

**Beleidsnotitie HIV/aids en seksuele en reproductieve gezondheid
en rechten (srgr) in het buitenlands beleid**

Keuzes en Kansen

November 2008

INHOUDSOPGAVE

	INLEIDING	1
1.	URGENTIE	3
2.	UITDAGINGEN	8
3.	NEDERLANDSE MEERWAARDE	13
4.	NEDERLANDSE INZET	16
	4.1 Vergroten van politieke betrokkenheid	17
	4.2 Multi-sectorale aanpak	19
	4.3 Strategische partners	23
	4.4 Financieel instrumentarium	24
	4.5 Monitoren en evaluatie	25

INLEIDING

In 2008 is opnieuw mondiaal de balans opgemaakt van de aidsepidemie. Er is vooruitgang geboekt in termen van het aantal mensen dat behandeling krijgt, er sterven minder mensen aan aids en de groei van de epidemie is in een aantal landen aan het afvlakken. Maar de algemene conclusie is dat de wereldgemeenschap te weinig heeft gedaan en te laat heeft gereageerd. We zijn realistischer geworden met betrekking tot de factoren die de epidemie in stand houden en realiseren ons steeds beter de sociale en economische gevolgen ervan. In feite hebben we de moeilijkste opgave nog voor ons: het hoofd te bieden aan de ongemakkelijke waarheid dat de verspreiding van aids niet uitsluitend teruggevoerd kan worden op individuele keuzes en gedrag; kwetsbaarheid wordt mede gedefinieerd door de culturele, juridische en sociale context. Aids brengt als geen andere ziekte de breuklijnen en spanningen in samenlevingen scherp aan het licht. Tegelijkertijd danken wij aan de aids respons belangrijke aanwijzingen voor de te volgen koers. Universele toegang¹ vereist dat we ons richten op de bestrijding van genderongelijkheid en van stigma en discriminatie van kwetsbare groepen; dat we de mensen om wie het gaat serieus betrekken bij ons werk; dat alle sectoren van de samenleving hun verantwoordelijkheid nemen; en dat de systemen van gezondheidszorg versterkt worden. In 2007 en 2008 is ook de balans opgemaakt met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgr). De conferenties “Women Deliver” en “Countdown to 2015 for MDG 4 & 5” waren mijlpalen. Er blijkt vooral vooruitgang geboekt te zijn in de gezondheidssituatie van kinderen. Ondanks successen in verschillende landen zijn vrouwen in Sub-Sahara Afrika en in Zuid Azië er nauwelijks op vooruit gegaan; daar blijven de cijfers met betrekking tot ziekte en sterfte in verband met zwangerschap en bevalling - inclusief onveilige abortus – onaanvaardbaar hoog.

Naast hoge sterfte hebben veel ontwikkelingslanden te maken met een hoge bevolkingsgroei. Bij het uitblijven van maatregelen zal de bevolking van Afrika in de komende 40 jaren verdubbelen van bijna 1 tot bijna 2 miljard mensen en daarmee de beperkte hulpbronnen nog zwaarder belasten. Sinds de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling van 1994², die de nadruk legde op individuele keuzevrijheid met betrekking tot het kindertal, is de aandacht voor deze zorgwekkende trend verslapt. Hoge bevolkingsgroei, omvangrijke jonge bevolking en hoge moedersterfte stellen de wereldgemeenschap voor enorme uitdagingen: voorzien in de – nog grotendeels latente, maar sterk groeiende - behoefte aan seksuele voorlichting en voorbehoedsmiddelen en vooral in universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid. Doorbreking van het heersende taboe rondom seksualiteit van jongeren, evenals bestrijding van seksueel misbruik en geweld tegen vrouwen zijn daartoe vereisten.

Het inzicht in het complex van factoren dat ten grondslag ligt aan de verspreiding van aids, aan ongewenste zwangerschappen en de voortdurend hoge moeder- en zuigelingensterfte is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen. We weten wat er gedaan moet worden en waar de kansen en uitdagingen liggen. Elk land heeft te maken met zijn eigen specifieke uitdagingen en zal daarop zijn eigen politieke antwoorden moeten formuleren. Het recht op gezondheid vereist politieke daadkracht en de inzet van alle sectoren. Maatschappelijke organisaties

¹ De internationaal overeengekomen doelstelling luidt: “Universal Access to HIV prevention, treatment, care and support by 2010” zie tekstbox.

² In deze notitie wordt het actieprogramma van de Wereld Bevolkingsconferentie van 1994 ook wel kortweg met ‘de Cairo agenda’ aangeduid.

spelen een belangrijke rol in het afdwingen van adequaat overheidsbeleid. Maar ook volksvertegenwoordigers, werkgevers, vakbonden, scholen, kerken en het justitieapparaat moeten verantwoordelijkheid nemen.

Het tegengaan van de schending van mensenrechten in relatie tot HIV en aids en seksuele en reproductieve gezondheid, en het substantieel vergroten van de toegang tot preventieve maatregelen vormen de rode draad van de Nederlandse inzet. Versterking van politiek leiderschap, van de rol en positie van vrouwen, van het stelsel van gezondheidszorg, van de betrokkenheid van de publieke en private sectoren en van de samenwerking tussen de verschillende actoren zijn voorwaarden voor het bereiken van de doelstellingen. We maken daarbij heldere keuzes gebaseerd op de specifieke meerwaarde van Nederland. In Sub-Sahara Afrika vormt de Caïro agenda vijftien jaar na dato nog steeds een urgente uitdaging. De gevaren die de dubbelepidemie van injecterend drugsgebruik en HIV in Oost Europa en Azië met zich meebrengt mogen niet genegeerd worden. In Noord Afrika, het Midden-Oosten en Azië staat vooral de achtergestelde positie van vrouwen het bereiken van de millennium ontwikkelingsdoelen in de weg.

Met de Verenigde Staten en regeringen van Latijns-Amerika en Europa gaat het in de politieke dialoog met name om de rechten van jongeren en seksuele minderheden en om preventie van onveilige abortus.

Deze notitie begint met een schets van de urgentie en omvang van de problematiek (hoofdstuk 1). Vervolgens wordt stilgestaan bij een aantal actuele uitdagingen en nieuwe inzichten die relevant zijn voor een effectieve respons (hoofdstuk 2). De reflectie op de meerwaarde die Nederland heeft om een effectieve aanpak mede gestalte te geven (hoofdstuk 3) is bepalend voor de nieuwe accenten in het beleid. Deze worden in hoofdstuk 4 nader uitgewerkt.

1. URGENTIE

Genderongelijkheid is een van de voornaamste onderliggende oorzaken van kwetsbaarheid voor HIV. De aidsepidemie kan in feite niet begrepen worden, noch effectieve tegenmaatregelen ontwikkeld, zonder rekening te houden met de fundamentele invloed van gender op de verspreiding van de ziekte, zijn impact en het succes van preventie. In Sub-Sahara Afrika is sprake van toenemende feminisering van de aidsepidemie. Met name in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar is 76 % van degenen die met HIV leven vrouw, in sommige landen oplopend tot 85%. Onderzoek in Botswana en Swaziland heeft aangetoond dat vrouwen in situaties van voedseltekort 80 % meer kans lopen om seks als overlevingsstrategie te gebruiken. Voor miljoenen meisjes gaat de eerste seksuele ervaring gepaard met dwang of geweld. Vrouwen in langdurige relaties riskeren geweld wanneer ze aandringen op condoomgebruik. Weduwen worden gediscrimineerd in het eigendomsrecht en het erfrecht. Als er al wetten tegen discriminatie en geweld tegen vrouwen bestaan, is de handhaving vaak totaal afwezig. Vrouwen zijn bovendien degenen die als voedselproducenten en verzorgsters de zwaarste lasten te dragen krijgen.

De achterstelling van vrouwen is eerst en vooral een schending van mensenrechten en in strijd met internationale verdragen. Maar het is ook een ondermijning van het menselijk potentieel dat nodig is voor duurzame sociale en economische ontwikkeling. Wil de wereld de collectieve belofte van de millenniumdoelen waarmaken, dan is *empowerment* van vrouwen en meisjes de centrale opdracht. Gelijke rechten en gelijkwaardige deelname aan het politieke en maatschappelijke leven vergen een diepgaande mentaliteitsverandering bij gezagsdragers en bij mannen en vrouwen in het algemeen.

De wereldbevolking bestaat voor meer dan 50% uit kinderen en jongeren (jonger dan 25 jaar). Dit aantal was nog nooit zo hoog. Veel jongeren blijven grotendeels verstoken van informatie met betrekking tot seksualiteit en bescherming tegen soa's³, HIV en ongewenste zwangerschap. Veel landen beschouwen seksuele gezondheid niet als legitiem onderdeel van de publieke zorgplicht. Het heersende taboe op de seksualiteit van jongeren is echter een van de drijvende krachten achter de aidsepidemie, het hoge aantal tienerzwangerschappen en moedersterfte. Het doorbreken van dit taboe vereist krachtig politiek leiderschap en een mentaliteitsverandering bij ouders en bij personeel in het onderwijs en de gezondheidszorg. Succesvolle preventie staat of valt met de acceptatie dat jongeren seksueel actief zijn.

Volgens het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties lopen vrouwen in Sub-Sahara Afrika een risico van één op 22 om aan de gevolgen van zwangerschap of bevalling te overlijden⁴. Met verstrekking van voorbehoedmiddelen en van elementaire medische zorg zouden jaarlijks meer dan een half miljoen levens gered kunnen worden. Zwangere tienermeisjes lopen twee tot vijf keer zoveel risico op overlijden als vrouwen van 20 jaar en ouder. Voor iedere vrouw die overlijdt zijn er daarnaast minstens twintig die door het ontbreken van professionele zorg chronische aandoeningen overhouden aan de zwangerschap of de bevalling.

Ongeveer 40 % van alle zwangerschappen is ongewenst. Elke dag vinden 55.000 onveilige abortussen plaats, bijna alle in ontwikkelingslanden. De bijdrage van onveilige abortus aan de mondiale moedersterfte bedraagt 13%. Een groot deel van de slachtoffers betreft – vaak nog schoolgaande – tieners.

³ SOA: seksueel overdraagbare aandoening, bijvoorbeeld chlamydia, syfilis, herpes.

⁴ Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank

Waar medische voorzieningen vrijwel ontbreken, in conflictgebieden en fragiele staten, kan dit cijfer oplopen tot 25 %.⁵

Wereldwijd is het gebruik van anticonceptiemiddelen – inclusief vrijwillige sterilisatie – de afgelopen 45 jaar gestegen van 10 procent naar 65 procent van alle mensen in de vruchtbare leeftijd. In die periode is de totale vruchtbaarheid gedaald van gemiddeld zes naar 2,6 kinderen. Deze daling geldt echter niet voor Afrikaanse landen bezuiden de Sahara waar het gebruik van anticonceptie laag ligt. Maar juist in deze landen neemt de vraag naar gezinsplanning enorm toe, waardoor de “unmet need” soms wel 30-40% is. Omdat er onvoldoende fondsen beschikbaar worden gesteld kampen ontwikkelingslanden met tekorten aan essentiële producten zoals anticonceptiemiddelen, kraampakketten en middelen om soa's en HIV te diagnosticeren en te behandelen.

(Weder)opbouw van het stelsel van gezondheidszorg is een dringend noodzakelijke maar niet afdoende voorwaarde om de moedersterfte terug te dringen. Gendergelijkheid, onderwijs, rechtsbescherming en grotere economische zelfstandigheid van vrouwen zijn even zo belangrijk voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Niet voor niets stond 8 september 2008, Wereld Alfabetiseringsdag, in het teken van gezondheid. Ongeletterdheid gaat samen met onwetendheid en, twee derde van alle analfabeten zijn vrouwen.

Meer dan de helft van alle mensen met HIV zijn vrouwen in de reproductieve leeftijd. In arme landen krijgt anno 2008 minder dan een derde van alle vrouwen die daarvoor in aanmerking komen de behandeling die de overdracht van HIV van moeder op kind voorkomt (PMTCT)⁶. De meer dan 2 miljoen HIV-positieve kinderen jonger dan 15 jaar in Sub-Sahara Afrika zijn nagenoeg allemaal tijdens de zwangerschap, bevalling of borstvoeding door hun moeders geïnfecteerd. Door anticonceptiemiddelen als standaard onderdeel van PMTCT-programma's aan te bieden wordt tegemoet gekomen aan een grote behoefte bij vrouwen en wordt het aantal met HIV geboren kinderen drastisch gereduceerd. Toch is deze voor de hand liggende oplossing tot nog toe veel te weinig toegepast. Aidsprogramma's dienen doelgericht te werken aan versterking van het stelsel van gezondheidszorg zodat voorzien kan worden in de zorgbehoefte in brede zin. Die stelsels zijn decennialang – mede als gevolg van restricties in de overheidsuitgaven in het kader van structurele aanpassingsprogramma's – ernstig verwaarloosd. Er zullen enorme investeringen nodig zijn, niet in de laatste plaats om het enorme tekort van werkers in de gezondheidszorg ongedaan te maken.

Het gegeven dat het aantal nieuwe HIV-infecties in verschillende landen daalt en dat de aidsepidemie op wereldniveau lijkt te stabiliseren is bepaald geen reden voor genoegzaamheid. Er leven momenteel naar schatting 33 miljoen mensen met HIV – waarvan 75% in Afrika - en daar komen er per jaar 2,5 miljoen bij (UNAIDS 2008). In totaal worden 3 miljoen mensen behandeld met aidsremmers. Dat werd aanvankelijk niet voor mogelijk gehouden en kan daarom terecht een groot succes genoemd worden. Maar we zijn er nog lang niet. De kosten van levenslange verstrekking van aidsremmers aan tientallen miljoenen mensen zijn zonder precedent. Resistentie brengt de noodzaak van nieuwe en vaak duurdere medicijnen met zich mee. De combinatie van HIV met tuberculose is bijzonder alarmerend; de twee ziekten hangen nauw samen en versterken elkaar onderling. Recent is een nieuwe

⁵ WHO. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, Fifth edition.

⁶ PMTCT: Prevention of Mother to Child Transmission

tuberculose (TB) stam in opkomst die uiterst resistent is tegen bestaande medicatie (XDR TB)⁷. TB is de belangrijkste doodsoorzaak voor mensen met HIV.

Een effectieve bestrijding van HIV en tuberculose in Afrika, Azië, Latijns-Amerika en met name ook in Oost Europa, dient tevens een Nederlands en Europees belang. De aidsepidemie trekt zich niets aan van grenzen. De alarmerende opkomst van HIV en TB bij Europa's oosterburen is een reële bedreiging. Ook de relatief hoge HIV/aids prevalentie onder migranten uit Sub-Sahara Afrika en het Caribische gebied vormt een maatschappelijk en gezondheidszorg risico in Europa en dus ook in Nederland.

Veel te langzaam dringt het besef door dat aids de komende decennia niet zal verdwijnen en dat de gevolgen nog generaties lang zullen doorwerken. UNAIDS schat dat in een aantal landen in Sub-Sahara Afrika de beroepsbevolking in 2010 met 10% gekrompen zal zijn. De gevolgen hiervan voor de voedselvoorziening, de gezondheidszorg, het onderwijs en andere maatschappelijke sectoren zijn ernstig. Negen procent van de kinderen in deze regio heeft één of beide ouders verloren ten gevolge van aids. In 2010 zullen er naar schatting meer dan 18 miljoen weeskinderen zijn die aangewezen zijn op de zorg van grootouders en andere familieleden.

In conflictsituaties zijn met name vrouwen en meisjes slachtoffer van onveiligheid, terreur en schending van mensenrechten. De meest schokkende uiting hiervan is het gebruik van seksueel geweld als oorlogswapen. Dit geweld speelt een belangrijke rol bij de hoge incidentie van onveilige abortus en traumatische fistels en bij de verspreiding van HIV. Het uiteenvallen van families en gemeenschappen kan vrouwen en meisjes dwingen tot seks in ruil voor voedsel en bescherming.

Meer dan een derde van alle moeder- en kindersterfte komt voor in fragiele staten; in Afghanistan en Sierra Leone is de kans dat vrouwen tijdens één van hun zwangerschappen of in het kraambed overlijden één op negen. In fragiele staten is het stelsel voor gezondheidszorg grotendeels ontwricht en niet in staat essentiële diensten te leveren. Er is een groot tekort aan personeel en medicijnen, terwijl doorverwijzing naar een ziekenhuis wordt bemoeilijkt door onveiligheid en verwoeste infrastructuur.

Het recht van vrouwen op gezondheidszorg en op bescherming tegen geweld moet een belangrijk onderdeel zijn van hervormingsprogramma's voor de veiligheidssector.⁸

Tegenover de daling van het aantal HIV-infecties in sommige landen staat een stijging in andere landen. Injecterende drugsgebruikers, mannen die seks hebben met mannen (MSM)⁹ en sekswerkers worden buitenproportioneel getroffen. Tot voor kort werd aangenomen dat deze problematiek zich vooral tot Azië beperkte maar het wordt steeds duidelijker dat ook Afrika de bijzondere risico's voor deze groepen onder ogen moet zien.

Hoewel de HIV-prevalentie in Azië relatief laag is (tussen 1 en 5%), liggen de absolute aantallen hoog. Bijna vijf miljoen Aziaten zijn HIV positief en daar komen elk jaar 440.000 nieuwe infecties bij. De epidemie verspreidt zich voor een groot deel via onbeschermd contacten met sekswerkers, via het delen van besmette naalden onder injecterende drugsgebruikers (IDU) en via onveilige seks tussen mannen. Veruit de belangrijkste aanjagers van de epidemie zijn de ongeveer 75 miljoen klanten van commerciële sekswerkers die

⁷ XDR TB: extremely drug resistant tuberculosis

⁸ Ministerie van Buitenlandse Zaken. Ontwikkeling van de veiligheidssector: veiligheid voor en door wie? Notitie Security Sector Reform en Gender. 2007

⁹ MSM: men who have sex with men. Seks tussen mannen beperkt zich niet tot homoseksuelen maar komt ook veel voor onder heteroseksuele mannen, met name in gevangenissen, kazernes, in het commerciële sekscircuit en in culturen waar seks voor het huwelijk taboe is.

vervolgens hun partners infecteren. Het percentage vrouwen onder de HIV positieve populatie in Azië steeg tussen 2000 en 2007 dan ook van 19% naar 24 %¹⁰. Vanwege het heersende taboe bestaat er geen effectieve strategie om vrouwen binnen een vaste (huwelijks)relatie op grote schaal te beschermen.

Naast de al genoemde groepen zijn ook kinderen die op straat leven en werken, gevangenen, migranten en vluchtelingen bijzonder kwetsbaar voor infectie met HIV, TB en hepatitis. De criminalisering van deze groepen drijft hen in de illegaliteit en zorgt ervoor dat zij niet bereikt worden met gezondheidsvoorlichting, voorbehoedsmiddelen en gezondheidszorg. Het recht van kwetsbare groepen¹¹ op informatie, behandeling en zorg wordt nog maar door een handvol regeringen, waaronder Nederland, bepleit.

Er zijn echter ook ontwikkelingen die hoopvol stemmen. Er zijn nieuwe wereldwijde coalities van de grond gekomen die de Cairo agenda, met name gezondheid van vrouwen, gezinsplanning en het terugdringen van moedersterfte, opnieuw op de internationale politieke agenda hebben geplaatst. Regeringsleiders, waaronder ook onze Minister President, hebben de terugdringing van moeder- en zuigelingensterfte tot hun persoonlijke politieke opdracht gemaakt. Maatschappelijke organisaties spelen een steeds belangrijker rol in preventie en zorgverstrekking, in capaciteitsopbouw en als vertolkers van de behoeften die werkelijk bij mensen leven. Zij worden meer en meer betrokken bij de formulering van beleid en hebben zitting gekregen in besturen van internationale en nationale uitvoeringsorganisaties. Door rekenschap te eisen over het gevoerde beleid en de geboekte resultaten zijn zij een politieke factor van betekenis geworden.

We kunnen vandaag met een zekere mate van vertrouwen zeggen dat een twintigjarige met een tijdige HIV diagnose een vrijwel normaal leven kan leiden als hij of zij medicijnen krijgt en deze blijft gebruiken. Door het op grote schaal beschikbaar stellen van Voluntary Counseling and Testing (VCT)¹² en medische behandeling van miljoenen mensen is begonnen de vernietiging van menselijk kapitaal een halt toe te roepen. Het percentage zwangere vrouwen dat aids-remmers krijgt om infectie van hun kinderen te voorkomen is in drie jaar gestegen van 10% naar 33%. Mannenbesnijdenis lijkt in sommige gevallen een goede, maar zeker niet afdoende bescherming tegen HIV-overdracht te bieden.

In Oost Europa en Centraal Azië – waar voorheen vrijwel niets gebeurde – zijn programma's voor schadebeperking (*harm reduction*) voor injecterende drugsgebruikers in gang gezet. We hebben het vruchteloze debat over een keuze tussen preventie en behandeling achter ons gelaten. We zien een groeiende mobilisatie rondom de rechten en behoeften van homoseksuele en andere mannen die seks hebben met mannen. We zijn agressiever geworden in onze inspanningen tegen TB en HIV.

Het aidsveld is innovatief en kritisch. Het heeft als geen andere beweging de zwakheden van de stelsels voor gezondheidszorg aan het licht gebracht. In velerlei opzicht is het leiderschap naar het Zuiden aan het verschuiven, naar betrokken staatshoofden en ministers, naar

¹⁰ Redefining AIDS in Asia- Crafting an Effective Response: Report of the Commission on AIDS in Asia 2008.

¹¹ In deze notitie wordt met de term kwetsbare groepen verwezen naar seksuele minderheden, sekswerkers en injecterende drugsgebruikers. Zij lopen door hun gedrag en gemarginaliseerde positie in de samenleving extra risico op infectieziekten zoals HIV, tuberculose en hepatitis C. Andere groepen die extra risico lopen zijn mensen met HIV, kinderen die op straat leven en werken, vluchtelingen en ontheemden en mensen met beperkingen.

¹² VCT: vrijwillig testen en counselen, wordt vaak in eigenstandige centra aangeboden. De noodzaak om VCT te integreren met het bestaande zorgaanbod, bijvoorbeeld moeder- en kindzorg, TB-behandeling en geboorteregeling wordt steeds breder erkend.

zorgverleners, naar jongeren, naar mensen die met HIV leven. Het gevecht tegen aids heeft de meest dynamische beweging voor gezondheid en rechtvaardigheid ooit opgeleverd.

Internationale afspraken inzake HIV/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten

Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling, Cairo 1994

Elk individu heeft het recht om vrij te beslissen wanneer en hoeveel kinderen men wenst en op een gezond seksueel leven vrij van dwang, discriminatie en geweld. Dit houdt in dat vrouwen, mannen en jongeren recht hebben op toegang tot voorlichting en de middelen die nodig zijn om vrij en verantwoord te kunnen beslissen over het kindertal en een gezond seksueel leven.

Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS (GIPA) (1994)

De verplichting om mensen met HIV actief te betrekken bij de formulering, de uitvoering en het monitoren van beleid en programma's.

Actieprogramma van de Vierde VN Wereld Vrouwenconferentie, Beijing (1995)

Gendergelijkheid is voorwaarde voor ontwikkeling. Vrouwen moeten op gelijke voet met mannen participeren in het politieke, maatschappelijke, economische, sociale en culturele leven op lokaal, nationaal en internationaal niveau. Alle vormen van discriminatie op grond van geslacht moeten uitgebannen worden.

De Millennium Development Goals 5 en 6 en Universal Access (2000, 2001, 2006)

- Sterfte in verband met zwangerschap en bevalling moet in 2015 met driekwart zijn teruggebracht ten opzichte van 1990. Vóór 2015 moet iedereen toegang hebben tot reproductieve gezondheid;
- In 2015 moet de verspreiding van aids, malaria en andere dodelijke ziekten een halt zijn toegebracht;
- In 2010 moet iedereen die dat nodig heeft toegang hebben tot HIV preventie, behandeling, zorg en ondersteuning (Universal Access).

Resolutie 1325 van de VN Veiligheidsraad (2000)

- Actieve betrokkenheid van vrouwen bij conflictpreventie en conflictoplossing en bij de wederopbouw na beëindiging van conflict;
- Toepassen van het gender perspectief bij vredesopbouw en bij opleiding van politie en leger;
- Beschermen van vrouwen en meisjes tegen seksueel geweld in het kader van conflict.

Wereld Top 2005

Bekrachtiging van de doelstellingen van Universal Access vóór 2015, van gendergelijkheid en van een einde aan discriminatie van vrouwen.

The Paris Declaration on Aid Effectiveness (2005) en de Accra Agenda for Action (2008)

- *Ownership*: ontwikkelingslanden moeten eigenaar zijn van hun eigen ontwikkelingsproces. Overheidsinstanties werken in partnerschap met maatschappelijke organisaties en de private sector;
- *Alignment*: donoren sluiten zich aan bij lokaal geldende prioriteiten en regels, maken gebruik van lokale systemen voor verstrekking van de hulp en van de lokaal aanwezige capaciteit;
- *Harmonisatie*: donoren stemmen hulpprocedures op elkaar af om de administratieve last voor de ontvangende landen te verminderen;
- Beleid is gericht op de te behalen resultaten, zowel bij donoren als ontvangers van hulp;
- Donoren en ontvangers leggen aan elkaar verantwoording af.

De Europese consensus inzake ontwikkeling (2005)

“De Europese Gemeenschap zal de volledige uitvoering van strategieën ter bevordering van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten steunen, en de strijd tegen HIV/aids koppelen aan steun voor reproductieve en seksuele gezondheid en rechten”

2. UITDAGINGEN

Schending van rechten

Het recht op gezondheid¹³ en behoorlijke zorg wordt niet langer als een daad van barmhartigheid maar als een mensenrecht beschouwd. Dit hebben we voor een groot deel te danken aan de vrouwenbeweging en aan activisten die zich inzetten voor de rechten van mensen met HIV, voor srgr, de rechten van homoseksuelen, van drugsgebruikers, van jongeren en andere door de samenleving verwaarloosde of gediscrimineerde groepen. Het is mede aan hen te danken dat de dataverzameling flink verbeterd is en dat er meer en beter verantwoording wordt afgelegd over gevoerd beleid. Zij hebben het recht op gezondheid op de agenda gezet als een inherent onderdeel van het recht op vrijheid van discriminatie en op gelijkheid voor de wet; het recht op onderwijs en op werk en inkomen; en het recht van allen om van de vruchten van wetenschap te profiteren.

Deze fundamentele rechten worden op grote schaal geschonden. Miljoenen mensen kunnen niet zelf kiezen wanneer en met wie zij zullen trouwen en óf en wanneer zij kinderen zullen krijgen; jongeren hebben geen toegang tot informatie en zorg of durven niet voor hun seksuele geaardheid uit te komen; veel meisjes worden jong uitgehuwelijkt of besneden. De allerarmsten, ook in rijkere landen, de bevolking van rurale gebieden, mensen met beperkingen, ontheemden en vluchtelingen blijven buitenproportioneel verstoken van het recht op gezondheid. Er bestaat in een groot aantal landen geen rechtsbescherming voor slachtoffers van seksueel geweld of voor mensen met HIV. Bevolkingsgroepen die gecriminaliseerd en verwaarloosd worden, zoals homoseksuelen en drugsgebruikers lopen extra risico op HIV en andere infectieziekten. Geweld en uitsluiting spelen daarbij een belangrijke rol.

De bevordering van mensenrechten is een van de sleutels die we hebben in het gevecht tegen aids en voor seksuele en reproductieve gezondheid; een gevecht tegen stigma en discriminatie en voor gelijke toegang. Daarom zullen onze prioriteiten liggen bij die groepen die het moeilijkst bereikt worden.

Negeren van de feiten

De Cairo agenda staat onder grote druk van tegenkrachten die de gemaakte afspraken proberen open te breken, die betrekking hebben op met name onbelemmerde toegang tot seksuele voorlichting en alle door de wet geoorloofde methoden van zwangerschapsafbreking. Er zijn 200 miljoen vrouwen die een zwangerschap willen vermijden of uitstellen maar geen toegang hebben tot voorbehoedsmiddelen. Elk jaar nemen in ontwikkelingslanden naar schatting 19 miljoen vrouwen hun toevlucht tot onveilige abortus met 70.000 sterfgevallen tot gevolg.¹⁴ Desondanks weigeren overheden hun zorgplicht in dit verband na te komen.

¹³ De mensenrechten gerelateerd aan srgr incl. HIV/aids zijn verankerd in de volgende verdragen en declaraties: UDHR=Universal Declaration of Human Rights; ICCPR=International Covenant on Civil and Political Rights; ICESCR=International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; CEDAW=Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; CRC=Convention on the Rights of the Child; Cairo=Cairo's ICPD Programme of Action 1994; Beijing=Beijing Declaration and Platform for Action 1995; WSSD=World Summit for Social Development Programme of Action 1995. Ook in regionale verdragen en declaraties zijn verwijzingen opgenomen naar srgr en HIV/aids. Seksuele en reproductieve rechten zijn gebaseerd op de erkenning van het fundamentele recht van alle paren en individuen "om vrijelijk en verantwoordelijk te beslissen over het aantal, het juiste moment en de spreiding van hun kinderen; en om de juiste informatie te hebben en toegang tot veilige, effectieve, betaalbare, en aanvaardbare methoden van gezinsplanning naar hun eigen keuze, evenals andere methoden van regulering van vruchtbaarheid naar eigen keuze, die wettelijk toegestaan zijn" (ICPD, Beijing, CEDAW)

¹⁴ UNFPA. Population issues: Safe Motherhood. 2007

Hetzelfde geldt voor de nadruk die een aantal regeringen in het kader van HIV-preventie legt op seksuele onthouding voor het huwelijk en op partnertrouw; deze adviezen – hoe belangrijk ook – zijn te eenzijdig en staan haaks op de realiteit.

Deze politieke tegenkrachten belemmeren het werk van het VN Bevolkingsfonds en van belangrijke particuliere organisaties voor gezinsplanning. Ook binnen de EU is sprake van toenemende polarisatie van standpunten rond srgr waarbij bepaalde lidstaten een minder progressief beleid voorstaan en een ambitieus eensgezind EU-standpunt blokkeren. Het ontbreken van eenduidige politieke steun heeft tot gevolg dat VN organisaties - die juist pal zouden moeten staan voor uitvoering van de Cairo agenda – zich terughoudend zijn gaan opstellen.

Een aantal regeringen laat zich helaas leiden door ideologisch geïnspireerde overtuigingen en houdt zich doof voor strategieën die hun effectiviteit bewezen hebben. Zij stellen zich afwijzend op ten aanzien van preventieactiviteiten gericht op drugsgebruikers, MSM, sekswerkers en gevangenen, terwijl bekend is dat elke euro die daaraan besteed wordt een veelvoud aan baten oplevert, zowel voor de betrokkenen zelf als voor de samenleving als geheel. Ofschoon de effectiviteit van ‘*harm reduction*’ ondubbelzinnig is aangetoond, ontbreken grootschalige programma’s juist in die landen waar zij het hardste nodig zijn. Te veel landen volharden in een beleid dat drugsgebruikers criminaliseert en hen zo buiten het bereik van gezondheidszorg houdt.

Azië heeft vijf jaar geleden – tijdens de uitbraak van SARS – laten zien dat het effectief in het geweer kan komen tegen ernstige bedreigingen van de volksgezondheid. Aziatische landen hebben de capaciteit om met dezelfde resoluutheid en creativiteit het hoofd te bieden aan aids. Hoewel methadon op de lijst van essentiële medicijnen van de WHO is opgenomen, is dit vervangingsmiddel voor drugs in Rusland en Centraal Azië (enkele uitzonderingen daargelaten) nog steeds verboden. Er zijn 71 landen waar mensen met HIV niet toegelaten worden. Dat, terwijl er uit het oogpunt van volksgezondheid geen enkele winst te behalen valt uit restricties met betrekking tot reis en verblijf. Zelfs de bewezen effectiviteit van condooms heeft nog niet tot brede acceptatie geleid.

Morele oordelen over seksuele geaardheid en gedrag staan veelal haaks op de realiteit en verhinderen een pragmatische aanpak. Want jongeren zijn seksueel actief, of we dat goedkeuren of niet. De boodschap van seksuele onthouding tot aan het huwelijk moet gecombineerd worden met voorlichting over veilig seksueel gedrag met inbegrip van het gebruik van condooms. Mensen nemen hun toevlucht tot drugs, ook waar dat verboden is, en criminalisering werkt averechts. Vrouwen die ongewenst zwanger worden en kiezen voor abortus, moeten niet aangewezen zijn op levensbedreigende handelingen maar ondersteund worden met veilige medische procedures.

Onvoldoende investeringen in brede gezondheidszorg

Het is een droeve realiteit dat er decennialang te weinig is geïnvesteerd in gezondheidszorg. Moedersterfte, HIV en aids, TB en malaria maken pijnlijk duidelijk hoezeer het zorgstelsel tekortschiet, vooral in Sub-Sahara Afrika. Het tekort aan fondsen, aan medicijnen en personeel en de gebrekkige infrastructuur hebben met name in rurale gebieden geresulteerd in abominabele of nagenoeg afwezige dienstverlening,

Er heeft lang een debat gewoed binnen ontwikkelings- en gezondheidskringen over de beste manier om de falende zorgstelsels nieuw leven in te blazen. De aanzienlijke bedragen die de laatste jaren voor gezondheidszorg beschikbaar zijn gekomen – met name afkomstig van het Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), het U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), private stichtingen zoals de Bill and Melinda Gates Foundation en andere bilaterale initiatieven – zijn vooral ten goede gekomen aan aids, malaria en TB. Deze stijging is echter onvoldoende gepaard gegaan met een evenredige toename van fondsen voor de brede gezondheidszorg. Tegelijkertijd weten we ook dat matig of slecht functionerende zorgstelsels een belangrijk knelpunt vormen om resultaten te kunnen behalen en behouden. Het tekort en de onevenredige spreiding van personeel zijn grote struikelblokken, waar vooral de armen, plattelandbewoners, vrouwen en kinderen de dupe van zijn.

Steeds harder klinkt het pleidooi voor een betere aansluiting van zogenaamde 'verticale', ziektespecifieke interventies bij programma's voor 'horizontale' versterking van het stelsel voor gezondheidszorg. Er moet daarbij sprake zijn van een doelbewust streven naar synergie en duurzame capaciteitsversterking. Landen als Rwanda en Ethiopië zijn er op deze manier in geslaagd de dienstverlening in de gezondheidssector op indrukwekkende wijze te verbeteren. Hun succes is het gevolg van zorgvuldige planning en een goede samenwerking tussen publiek en private zorgverleners.

Door betere inzichten in wat werkt en wat niet, wordt de discussie inmiddels met meer nuance gevoerd. Versterking van gezondheidssystemen is immers geen doel op zich maar een middel om betere resultaten te behalen. Een focus op resultaten helpt om knelpunten te identificeren en aan te pakken. De ideale balans tussen ongeoormerkte financiering voor de hele sector en specifieke financiering voor deelterreinen is per context verschillend en kan alleen op landenniveau bepaald worden. De zorgbehoefte, met name van diegenen die belemmerd worden in termen van toegang, moet daarbij het uitgangspunt zijn.

Beperkte beschikbaarheid reproductieve gezondheidsmiddelen

Mede als gevolg van de bevolkingsgroei zal de vraag naar anticonceptiemiddelen de komende 15 jaren naar schatting met 40 procent stijgen terwijl de kosten zullen oplopen tot US \$ 3,4 miljard in 2015 (deze bedroegen in 2000 US \$ 1,8 miljard)¹⁵. In het verleden heeft de internationale ontwikkelingshulp ongeveer 20 procent van die kosten voor zijn rekening genomen maar dat percentage is sinds 2000 met een kwart gedaald. De bijdrage van donoren blijft voor de armste landen van groot belang, maar slechts een handvol – waaronder Nederland - neemt hierin zijn verantwoordelijkheid.

In ontwikkelings- en transitielanden komt vijftig tot negentig procent van de uitgaven voor gezondheidszorg voor eigen rekening van de patiënt (in geïndustrialiseerde landen is dit percentage – mede dankzij verzekeringen – niet hoger dan 30 procent.) Anticonceptiemiddelen en medicijnen worden voornamelijk betrokken van de commerciële sector, zoals van particuliere ziekenhuizen en klinieken, apotheken, markten en winkels. Voor de overheid is hier een voorwaardenscheppende rol weggelegd: het wegnemen van zware belastingtarieven, van onnodig complexe reglementaire eisen en van andere maatregelen die de markt van vraag en aanbod verstoren. Kwaliteitscontrole en het verzekeren van toegang tot zorg voor arme bevolkingsgroepen behoren eveneens tot de kerntaken van de overheid.

¹⁵ UNFPA. Global Estimates of Contraceptive Commodities and Condoms for STI/HIV Prevention 2000–2015. New York 2002.

Verzekeringssystemen kunnen daaraan een belangrijke bijdrage leveren. Uiteraard hebben overheden ook de verantwoordelijkheid om in hun nationale budget geld te reserveren voor reproductieve gezondheidsmiddelen. Een andere maatregel is verlaging van de prijzen van essentiële middelen. Voor aidsmedicijnen zijn in dit opzicht indrukwekkende resultaten geboekt. Maar het vrouwencondoom is bijvoorbeeld nog nauwelijks beschikbaar en voor de meeste vrouwen te duur.

Het voldoen aan de vraag naar reproductieve gezondheidsmiddelen vormt een belangrijke uitdaging. Reproductieve gezondheidszorg – inclusief behandeling van aids – staat of valt met de voldoende beschikbaarheid en dus betrouwbare, ononderbroken levering van medicijnen en medische voorzieningen. Gegarandeerde, ononderbroken beschikbaarheid van de essentiële middelen voor reproductieve gezondheidszorg vereist nauwe samenwerking van overheden met maatschappelijke organisaties en de particuliere sector, harmonisatie van hulpstrategieën en procedures, versimpeling van regels en transparantie van inkoopprocessen.

Onvoldoende inspanningen buiten de gezondheidssector

Een van de bevindingen van de beleidsdoorlichting is dat een integrale aanpak van srgr en HIV/aids in het buitenlandbeleid nog in de kinderschoenen staat. De Nederlandse inspanningen zouden teveel beperkt zijn gebleven tot de sectoren gezondheid en onderwijs. De aidsepidemie heeft, in combinatie met andere ziekten en het tekort aan seksuele en reproductieve gezondheidszorg een ontwrichtend effect op huishoudens, gemeenschappen, productieve sectoren en het overheidsapparaat. Schending van de rechten op het gebied van seksualiteit en reproductieve gezondheid heeft zijn oorzaak in de economie, de politiek en cultuur. Deze oorzaken moeten worden aangepakt. Daarom is de actieve inzet in alle sectoren vereist.

Nederland heeft een actieve inbreng in het beleid en ondersteunt het werk van multilaterale instellingen zoals de ILO¹⁶, UNFPA, UNHCR, het Wereld Voedselprogramma en de Wereldbank en NGO's die zich inzetten voor een multisectorale aanpak. Er liggen echter nog on(der)benutte kansen, ook in het kader van de bilaterale samenwerking. Buitenlandse Zaken heeft in zijn werk te maken met vertegenwoordigers van ministeries van planning, van financiën, landbouw, water en sanitatie, telecommunicatie, handel, transport, toerisme, arbeid, justitie, defensie, sociale ontwikkeling en vrouwenzaken. Wij kunnen deze sectoren tot actie aansporen om bijvoorbeeld budget vrij te maken, sanitatie op scholen te regelen, of hun werknemers voor te lichten en toegang te verschaffen tot preventie en gezondheidszorg. Hetzelfde geldt voor onze interactie met parlementariërs, vakbonden, ondernemers, de media, religieuze groepen, de vrouwenbeweging en verenigingen van mensen met HIV. Zij kunnen politieke druk uitoefenen, en hun overheden rekenschap vragen. Nederland kan uiteenlopende actoren bij elkaar brengen en een platform bieden waar innovatieve ideeën en samenwerking tot stand kunnen komen.

Samenwerken en volhouden

De fondsen voor de strijd tegen aids zijn tussen 1997 en 2007 vertienvoudigd en bedragen momenteel tien miljard dollar. Volgens UNAIDS is echter het viervoudige nodig om de doelstelling van universele toegang in 2010 te halen. Ook de investeringen in gezondheid van moeders blijven ver achter bij de doelstellingen. Om de moedersterfte tot 2015 met 75% te

¹⁶ ILO Programma on AIDS and the world of work.

verlagen is 5,5 miljard dollar extra internationale hulp nodig. Beide vraagstukken zullen nog generaties lang grote inspanningen vragen van de wereldgemeenschap.

In augustus 2008 hebben ministers van ontwikkelingslanden en donorlanden en hoofden van multilaterale en bilaterale ontwikkelingsorganisaties in Accra (Ghana) de balans opgemaakt van de voortgang in doelmatigheid van de hulp. De evaluatie van de Verklaring van Parijs¹⁷ laat zien dat er vooruitgang is. In een groot aantal ontwikkelingslanden is het beheer van publieke middelen verbeterd en donoren treden beter gecoördineerd op. Maar het is niet genoeg. Zonder verdere hervormingen en snellere actie zullen de doelstellingen met betrekking tot verbetering van de kwaliteit van de hulp niet gehaald worden. In de slotverklaring van Accra¹⁸ zijn drie kritieke uitdagingen benoemd die nodig zijn om de voortgang te versnellen. De eerste is *country ownership*, hetgeen betekent dat regeringen van ontwikkelingslanden krachtiger de leiding over hun eigen ontwikkelingsproces moeten nemen en het beleid in samenwerking met hun parlementen, maatschappelijke organisaties en burgers moeten vormgeven. Donoren moeten hen daarbij ondersteunen door de nationale prioriteiten te respecteren, te investeren in menselijke hulpbronnen en instituties, en meer gebruik te maken van de nationale systemen om de hulp te kanaliseren. Tevens moet de voorspelbaarheid van hulpstromen groter worden.

De tweede uitdaging ligt in het aangaan van meer effectieve en inclusieve partnerschappen. Naast UNAIDS, de Wereldbank en bilaterale donoren verschenen nieuwe spelers op het toneel. Er zijn de laatste jaren tevens nieuwe financieringsmechanismen gelanceerd zoals UNITAID¹⁹. Het grote aantal actoren in de ontwikkelingssamenwerking heeft tot betere resultaten geleid maar brengt ook beheers- en coördinatieproblemen en een enorme administratieve last voor ontvangende landen met zich mee.

Het bereiken van resultaten en daarover openlijk verantwoording afleggen is de derde uitdaging die ten grondslag moet liggen aan al onze acties. Meer dan ooit verwachten burgers en belastingbetalers zichtbare resultaten van ontwikkelingssamenwerking.

De 'Accra Agenda for Action' vormt voor Nederland het kader voor internationale samenwerking ook met betrekking tot HIV/aids en srgr. De millenniumdoelen 5 en 6 en de internationale verklaring inzake universele toegang in 2010 vormen de ijkpunten voor verantwoording, zowel door donorlanden als ontwikkelingslanden. Deze internationale afspraken geven tevens de handvaten om concrete resultaten te meten.

¹⁷ The Paris Declaration on Aid Effectiveness, maart 2005

¹⁸ Accra Agenda for Action. Augustus 2008

¹⁹ UNITAID: een internationale faciliteit voor de aanschaf van medicijnen tegen HIV/aids, malaria en tuberculose die grotendeels gefinancierd wordt door een solidariteitsheffing op vliegtickets.

3. NEDERLANDSE MEERWAARDE

De centrale boodschap van de “Beleidsdoorlichting aids en srgr 2004-2006” is positief. De constatering dat het beleid volledig in overeenstemming is met de internationale afspraken, zoals de uitkomsten van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling van 1994, de millennium ontwikkelingsdoelen en verschillende VN verklaringen over HIV/aids is illustratief voor de continuïteit die het Nederlandse beleid op deze terreinen kenmerkt. Nederland geniet op het internationale toneel veel waardering voor zijn constructief - kritische opstelling. De agenda voor de komende jaren behelst dan ook voornamelijk een voortzetting van het bestaande beleid, zij het met enkele accentverschuivingen die deels ingegeven zijn door de conclusies van de beleidsdoorlichting, deels door de actualiteit en mede gebaseerd op de Nederlandse meerwaarde.

Pleitbezorger voor mensenrechten

Nederland staat internationaal bekend als pleitbezorger voor mensenrechten en heeft de reputatie om niet bang te zijn heikle onderwerpen aan te kaarten. Op het gebied van HIV/aids en srgr zijn de voorbeelden legio. Nederland vraagt op internationale podia steeds weer de aandacht voor kwetsbare groepen²⁰, ‘*harm reduction*’, seksuele en reproductieve gezondheid en rechten o.a. voor jongeren, feminisering van de aidsepidemie en de positie van vrouwen. Ook ambassades spannen zich in om mensenrechten op de nationale agenda te houden en de rechtshandhaving te bevorderen. Deze consequente en uitgesproken stellingname heeft Nederland veel erkenning opgeleverd en bepaalt een groot deel van de Nederlandse meerwaarde.

De bestaande mensenrechtenverdragen bieden goede aanknopingspunten om participatie van achtergestelde groepen in het politieke proces en in de beleidsformulering te bevorderen en regeringen te bewegen verantwoordelijkheid af te leggen over het gevoerde beleid. Een op rechten gestoelde benadering vestigt de aandacht op ongelijkheden in toegang tot preventie en zorg en op de discriminatoire praktijken die mensen marginaliseren en hen de kans ontnemen om voor hun eigen gezondheid op te komen. Dit rechtvaardigt het toekennen van prioriteit aan de vervulling van de seksuele en reproductieve behoeften en rechten van gemarginaliseerde groepen.

Bruggenbouwer

Veel van de heikle punten vereisen een bemiddelende rol. Nederland beschikt over zowel lef, capaciteit als deskundigheid om deze rol met verve te spelen ook in EU kader. Dit is de afgelopen jaren al vele malen bewezen. Onze reputatie als betrouwbare partner die voor niemand bedreigend is, geeft de mogelijkheid om partijen met uiteenlopende visies aan tafel te krijgen, die elkaar anders niet snel zouden vinden. De aidsambassadeur legt bijvoorbeeld op verzoek van UNODC gezamenlijke landenbezoeken af (o.a. Indonesië en Afghanistan) om ‘*harm reduction*’ onder de aandacht te brengen van politici en beleidsmakers. Tevens is er een bemiddelende rol weggelegd voor Nederland in de toenemende polarisatie binnen de EU van standpunten rond srgr en als liaison tussen Europese donoren en de VS. Ambassades brengen regelmatig vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven en overheid

²⁰ Zie tekstbox over kwetsbare groepen.

bij elkaar om gezamenlijk op te trekken bij bijvoorbeeld het ontwikkelen van HIV/aids personeelsbeleid.

Kennismakelaar

De opstelling van Nederland is mede gestoeld op de ervaringen in eigen land: een hechte samenwerking tussen gezondheidssector, onderwijs en justitie, tussen overheid, wetenschappers en maatschappelijke organisaties heeft geleid tot een beleid met een sterke nadruk op preventie gecombineerd met zorg aan diegenen die dat nodig hebben. Programma's en interventies worden met directe betrokkenen ontwikkeld en berusten op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en dataverzameling. Monitoring is zo ingericht dat snel bijsturen mogelijk is. Dat deze aanpak tot goede resultaten leidt is af te lezen aan de lage cijfers met betrekking tot tienerzwangerschap, abortus en HIV. In vergelijking met omliggende landen doet Nederland het goed.

Daarnaast beschikt Nederland over een aantal ontwikkelingsorganisaties dat met grote deskundigheid en gedrevenheid partnerorganisaties in Azië, Afrika, Latijns-Amerika en Oost Europa in staat stellen baanbrekend werk te verzetten als het gaat om seksuele voorlichting voor jongeren, het weerbaar maken van mensen met HIV en het opzetten van werkgelegenheidsprogramma's voor herstellende drugsgebruikers.

Het Nederlandse beleid wordt gekenmerkt door pragmatisme en 'evidence-based'-werken, door toe te passen wat aantoonbaar effectief is, in plaats van door moreel oordeel over individueel gedrag. Geboekte resultaten in eigen land dragen bij aan onze geloofwaardigheid bij het uitdragen van onze visie op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in de internationale arena. Nederland is een van de weinige landen die kwesties in verband met seksualiteit, abortus en drugsgebruik geloofwaardig en met gezag ter sprake kan brengen.

Een belangrijk element van de Nederlandse inzet is het voortdurend zoeken naar allianties en innovatieve vormen van samenwerking. Zo wordt in een coalitie van de overheid met het bedrijfsleven, de wetenschappelijke wereld en maatschappelijke organisaties een innovatieve aanpak voor het opzetten van ziektekostenverzekeringen in ontwikkelingslanden toegepast. Nederland is instrumenteel geweest bij de introductie van verbeterde medicijnen voor medische abortus in ontwikkelingslanden en bij het opnieuw agenderen van het vrouwencondoom. De ervaringen met de uitvoering van de Akkoorden van Schokland zullen nuttige informatie opleveren voor een bredere toepassing van deze vormen van samenwerking. Een ander terrein waarop Nederland actief is betreft de ontwikkeling en ondersteuning van nieuwe mechanismes voor het effectiever maken van de voorziening van reproductieve gezondheidsmiddelen zoals via de Reproductive Health Supplies Coalition²¹.

Financier

Nederland is een belangrijke donor in de strijd tegen HIV/aids en voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Dit gegeven verschaft ons een legitieme basis om andere landen – voornamelijk die van de G8 – te blijven aansporen om hun internationale verplichtingen na te komen. Nederland is op dit moment een belangrijke donor van UNFPA en UNAIDS, daarnaast leveren we een substantiële financiële bijdrage aan UNDP, UNICEF en WHO en het Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria en enkele Global

²¹ De Reproductive Health Supplies Coalition is een wereldwijd partnerschap tussen publiek, privaat en maatschappelijke organisaties dat zich richt op het verzekeren van toegang tot reproductieve gezondheidszorg in lage en middeninkomenlanden.

Health Partnerships (GHP) zoals het 'International Aids Vaccine Initiative' (IAVI), het 'International Partnership on Microbicides' (IPM) en de GAVI Alliance. Tijdens beleidsoverleg staat Nederland pal voor zijn uitgangspunten en geeft mede richting aan het beleid van deze multilaterale organisaties en internationale samenwerkingsverbanden. Twintig procent van de begroting voor ontwikkelingssamenwerking wordt gekanaliseerd via Nederlandse en internationale NGO's. Een deel van deze fondsen is bestemd voor organisaties die actief zijn op de terreinen van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en HIV/aids.

4. NEDERLANDSE INZET

De millennium ontwikkelingsdoelen maken deel uit van de Kabinetsagenda 2015. Daarin is opgenomen dat de regering zich als geheel politiek inzet voor een krachtige en gezamenlijke strategie om de achterstanden bij het behalen van de millennium ontwikkelingsdoelen in te lopen.

De beleidsdoorlichting HIV/aids en srgr van 2007 heeft aangegeven dat het gevoerde beleid goed was maar dat de inzet van middelen onvoldoende toegespitst is geweest op de meer gevoelig liggende onderwerpen van de Caïro-agenda en op gemarginaliseerde en kwetsbare groepen. Ook de eerder geschetste urgentie van de problematiek maakt duidelijk dat extra inspanningen nodig zijn, niet alleen in ontwikkelingslanden maar ook in Europa.

Het zelfbeschikkingsrecht inzake seksualiteit en voortplanting vormt de kern van de Caïro consensus. Dit recht kan niet uitgeoefend worden zonder kennis en informatie noch zonder toegang tot voorbehoedsmiddelen en gezondheidszorg. Werk en inkomen, onderwijs, rechtsbescherming en –handhaving zijn randvoorwaarden voor het realiseren van rechten. Daarbij mogen jongeren niet uitgesloten worden; zij moeten zich kunnen beschermen tegen HIV en ander soa's en ongewenste zwangerschap. Seksuele voorlichting aan jongeren dient aanvaardbaar te zijn binnen de culturele en religieuze context maar mag niet om de feiten heen draaien. Preventie is bovendien niet effectief wanneer de zeggenschap van meisjes en vrouwen niet versterkt wordt en wanneer gemarginaliseerde groepen zoals seksuele minderheden, sekswerkers en drugsgebruikers worden buitengesloten.

Preventie en rechten

Preventie en rechten zijn de doelstellingen waaraan Nederland krachtiger dan voorheen in het brede buitenlands beleid prioriteit zal geven. Onbelemmerde toegang tot preventie en naleving van de internationaal overeengekomen rechten in relatie tot seksualiteit en voortplanting zijn nauw met elkaar verweven en kunnen niet los worden gezien van een brede sociale en politieke agenda.

Politieke betrokkenheid en een multisectorale aanpak

Naast de toewijzing van extra financiële middelen zullen de doelstellingen van preventie en rechten daarom prominent op de brede agenda van het buitenlandbeleid figureren. Door een grotere politieke betrokkenheid en een multisectorale aanpak te bevorderen beogen wij de effectiviteit van de beleidsuitvoering te vergroten. Daartoe is een actief engagement van alle betrokkenen nodig, zowel in Nederland en in Europa als ook in de ontvangende landen en bij andere donoren.

De twee sporen, vergroting van politieke betrokkenheid en bevordering van een multisectorale respons worden in het hiernavolgende nader uitgewerkt. Vervolgens zal kort ingegaan worden op de keuze van partners, op het financiële instrumentarium en op de opties voor voortgangsbewaking en verantwoording.

Ter illustratie van de multisectorale aanpak, de betrokkenheid van verschillende actoren en de Nederlandse inzet op diverse niveaus, is een aantal tekstboxen opgenomen.

4.1 Vergroten van politieke betrokkenheid

Effectieve preventie is onlosmakelijk verbonden met de naleving van rechten. Daarom ijvert Nederland voor het decriminaliseren van homoseksualiteit²², van HIV-overdracht²³ en voor het opheffen van de reisbeperkingen van mensen met HIV. Wij gaan de dialoog hierover met partijen die er een andere visie op na houden niet uit de weg. Binnen de VN, de EU en andere internationale beleidsfora werken wij samen met gelijkgezinde landen aan groter draagvlak voor de verworvenheden die vastgelegd zijn in de Cairo agenda en in internationale verdragen.

Een ambitieuze Europese agenda wordt belemmerd door de opstelling van enkele lidstaten. Nederland gebruikt waar mogelijk neutrale ingangen om het draagvlak voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten te vergroten, bijvoorbeeld door nieuwe EU lidstaten te ondersteunen bij de formulering van beleid voor ontwikkelingssamenwerking.

In 2009 zal het 15 jaar geleden zijn dat 179 landen tijdens de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling in Cairo plechtige beloften deden om seksuele en reproductieve gezondheid en de naleving van de betreffende rechten te verbeteren. UNFPA zal parlementariërs, overheden, civil society groepen en andere VN organisaties, de balans opmaken wat betreft de uitvoering van het Actieprogramma van 1994. Bijzondere aandacht is er voor jongeren – zij zijn rond 1994 geboren en staan aan het begin van hun actieve seksuele en reproductieve leven. Nederland zal dit proces krachtig steunen en in Cairo – samen met UNFPA – een ‘high level’ bijeenkomst organiseren over de Cairo-agenda en het behalen van de MDGs.

De inzet is afhankelijk van de aard en omvang van de problematiek, van de culturele context en van de aanwezige capaciteit in de betreffende landen. In Afrika staan verbetering van de positie van vrouwen, terugdringing van moedersterfte en van stigma en discriminatie van mensen met HIV hoog op de agenda van de politieke dialoog. In dat verband zijn verbetering van het eigendoms- en erfrecht van vrouwen, tegengaan van vrouwenbesnijdenis en van seksueel geweld en verhoging van de overheidsuitgaven voor gezinsplanning relevante onderwerpen. In de politieke dialoog roepen we landen op concrete maatregelen te nemen in het kader van door hen zelf geformuleerde plannen zoals het “Maputo Plan of Action for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights 2007-2010” van de Afrikaanse Unie.

In Oost-Europa en Azië ligt de nadruk op decriminalisering van drugsgebruik, bescherming van de rechten van sekswerkers en op onbelemmerde toegang tot gezondheidszorg voor drugsgebruikers en gedetineerden. De naleving van internationale verdragen die discriminatie in de toegang tot gezondheidszorg verbieden is een voorwaarde voor effectieve preventie. In Latijns-Amerika bepleit Nederland het belang van jeugd vriendelijke seksuele en reproductieve zorg, homo-emancipatie en regelgeving die onveilige abortus helpt voorkomen.

In samenwerking met VN-organisaties als UNAIDS, UNFPA en UNODC, (inter)nationale NGO's, belangengroepen en gelijkgezinde donoren moedigt Nederland overheden aan tot beleidshervorming en wetwijzigingen die de rechten van het individu centraal stellen en zodoende effectieve preventie en universele toegang tot gezondheidszorg mogelijk maken.

²² Zie ook de notitie ‘Naar een menswaardig bestaan: Een mensenrechtenstrategie voor het buitenlands beleid’

²³ In een toenemend aantal landen wordt de overdracht van HIV strafbaar gesteld. Deze benadering druist in tegen het volksgezondheidsbelang en stuit op ethische bezwaren.

Door onze samenwerking met internationale NGO's zoals IPAS, IPPF en AFEW²⁴ hebben wij toegang tot informatie over de specifieke problemen in verschillende landen en regio's en daarmee een concrete basis voor het aanpakken van knelpunten die om een oplossing vragen.

Om landen aan te zetten tot effectieve actie zal Nederland het instrument van politieke dialoog systematischer en krachtiger inzetten. Op de eerste plaats in de partnerlanden²⁵, waar in het kader van ontwikkelingssamenwerking een regelmatige beleidsdialoog plaatsvindt, maar ook in Oost-Europa en Azië, waar wij 'harm reduction' programma's ondersteunen.

Wij dragen onze standpunten uit in contacten met landen uiteenlopend van de VS tot Iran en van China tot Zuid Afrika. Wij bepleiten de actieve betrokkenheid van het parlement, maatschappelijke organisaties en de private sector in de beleidsvorming, de uitvoering en in voortgangsbewaking. De speciale ambassadeurs voor aids, voor de millennium doelstellingen en voor mensenrechten vervullen hierin een belangrijke rol. Onze ambassades moeten de verschillende partijen een platform voor dialoog bieden waar nadrukkelijk ook ruimte wordt geboden aan lokale NGO's die wij in het kader van het MFS en de SALIN subsidieregelingen²⁶ ondersteunen.

Politiek draagvlak komt tot uiting in de mate van betrokkenheid van alle relevante geledingen van de overheid en de samenleving bij de formulering van beleid. Preventie en zorg moeten immers afgestemd zijn op de reële behoeften van verschillende doelgroepen. Daartoe bevordert Nederland de integratie van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en HIV/aids in armoedestrategieën en in sectoraal beleid en verdiscontering van de kosten in de nationale begrotingen van de ontvangende landen.

Jongeren, preventie en rechten

In 2006 bestond voor het eerst in de geschiedenis meer dan de helft van de wereldbevolking uit mensen onder de 25 jaar. Meer jongeren dan ooit zullen zich op het pad van seksualiteit en gezinsvorming begeven. Preventie van HIV en ongewenste zwangerschappen en de rechten van jongeren op een gezonde en verantwoorde beleving van seksualiteit zijn onze doelstellingen. In samenwerking met de partnerlanden, de VN, mensenrechtenorganisaties en NGO's zet Nederland zich in voor:

- harmonisatie van nationale wetgeving met internationaal recht en regionale actieplannen met betrekking tot onderwijs, huwelijksleeftijd, genitale verminking, seksuele voorlichting en toegang tot voorbehoedmiddelen;
- verdiscontering van bevolkingsgroei in sociaaleconomisch beleid;
- actief betrekken van jongeren bij beleidvorming, pleitbezorging en uitvoering, zowel binnen de VN als bij NGO's. Nederland ondersteunt organisaties die zich inzetten voor jongeren en is een van de weinige landen die jongeren opneemt in officiële delegaties naar VN-bijeenkomsten.
- Speciale aandacht voor jongeren in rapportages en evaluaties.

Nederland verstrekt financiële steun aan de onderwijssector in een twintigtal landen. Daarbij besteden wij speciaal aandacht voor scholing van meisjes en integratie van seksuele voorlichting en *life skills education* in het onderwijs.

De media, sport en popcultuur vormen een belangrijk referentiekader voor jongeren. Nederland stimuleert culturele uitwisseling en de inzet van rolmodellen die de boodschap van HIV preventie uitdragen. In dit verband ondersteunt Nederland Dance4Life en andere culturele activiteiten.

²⁴ IPAS: internationale pleitbezorger voor veilige zwangerschapsafbreking. IPPF: International Planned Parenthood Federation. AFEW: AIDS Foundation East West, gespecialiseerd in *harm reduction*.

²⁵ Zie voor de landenprofielen "Een zaak van iedereen", Ministerie van Buitenlandse Zaken 2007

²⁶ MFS: Medefinancieringstelsel en SALIN: Strategische Alliantie met Internationale NGO's. Beide subsidiekaders zijn tot einde 2010 van kracht.

Nederland draagt bij aan het breed toegankelijk maken van (betaalbare) anticonceptiemiddelen, ook voor jongeren, via financiële steun aan UNFPA en aan NGO's.

Nederland ondersteunt op jongeren gerichte HIV preventie activiteiten, in en buiten de school. Dit gebeurt in Zuidelijke Afrika in het kader van het regionale programma, en wereldwijd via UNAIDS, GFATM, UNFPA, UNICEF en NGOs.

Nederland ondersteunt initiatieven gericht op gedragsverandering met betrekking tot seksualiteit en gezondheid en de toepassing van innovatieve benaderingen zoals het Y-peer jongerenennetwerk van UNFPA.

4.2 Multi-sectorale aanpak

De verantwoordelijkheid voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en voor de zorg in verband met HIV en aids²⁷ is niet voorbehouden aan de gezondheidssector. De heersende genderverhoudingen, de sociaaleconomische context en sociale en culturele opvattingen over de positie van vrouwen, van jongeren en van minderheidsgroepen bepalen mede de mate van toegang tot preventie en zorg. De hoge sterfte en ziektelast tengevolge van aids hebben in de zwaarst getroffen landen bovendien een ontwrichtend effect op huishoudens, gemeenschappen, de productieve sectoren en het overheidsapparaat. Daarom is actie in alle sectoren vereist.

De Nederlandse inzet verschilt per land en per sector, afhankelijk van de aanwezige capaciteit en de gemaakte afspraken over taakverdeling tussen de aanwezige VN-organisaties en donoren. In het ene geval zetten we in op pleitbezorging bij de politiek o.a. via de mensenrechtendialoog in het andere geval werken we actief aan het smeden van nieuwe samenwerkingsverbanden of dragen we financieel bij. Het gaat erom die (combinatie van) interventies te kiezen waar Nederland een toegevoegde waarde heeft en die op de meest effectieve wijze bijdragen aan de beoogde resultaten.

Het brede scala van activiteiten waar Nederland bij betrokken is illustreert dat er geen sprake is van een uniforme aanpak in de verschillende landen waarmee wij samenwerken. Het streven is om maatwerk te leveren en de verschillende hulpinstrumenten complementair in te zetten voor een optimaal resultaat.

De rechten van kwetsbare groepen

Juist de groepen die het meest risico lopen op een HIV infectie en andere overdraagbare aandoeningen blijven als gevolg van criminalisering en discriminatie verstoken van het recht op gezondheidszorg. Het gaat om injecterende drugsgebruikers, sekswerkers, gedetineerden, seksuele minderheden, mannen die seks hebben met mannen en kinderen die op straat leven en werken. Voor preventie en bescherming van rechten van deze groepen zet Nederland de volgende instrumenten in:

- Pleitbezorging en samenwerking met VN, mensenrechtenorganisaties en NGO's teneinde:
 - Drugsgebruik, sekswerk en homoseksualiteit te decriminaliseren;
 - Harmonisatie van het strafrecht met volksgezondheidsbeleid te bewerkstelligen;
 - Toegang tot preventie en gezondheidszorg voor kwetsbare groepen te garanderen.
- Bevorderen van constructieve betrokkenheid van NGOs en belangengroepen bij beleidsformulering en uitvoering van drugsbeleid, 'harm reduction' en HIV preventie;

²⁷ In verband met HIV en aids strekt het begrip zorg zich uit tot preventie, behandeling, verzorging en opvang van de gevolgen.

- Financiële ondersteuning bij de ontwikkeling en uitvoering van ‘*harm reduction*’ beleid in een aantal zwaar getroffen landen in Oost Europa (MATRA) en Rusland en in Centraal en Zuidoost Azië.

Vergroting van het politieke draagvlak voor ‘*harm reduction*’ door inzet van de speciale ambassadeurs voor aids, mensenrechten en de millenniumdoelen en agendering bij internationale bijeenkomsten, met name de UNGASS on AIDS (2008) en de UNGASS on drugs (2009).

Goed Bestuur

Nederland zet in op:

- actieve deelname van vrouwenorganisaties en belangenorganisaties die opkomen voor ‘seksuele en reproductieve gezondheid en rechten’ aan beleidsontwikkeling via steun aan maatschappelijke organisaties en het bieden van een platform voor dialoog en discussie;
- financieren van programma’s om de positie van vrouwen wereldwijd te verbeteren (MDG 3 Fonds). Deze programma’s richten zich vooral op het voorkomen van geweld tegen vrouwen, het vergroten van economische zelfstandigheid en participatie in parlementen en bestuursorganen.
- het vertalen van internationale en nationale afspraken ten aanzien van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en HIV/aids in concreet beleid en financiering. (Inter)nationale NGO’s en belangengroepen spelen in dit verband de rol van waakhond en worden dan ook door Nederland gesteund.
- het versterken van verantwoordingsmechanismen tussen de overheid, parlement, maatschappelijke organisaties en burger over regelgeving en beleidsuitvoering ten aanzien van aids en srgr.

Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in de context van conflict

Verkrachting van vrouwen wordt veelvuldig ingezet als oorlogswapen. Behalve trauma bestaat een reëel risico op zwangerschap of HIV infectie als gevolg van verkrachting. In conflictsituaties is onveilige abortus een belangrijke doodsoorzaak onder vrouwen. Voor de integratie van seksuele en reproductieve gezondheidszorg, inclusief HIV preventie en behandeling van aids in humanitaire hulpverlening zet Nederland de volgende instrumenten in:

- Pleitbezorging in de bilaterale dialoog en samenwerking met VN en mensenrechtenorganisaties teneinde:
 - verkrachting als oorlogswapen politiek te agenderen en strafbaar te stellen;
 - nationale wetgeving in lijn te brengen met internationaal recht;
 - medische abortus mogelijk te maken.
- Ondersteuning van hervorming van de veiligheidssector en ontwapening en re-integratie van strijders. Dit gebeurt in samenwerking tussen Buitenlandse Zaken en Defensie.
- Trainingen aan politie, leger, vredesmissies en NGO’s.
- Uitvoering van Resolutie 1325 van de VN Veiligheidsraad door middel van het Nederlands Nationaal Actieplan 1325.
- Ondersteuning van het ‘Aids, Security and Conflict Initiative’ (ASCI) dat zich richt op de relatie tussen aids en veiligheid en aanknopingspunten voor ontwikkeling identificeert.
- Door financiële steun aan UNFPA en NGOs beschikbaar maken van anticonceptiemiddelen, inclusief het vrouwencondoom en de ‘morning after pill’.
- Ondersteunen van medische zorg voor vrouwen die slachtoffer zijn van geweld, zoals het ziekenhuis in Goma dat hierin gespecialiseerd is.
- Ondersteunen van publiekprivate partnerschappen die zich toeleggen op de ontwikkeling en productie van nieuwe preventieve middelen die met name ook aan vrouwen bescherming bieden zoals vaccins,

microbicides²⁸ en het vrouwencondoom.

- Ondersteunen van onderwijs gericht op het vergroten van de weerbaarheid van meisjes en gedragsverandering bij jongeren.

Sociaal economische ontwikkeling

Nederland zet in op:

- het hervormen van het ondernemingsklimaat zodat vrouwen gelijke kansen krijgen: aanpassing en handhaving van nationale wetgeving op het gebied van arbeidsrecht, verzekeringssystemen en eigendoms- en landrechten heeft daarbij hoge prioriteit.
- toepassing van de ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work²⁹ voor alle Nederlandse ambassades.
- acceptatie van de internationale aanbeveling inzake HIV/aids en personeelsbeleid door de Internationale Arbeidsconferentie (ILO) in 2009. Deze ILO aanbeveling bevat een set van uitgangspunten en richtlijnen t.b.v. integratie van HIV/aids in het personeelsbeleid.
- het stimuleren van maatschappelijke organisaties en bedrijven tot het voeren van personeelsbeleid dat tegemoet komt aan de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten – inclusief HIV-preventie, zorg en behandeling.
- consolidatie en uitbreiding van programma's van het Health Insurance Fund, een innovatief verzekeringsfonds voor lage inkomensgroepen in Afrika. Deze groepen kunnen dankzij een premiesubsidie zich aansluiten bij een collectieve private ziektekostenverzekering. Het fonds dekt een breed scala aan zorgkosten, inclusief ARV-behandeling en zwangerschapsbegeleiding en is al actief in Nigeria en binnenkort in Tanzania.
- ondersteuning in zuidelijk-Afrika van programma's die families ondersteunen met voedsel en zorg voor kinderen zodat die naar school kunnen blijven gaan. Deze programma's worden overwegend door particuliere organisaties, het Rode kruis, UNICEF en het Wereldvoedselprogramma (WPF) uitgevoerd.
- pleitbezorging en uitdragen van de Livingstone Call for Action³⁰ in de politieke dialoog en in beleidsoverleg in Afrikaanse landen.
- het aansporen van andere donoren (zoals het VK, Ierland en Duitsland) die vanwege hun groeiende ODA-budgetten mogelijkheden hebben om grootschalige en structureel te investeren in sociale zekerheidsprogramma's.

Het advies van de beleidsdoorlichting dat wij bilateraal meer moeten investeren in het opvangen van de gevolgen van de aidsepidemie wordt deels opgevolgd. Nederland heeft noch toegevoegde waarde noch capaciteit om zelf grootschalige programma's voor bijstand aan

²⁸ Microbicides zijn mengsels die vaginaal of rectaal aangebracht, bescherming bieden tegen HIV-infectie en andere soa's. Er bestaat nog geen werkzame microbicide.

²⁹ Deze ILO Code is een set van uitgangspunten en richtlijnen t.b.v. integratie van HIV/aids in het personeelsbeleid.

³⁰ De "Livingstone Call for Action" roept Afrikaanse leiders op om te investeren in sociale programma's voor de allerarmsten.

getroffen huishoudens tot stand te brengen. Omdat Nederland wel belang hecht aan deze aspecten van de aidsepidemie blijven we onze bijdragen kanaliseren via UNICEF, het Global Fund, het Wereld Voedselprogramma en het regionale aidsprogramma in Zuidelijk Afrika.

Onderwijs

Onderwijs is een krachtige *window of opportunity* voor zowel preventie als bevordering van rechten. De onderwijssector draagt tegelijkertijd ook de lasten van de aidsepidemie. Nederlandse ondersteuning richt zich op beide terreinen.

Nederland zet in op:

- het integreren van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in het onderwijscurriculum, in training van onderwijspersoneel en op de inschakeling van ‘peer educators’ binnen en buiten de school.
- het ontwikkelen van strategieën om de gevolgen van aids op de onderwijssector op te vangen.

Op internationaal niveau neemt Nederland actief deel aan de internationale Interagency Task Team for Education³¹. In 15 partnerlanden worden ministeries van onderwijs ondersteund waarbij de inzet per continent varieert. Voor Afrika ligt het accent op het ontwikkelen van HIV/aids personeelsbeleid voor onderwijzend personeel en het bevorderen van schoolgang van kinderen en jongeren – met name meisjes van gezinnen die getroffen zijn door ziekte of sterfte. In Azië worden op steeds grotere schaal ‘life skills’ programma’s uitgevoerd. In Latijns-Amerika en het Caribische gebied hebben de gezamenlijke ministers van onderwijs en gezondheid recent besloten om seksuele voorlichting op te nemen in het onderwijscurriculum.

Gezondheid

Nederland zet in op:

- pleitbezorging voor naleving van de afspraak van Afrikaanse leiders om 15% van het nationale overheidsbudget te besteden aan gezondheid (Abuja 2001).
- het versterken van stelsels voor gezondheidszorg in partnerlanden om toegang tot kwalitatief goede zorg te vergroten, met name voor de meest kwetsbare groepen.
- betere integratie van seksuele en reproductieve gezondheid en HIV/aids in nationale gezondheidplannen met accent op preventie.
- het vergroten van de effectiviteit van het beleid door krachtig bevorderen van de samenwerking tussen overheden, maatschappelijke organisaties en de private sector.
- een betere toegang tot en beschikbaarheid van medicijnen, anticonceptiva en andere middelen op het gebied van reproductieve gezondheid.

³¹ Deze werkgroep is opgericht door UNAIDS en bestaat uit vertegenwoordigers van de VN, donoren en maatschappelijke organisaties.

- het stimuleren van onderzoek en ontwikkeling van nieuwe middelen. De nadruk ligt daarbij op nieuwe opties voor HIV-preventie die relevant zijn voor vrouwen, zoals vrouwencondooms, microbicides en een aidsvaccin.

In twaalf partnerlanden is Nederland betrokken bij ondersteuning van de gezondheidssector. De toenemende taakverdeling tussen donoren onderling zal er de komende jaren toe leiden dat onze inzet in bepaalde landen intensiever wordt terwijl wij in andere landen een stap terug doen. Nederland zal er op toe zien dat seksuele en reproductieve gezondheid en rechten prominent in beeld blijven.

Binnen de sectorale programma's richten wij ons voornamelijk op financiering, de personeelscrisis, inclusief het tekort aan vroedvrouwen, en op bevordering van samenwerking met de private sector en maatschappelijke organisaties. Nederland kan hier een rol als bruggenbouwer spelen waarbij ons eigen stelsel van volksgezondheid, evenals de ervaringen met het Health Insurance Fund als voorbeelden kunnen dienen.

Nederland is een actieve deelnemer aan het in 2007 opgerichte International Health Partnership (IHP) dat de versnelde opbouw van gezondheidssystemen in arme landen tot doel heeft. Nederland zal de inzet op preventie en rechten binnen dit verband inbrengen.

Om de beschikbaarheid van betaalbare medicijnen en andere medische producten in ontwikkelingslanden te vergroten stimuleert Nederland dat ontwikkelingslanden in hun handelsbeleid gebruik maken van de flexibiliteit die toegestaan wordt door het internationale TRIPS³² verdrag. Belangen en rechten van ontwikkelingslanden ten aanzien van invoer en productie van preventieve middelen worden waar mogelijk behartigd in internationale onderhandelingen over handel tussen de EU en ontwikkelingslanden samen met de ministeries van VWS en EZ.

Het stimuleren van onderzoek en ontwikkeling van nieuwe middelen. De nadruk ligt daarbij op nieuwe opties voor HIV-preventie die relevant zijn voor vrouwen, zoals vrouwencondooms, microbicides en een aidsvaccin.

4.3 Strategische partners

Als gevolg van de toename van het aantal actoren, met name in de aidsbestrijding, en de daarmee samenhangende groei van het volume beschikbare hulp gelden, zijn het relatieve belang en de positie van Nederland veranderd. Het is daarom zaak dat wij onze inzet bepalen tot die terreinen waar wij echte meerwaarde hebben of waar wij belangrijke hiaten constateren.

Nederland speelt een rol als kennismakelaar en als bruggenbouwer tussen de overheid, maatschappelijke organisaties, wetenschappers en de private sector. Non-gouvernementele organisaties, waaronder de partners van Nederlandse ontwikkelingsorganisaties, spelen een belangrijke rol als pleitbezorgers en zijn een bron van informatie voor onze ambassades. Zij zijn onmisbaar voor het bespreekbaar maken van seksualiteit en daarmee samenhangende opvattingen en gevoeligheden en in het bestrijden van vooroordeel. Organisaties op religieuze grondslag moeten eveneens betrokken worden bij de politieke dialoog.

³² TRIPS: Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights.

De VN-organisaties UNFPA, UNAIDS en de WHO zijn belangrijke partners voor Nederland. Zij beschikken over de inhoudelijke deskundigheid en het mandaat om seksuele en reproductieve gezondheid en aids te agenderen en ontwikkelingslanden te assisteren bij de uitvoering en het monitoren van de voortgang. Nederland is momenteel een belangrijk donor van UNFPA en UNAIDS. Daarnaast is onze bijdrage aan UNICEF, aan de WHO en aan wereldwijde publiekprivate partnerschappen aanzienlijk. Met name het Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria en de GAVI Alliance kunnen rekenen op ruimhartige steun van Nederland. In deze partnerschappen vinden uiteenlopende partijen – overheden, multilaterale organisaties, NGOs en private sector – elkaar in een gezamenlijk zoeken naar oplossingen voor grote mondiale problemen. Hun impact gaat verder dan de concrete resultaten die zij uit hoofde van hun mandaat boeken. Zij leveren belangrijke nieuwe inzichten met betrekking tot de financiering van gezondheidssystemen. GFATM is in korte tijd uitgegroeid tot de belangrijkste bron van financiering in de strijd tegen aids, tuberculose en malaria. De GAVI Alliance is gericht op de ontwikkeling van vaccins; behalve de directe impact op kindersterfte wordt ook een basis gelegd voor de introductie van andere vaccins zoals dat tegen baarmoederhalskanker en, op termijn, een vaccin tegen aids.

Wij zijn intensief betrokken bij internationale discussies over hervorming van de VN en verbetering van de samenwerking tussen multilaterale, bilaterale en particuliere geldschieters. Nederlandse experts zijn gedetacheerd bij UNFPA, bij UNAIDS en de Europese Commissie en brengen daar onze ervaring en visie in. Met betrekking tot hulpverlening met ontwikkelingslanden pleiten wij consequent bij al deze partners om de afspraken van Parijs en Accra na te leven.

De donorgemeenschap is in verandering. Naast de traditionele donoren staat Nederland open voor samenwerking met landen die recent op het toneel van de ontwikkelingshulp zijn verschenen zoals de nieuwe lidstaten van de EU, China, India en Brazilië. De EU is een belangrijke speler in de internationale samenwerking, ook op de terreinen van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en aids. De Nederlandse bijdrage aan de beleidsdiscussies in Brussel is geïnspireerd op de rechtenbenadering en richt zich met name op de belangen en behoeften van achtergestelde groepen.

Publiekprivate samenwerkingsverbanden zijn bij uitstek geschikte instrumenten om hiaten in zorgverlening te helpen dichten. Het Health Insurance Fund en het Schokland Akkoord inzake het vrouwencondoom zijn hier voorbeelden van.

4.4 Financieel instrumentarium

Het financieel instrumentarium omvat instellingssubsidies aan VN-organisaties, bijdragen aan partnerschappen en internationale fondsen, strategische allianties met internationale NGOs (SALIN), MFS, bilaterale financiering, het stabiliteitsfonds en de mensenrechtenfaciliteit, intensiveringmiddelen fragiele staten, humanitaire hulp, het Schoklandfonds, het MDG3 fonds, en het kennis en onderzoeksprogramma. In antwoord op de beleidsdoorlichting, zal het beschikbare financiële instrumentarium zo flexibel mogelijk ingezet worden.

De Nederlandse bijdrage aan srgr en HIV/aids tezamen bedroeg in 2006 en 2007 respectievelijk 392 miljoen en 424 miljoen euro, zoals gemeld in de artikelen 5.4 en 5.5 van het BZ jaarverslag 2007. In de beleidsbrief “Een zaak van iedereen” is een intensivering

aangekondigd op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Ook de uitgaven aan HIV/aids stijgen.

Nederland stelt vanaf 2008 aan UNFPA 25 miljoen euro per jaar extra beschikbaar voor voorbehoedmiddelen en medicijnen.

Tevens wordt de bilaterale ondersteuning van de gezondheidssector in een aantal landen verhoogd met 10 miljoen euro in 2008 en ruim 18 miljoen euro per jaar in de daaropvolgende jaren, met name op het gebied van srgr.

De ondersteuning van internationale NGOs, die een cruciale rol spelen in zowel dienstverlening als pleitbezorging, wordt tot bijna 14 miljoen euro per jaar verhoogd.

Nederland zal vanaf 2009 een extra bijdrage van 20 miljoen euro aan het Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria (GFATM) leveren en vanaf 2010 structureel 30 miljoen euro extra per jaar.

Onderzoek en ontwikkeling wordt extra gestimuleerd met een additionele bijdrage van 4 miljoen euro per jaar, en onder het Schoklandakkoord zullen diverse initiatieven worden gefinancierd.

4.5 Monitoren en evaluatie

Nederland is bereid om verantwoording af te leggen over zijn inzet en de daarmee bereikte resultaten, zowel aan het thuisfront als aan de internationale gemeenschap. Buitenlandse Zaken beschikt echter niet over een apart specifiek instrument voor het monitoren van resultaten op de terreinen van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en aids. De tweejarige resultatenrapportage besteedt uiteraard aandacht aan deze onderwerpen. De Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) voert evaluaties uit en kan verzocht worden om thematische impactstudies te doen, bijvoorbeeld in het kader van de landenevaluaties. Met onze MFS en SALIN partners zijn afspraken gemaakt over monitoring en evaluatie. Internationale organisaties spreken we aan op meer resultaat gericht werken en rapporteren. Op basis van beleidsdoorlichtingen, zoals die uitgevoerd in 2007, wordt beleid aangescherpt en bijgesteld waar nodig.