	<u>2.588</u>
<i>10 Overige schulden en overlopende passiva</i>		
Vakantiegeldverplichting	2.993	2.925
Accountantskosten	3.200	3.200
Overige	283	116
	<u>6.476</u>	<u>6.241</u>

Niet in de balans opgenomen activa en verplichtingen

Huurverplichting

De huurverplichting per 31 december 2012 bedraagt € 15.980 op jaarbasis, waarvan € 11.375 wordt doorberekend.

Toelichting op de staat van baten en lasten

	Werkelijk 2012 €	Begroting 2012 €	Werkelijk 2011 €
11 Baten uit eigen fondsenwerving			
Neder Rijn Holding B.V./Giesbers Groep B.V.	170.000	175.000	246.000
Impulsis/ ICCO	60.000	60.000	60.000
Achmea Foundation	66.624	80.000	-
Dr. Hofstee Stichting	-	15.000	7.500
Fred Foundation	-	-	4.600
Johanna Donk Grote Stichting	2.500	2.500	2.500
Stichting Jobena	10.000	-	-
Stichting Madat Nepal	15.191	15.191	-
Overige vermogensfondsen	14.477	30.000	-
Overige particulieren	25.833	32.000	24.085
	<u>364.625</u>	<u>409.691</u>	<u>344.685</u>
	=====	=====	=====
12 Overige baten			
ASN sparen	5	-	105
Rabobank spaarrekening	119	-	-
	<u>124</u>	<u>-</u>	<u>105</u>
	=====	=====	=====

De baten uit eigen fondsenwerving bedragen in 2012 € 45.066 minder dan begroot. Dat is te verklaren door de afwijzing van 2 aanvragen bij vermogensfondsen, met als belangrijkste reden dat de projecten al van start waren gegaan. Voor een nadere toelichting verwijzen wij naar het jaarverslag.

13 Lasten

Bestemming	Besteed aan doelstelling	Werving baten eigen fondsenw.	Beheer en admini- stratie	Totaal 2012	Begroting 2012	Totaal 2011
	€	€	€	€	€	€
Karuna Nepal	204.191	-	-	204.191	260.191	232.577
Ondersteuningskosten						
Karuna Nepal en Nederland	13.249	11.655	-	24.904	17.500	19.458
Project Sathsathai	-	-	-	-	-	2.000
Project Bangladesh	-	-	-	-	-	2.000
Project DCDD	3.000	-	-	3.000	3.000	3.000
Project Partos	829	-	-	829	1.000	3.000
PR-kosten	-	6.826	-	6.826	8.050	1.503
Reis- en verblijfkosten	16.228	549	3.297	20.074	14.000	17.301
Personeelskosten	53.888	4.145	24.872	82.905	82.250	80.250
Huisvestingskosten	-	-	4.933	4.933	4.500	4.897
Administratie- en accountantskosten	-	-	6.368	6.368	6.500	6.408
Kantoorbenodigdheden	-	-	-	-	900	-
Telefoon, fax, internet	-	-	1.426	1.426	1.400	1.386
Trainingen	-	-	2.409	2.409	2.000	3.335
Bankkosten	-	-	780	780	1.000	860
Overige organisatiekosten	-	-	1.531	1.531	1.900	1.482
Afschrijving inventaris	-	-	-	-	-	105
Afschrijving website	-	-	-	-	-	1.682
Kosten website	-	-	-	-	-	-
	<u>291.385</u>	<u>23.175</u>	<u>45.616</u>	<u>360.176</u>	<u>404.191</u>	<u>378.362</u>

De uitgaven van Karuna Nepal zijn € 56.000 minder dan begroot. Daarvoor zijn 2 redenen: De Duitse Ontwikkelingsorganisatie GiZ heeft €18.000 direct aan Karuna Nepal gedoneerd. Daarnaast zijn de kosten voor een aantal activiteiten naar het volgende jaar doorgeschoven in verband met vertraging in de uitvoering. Immers Karuna Foundation besteedt het geld voor activiteiten pas de activiteiten daadwerkelijk plaatsvinden en er voldoende lokale middelen zijn gegenereerd.

De ondersteuningskosten voor Karuna Nepal en Nederland zijn € 7.404 hoger dan gebudgetteerd. Een evaluatieonderzoek was niet opgenomen in de begroting. Daarnaast was meer inzet vereist van een externe consultant.

De reis- en verblijfkosten zijn € 6.074 hoger dan begroot door een extra advies -en leer reis naar Tanzania.

Gemiddeld aantal werknemers

Gedurende het jaar 2012 was er gemiddeld 1 werknemer in dienst op basis van een volledig dienstverband (2011: 1).

De salariskosten van de directeur bedragen in 2012 € 82.905, als volgt gespecificeerd:

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	€	€
Bruto salaris	69.278	69.048
Sociale lasten	9.127	6.819
Pensioenpremie	4.500	4.500
	<u>82.905</u>	<u>80.368</u>

De personeelskosten van de directeur zijn toegewezen op basis van de bestede tijd aan de doelstelling, fondsenwerving en beheer en administratie.

- Doelstelling 65%
- Beheer en administratie 30%
- Fondswerving 5 %

Percentage kosten besteed aan de doelstelling t.o.v. totale baten

Het percentage kosten besteed aan de doelstelling over 2012 bedraagt 79,9% (2011: 91,7%).

De daling van het percentage is te verklaren doordat in 2011 sprake is van een positief saldo van de baten minus lasten en in 2010 daarentegen sprake was van een negatief saldo van de baten minus lasten

Kostenpercentage totale fondsenwerving

Het kostenpercentage totale fondsenwerving over 2012 bedraagt 6,4% (2011: 4,6%).

In 2012 heeft Stichting Karuna een promotiefilm gemaakt over haar werk. Deze incidentele last zorgt voor de stijging van het percentage in 2012. Voor 2013 verwachten wij dat de verhouding tussen de kosten van fondsenwerving en de opbrengsten gelijk zal zijn aan de verhouding in 2011.

Kosten beheer en administratie

Kosten van beheer en administratie zijn die kosten die de stichting maakt in het kader van de administratievoering, huisvesting en interne beheersing en niet worden toegerekend aan de doelstelling of de werving van baten.

Arnhem, 25 juni 2013



Drs. E.L. de Gaay Fortman, directeur

Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Aan de directie van Stichting Karuna,

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit rapport op pagina 43 tot en met 51 opgenomen jaarrekening 2012 van Stichting Karuna te Arnhem gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de balans per 31 december 2012 en de staat van baten en lasten over 2012 met de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

Verantwoordelijkheid van het bestuur

Het bestuur van de stichting is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede voor het opstellen van het jaarverslagen, beide in overeenstemming met de Richtlijn voor de jaarverslaggeving Fondsenwervende Instellingen (RJ 650). Het bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. We hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse controlestandaarden. Dit vereist dat wij voldoen aan de voor ons geldende ethische voorschriften en dat wij onze controle zodanig plannen en uitvoeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten.

Bij het maken van deze risico-inschattingen neemt de accountant de interne beheersing in aanmerking die relevant is voor het opmaken van de jaarrekening en voor het getrouwe beeld daarvan, gericht op het opzetten van controlewerkzaamheden die passend zijn in de omstandigheden. Deze risico-inschattingen hebben echter niet tot doel een oordeel tot uitdrukking te brengen over de effectiviteit van de interne beheersing van de stichting. Een controle omvat tevens het evalueren van de geschiktheid van de gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van de door het bestuur van de stichting gemaakte schattingen, alsmede een evaluatie van het algemene beeld van de jaarrekening.

Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is om een onderbouwing voor ons oordeel te bieden.

Oordeel betreffende de jaarrekening

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting Karuna per 31 december 2012 en van het resultaat over 2012 in overeenstemming met de Richtlijn voor de jaarverslaggeving Fondsenwervende Instellingen (RJ 650).

Verklaring betreffende andere wettelijke voorschriften en/of voorschriften van regelgevende instantie.

Op grond van de wettelijke verplichting ingevolge artikel 2:393 lid 5 onder f BW melden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening zoals vereist in artikel 2:391 lid 4 BW.

Twello, 25 juni 2013

Schimmel & Plante Accountants en Belastingadviseurs

Origineel getekend door J.A. Schutte RA

Hietweideweg 4
7391XX Twello
Postus 80
7390AB Twello

Telefoon 0571 273355
Fax 0571 275318
E-mail info@sptwello.nl
Internet www.sptwello.nl

Dit jaarverslag is een uitgave van Karuna Foundation en is geschreven en samengesteld door Betteke de Gaay Fortman en Merel Schreurs, met dank aan Karuna Nepal. Journaliste Janneke Juffermans heeft interviews gehouden met belanghebbenden en de teksten herzien.

25 Juni 2013

Karuna Foundation Nederland

Zijpendaalseweg 53a

6814 CD Arnhem, Nederland

T +31-26-3553198

E info@karunafoundation.nl

W www.karunafoundation.nl

Karuna Foundation Nepal

Baluwatar, Gate no 3, Kathmandu, Nepal

T +977-1-4410687/4413340

F +977-1-4413719

E info@karunafoundation.com

W www.karunafoundation.com

