

## **Ministerie van Buitenlandse Zaken**

### **Beleidsdoorlichting seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en hiv/aids**

Begrotingsartikel 5, operationele doelstellingen 5.4 (een halt aan de verspreiding van hiv/aids, malaria en andere levensbedreigende ziekten) en 5.5 (een wereldwijde betrokkenheid voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en het onverkort uitvoeren van de Cairo-agenda).

2004 - 2006



## VOORWOORD

Hiv/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten vormen belangrijke beleidsprioriteiten binnen het Nederlandse, kabinetsbrede buitenlands beleid, met name maar zeker niet uitsluitend op het gebied van ontwikkelingssamenwerking. Van de acht in 2000 overeengekomen millennium ontwikkelingsdoelen heeft het zesde direct betrekking op hiv/aids en zijn drie andere nauw gerelateerd aan seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en hiv/aids. Beide thema's zijn ook sterk verweven met andere beleidsterreinen binnen het buitenlands beleid, in het bijzonder het bevorderen van mensenrechten. De problematiek is zo omvangrijk dat de gevolgen merkbaar zijn op vrijwel elk gebied. Mogelijkheden voor preventie en behandeling doen zich voor op uiteenlopende terreinen, zoals bijvoorbeeld in de economische betrekkingen.

Dit is de eerste keer dat een beleidsterrein van het ministerie van Buitenlandse Zaken wordt onderworpen aan een beleidsdoorlichting, de vorm van evaluatieonderzoek geïntroduceerd met het in 2006 van kracht worden van de rijksbrede Regeling periodiek evaluatieonderzoek en beleidsinformatie. Het is ook de eerste keer dat de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) een dergelijk onderzoek heeft uitgevoerd en er zijn verschillen met andere evaluaties. In de eerste plaats is het onderzoek meer beschrijvend van aard en in de tweede plaats berust het in sterkere mate op bestaand evaluatiemateriaal.

Marijke Stegeman van IOB is verantwoordelijk voor de beleidsdoorlichting. Consultant Arend Pieper en stagiaire Ashna Nakched (Erasmus Universiteit) hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het onderzoek. Jef Heuberger, Françoise Jenniskens en Mandeep Dhaliwal (Koninklijk Instituut voor de Tropen) en Esther Jurgens, Jos Dusseljee en Carolien Aantjes (ETC Crystal) hebben twee deelstudies uitgevoerd.

De beleidsdoorlichting is begeleid door een klankbordgroep onder voorzitterschap van Siemon Tuinstra, coördinator van de Taakgroep Aids en Reproductieve Gezondheid van het ministerie van Buitenlandse Zaken. Deelnemers in de klankbordgroep waren Frans Baneke (directeur World Population Foundation), Peter van Rooijen (directeur International Civil Society Support), Hendrik-Jan Heeres, Agnes van Zundert (beide Inspectie der Rijksfinanciën), Reina Buijs, Antoinette Gosses, Els Klinkert, Elly Leemhuis, Nathalie Lintvelt, Jaap Rooimans en Erica Voulon (alle ministerie van Buitenlandse Zaken). Zij hebben waardevol commentaar gegeven op eerdere versies van de beleidsdoorlichting, waarvoor onze dank.

Dank gaat ook uit naar iedereen die antwoord heeft gegeven op schriftelijke of mondelinge vragen. De namen staan vermeld bij de gebruikte bronnen.

IOB draagt de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de beleidsdoorlichting.

Bram van Ojik  
Directeur Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie



## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	iii
Lijst van afkortingen.....	vii
1 Samenvatting .....	1
1.1 Inleiding .....	1
1.2 Bevindingen en conclusies.....	1
2 Inleiding .....	3
2.1 Aanleiding voor het onderzoek.....	3
2.2 Onderzoeksopzet.....	3
2.3 Beperkingen van het onderzoek.....	4
2.4 Uitvoering van het onderzoek.....	4
2.5 Indeling van het rapport.....	5
3 Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en hiv/aids .....	7
3.1 Internationale context .....	7
3.2 Problematiek.....	8
3.2.1 Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten.....	8
3.2.2 Hiv/aids .....	10
3.3 Raakvlakken tussen srgr, hiv/aids, gender, mensenrechten en armoede .....	11
3.4 Conclusie .....	13
4 De rol van de rijksoverheid.....	15
4.1 Missie van het ministerie van Buitenlandse Zaken.....	15
4.2 Het Nederlandse buitenlandse beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids .....	15
4.2.1 Beleid met betrekking tot srgr .....	15
4.2.2 Hiv/aidsbeleid.....	16
4.2.3 Integratie van srgr en hiv/aids binnen het buitenlands beleid.....	17
4.3 EU-beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids .....	17
4.3.1 Beschrijving van het EU-beleid .....	17
4.3.2 Raakvlakken en verschillen tussen het EU- en het Nederlandse beleid .....	19
4.4 Internationaal srgr- en hiv/aidsbeleid van vakministeries.....	19
4.4.1 Beschrijving van het beleid van Defensie, OCW, SZW en VWS.....	19
4.4.2 Beleidscoördinatie door het ministerie van Buitenlandse Zaken.....	21
4.5 Conclusie .....	22
5 Toetsing van het Nederlandse buitenlandse beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids .....	23
5.1 Toetsing aan de hoofddoelstellingen van het buitenlands beleid .....	23
5.2 Toetsing aan internationaal vastgelegde afspraken.....	23
5.3 Nederlands beleid in vergelijking met het beleid van het VK, Zweden en de VS.....	26
5.4 Conclusie .....	29
6 Uitvoering van het beleid: instrumenten, kanalen en uitgaven.....	31
6.1 Overzicht van doelen, instrumenten en kanalen .....	31
6.2 Uitgaven.....	32
6.3 Analyse .....	36
6.3.1 Kanalen van uitvoering: sterke en zwakke punten.....	36
6.3.2 Doelbereiking .....	41
6.4 Conclusie .....	42
7 De rol van NGO's bij de dienstverlening.....	45
7.1 Beschrijving van de NGO's.....	45
7.2 Werkterrein NGO's versus Nederlandse beleidsprioriteiten .....	46
7.3 Dienstverlening door NGO's en het bereiken van arme bevolkingsgroepen .....	48
7.4 Conclusie .....	50
8 Resultaten van het hiv/aidsbeleid in Sub-Sahara Afrika .....	51
8.1 Voortgang in de partnerlanden .....	51

8.2	Relevantie en effectiviteit van programma's en projecten.....	53
8.3	Conclusie .....	54
9	Conclusies en dilemma's .....	57
9.1	Conclusies.....	57
9.2	Dilemma's.....	60
Geraadpleegde bronnen.....		63
Bijlage 1	Terms of reference.....	68
Bijlage 2	Organisatie van de studie .....	71
Bijlage 3	Overzicht van de uitgaven .....	72

## Lijst van afkortingen

ACP	Africa, Caribbean and Pacific
AIDS	Acquired immune deficiency syndrom
ART	Anti-retrovirale therapie
ARV	Anti-retrovirale (therapie)
AU	Afrikaanse Unie
AVVN	Algemene Vergadering van de Verenigde Naties
BNP	Bruto nationaal product
BZ	Buitenlandse Zaken
CARAM	Coordination of Action Research on AIDS and Mobility
CoCo	Coördinatiecommissie voor Europese Integratie- en Associatieproblemen
CoRIA	Coördinatiecommissie voor Internationale Aangelegenheden
CPR	Contraceptive prevalence rate
CROSS	Overheidsorganisatie voor samenwerking op het gebied van onderwijs (voorheen: Coördinatie Rusland Onderwijs Samenwerking)
CRS	Creditor reporting system
DAC	Development Assistance Committee
DEK/BA	Directie Effectiviteit en Kwaliteit, afdeling beleidsanalyse en advisering
DFID	Department for International Development
DOTS	Directly observed treatment scheme
DSI	Directie Sociale en Institutionele Ontwikkeling
DSI/SB	Directie Sociale en Institutionele Ontwikkeling, afdeling sociaal beleid
DVF	Directie Verenigde Naties en Internationale Financiële Instellingen
DVF/FS	Directie Verenigde Naties en Internationale Financiële Instellingen, afdeling VN-fondsen en sociale zaken
EC	Europese Commissie
ECOSOC	(United Nations) Economic and Social Council
ECOWAS	Economic Community of West African States
EDCTP	European & Developing Countries Clinical Trials Partner
EOF	Europees Ontwikkelingsfonds
EU	Europese Unie
EZ	Economische Zaken
FCI	Family Care International
FEZ/FM	Directie Financieel Economische Zaken, afdeling financieel en informatie management
FGM	Female genital mutilation
FSA	Faciliteit strategische activiteiten mensenrechten en goed bestuur
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
HGIS	Homogene Groep Internationale Samenwerking
HIF	Health Insurance Fund
HIV	Human immunodeficiency virus
HNP	Health, nutrition and population
HR	Human resources
HRP	Human Reproduction Programme
IAVI	International AIDS Vaccine Initiative
ICPD	International Conference on Population and Development

IDP	Internally displaced people
IHAA	International HIV/AIDS Alliance
ILO	International Labour Organisation
IOB	Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie
IPAS	Indiana Protection and Advocacy Services
IPM	International Partnership for Microbicides
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IWHC	International Women's Health Coalition
MATRA	Maatschappelijke transformatie (programma)
MDG	Millennium development goal
MFO	Medefinancieringsorganisatie
MFS	Medefinancieringsstelsel
MJSP	Meerjarige strategische planning
MOPAN	Multilateral Organisations Performance Assessment Network
MSI	Marie Stopes International
NACCAP	Netherlands African Partnership for Capacity Development and Clinical Interventions
NAVO	Noord-Atlantische Verdragsorganisatie
NGO	Niet-gouvernementele organisatie
NUFFIC	Netherlands Organization for International Cooperation in Higher Education
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OS	Ontwikkelingssamenwerking
OVC	Orphans and vulnerable children
OVSE	Organisatie voor Veiligheid en Samenwerking in Europa
PCB	Programme Coordinating Board
PDPP	Product development private partnership
PEPFAR	President's Emergency Plan for Aids Relief
PHARE	Pologne, Hongrie Assistance à la Reconstruction Economique
PLWHA	People living with HIV or AIDS
PPP	Publiek-privaat partnerschap
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
PSI	Population Services International
REIA	Raad voor Europese en Internationale Aangelegenheden
RG	Reproductieve gezondheid
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RPE	Rijksregeling voor periodieke evaluatieonderzoeken
RTI	Reproductive tract infections
SALIN	Strategische allianties met internationale NGO's
SBE	Sectorale begrotingseenheid
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
SRGR	Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TACIS	Technical Assistance for the Commonwealth of Independent States
TARG	Taakgroep Aids en Reproductieve Gezondheid
TK	Tweede Kamer



TMF	Thematische medefinanciering
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
USAID	United States Agency for International Development
VCT	Vrijwillige counseling en testen
VK	Verenigd Koninkrijk
VN	Verenigde Naties
VS	Verenigde Staten
VU	Vrije Universiteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WB	Wereldbank
WFP	World Food Programme
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organisation
WOTRO	Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van de Tropen
WPF	World Population Foundation



# **1 SAMENVATTING**

## **1.1 Inleiding**

De beleidsdoorlichting betreft twee nauw met elkaar verweven beleidsprioriteiten binnen het beleidsartikel toegenomen menselijke ontplooiing en sociale ontwikkeling van de begroting van Buitenlandse Zaken: een halt aan de verspreiding van hiv/aids, malaria en andere levensbedreigende ziekten en een wereldwijde betrokkenheid voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgr) en het onverkort uitvoeren van de Cairo-agenda. In de periode die het onderzoek bestrijkt (2004 t/m 2006) is bijna €980 miljoen besteed aan deze onderwerpen.

De doorlichting is opgebouwd uit vijf onderdelen.

- Beschrijving en analyse van de problematiek
- Beschrijving van de rol van de rijksoverheid
- Toetsing van de beleidsdoelstellingen
- Uitvoering van het beleid: uitgaven, instrumenten en kanalen
- Resultaten

De doorlichting berust op bestaand evaluatiemateriaal, aangevuld met archiefonderzoek en interviews. Het gedeelte over de resultaten op het gebied van srgr is beperkt tot de rol van internationale NGO's bij de dienstverlening. Voor hiv/aids is in de eerste plaats gekeken naar de voortgang op een aantal indicatoren in de OS-partnerlanden in Sub-Sahara Afrika. Daarnaast is een steekproef van 28 programma's en projecten in Sub-Sahara Afrika beoordeeld op beleidsrelevantie en effectiviteit. De bevindingen van de beleidsdoorlichting zijn samengevat in een concluderend hoofdstuk, dat ook aangeeft welke dilemma's er bestaan bij de beleidsuitvoering.

## **1.2 Bevindingen en conclusies**

De problematiek op het gebied van srgr en hiv/aids is omvangrijk. Vier van de millenniumdoelen raken direct aan srgr en hiv/aids. De voortgang op deze doelen is beperkt of vrijwel afwezig. Nederland is partij bij diverse mensenrechtenverdragen, resoluties en verklaringen met betrekking tot srgr en hiv/aids. Betrokkenheid en inzet van de rijksoverheid is daarmee gerechtvaardigd.

De uitgangspunten, doelen en prioriteiten van het buitenlandse srgr- en hiv/aidsbeleid zijn duidelijk vastgelegd, die van hiv/aids in Kamernotities en die van het srgr-beleid in interne notities. Het Nederlandse beleid is volledig in overeenstemming met de internationale afspraken, zoals de uitkomsten van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling van 1994 (de Cairo-agenda), de millenniumdoelen en verschillende VN-verklaringen over hiv/aids. Er is geen aanleiding om de beleidsprioriteiten bij te stellen. Het Nederlandse beleid komt in grote lijnen overeen met het EU-beleid, maar er zijn accentverschillen. Nederland besteedt meer aandacht aan gevoelig liggende onderwerpen op het gebied van srgr en aan hiv/aids onder jongeren en kwetsbare groepen. Deze verschillen rechtvaardigen mede dat Nederland, naast de inspanningen in EU-verband, ook een eigen srgr- en hiv/aidsbeleid voert.

Nederland heeft zich in internationaal verband altijd sterk ingezet voor het behoud en de aanscherping van de Cairo-agenda en voor de preventie van hiv/aids. Gevoelig liggende onderwerpen zijn daarbij niet geschuwd. Het beleid van het VK en Zweden komt in grote lijnen overeen met dat van Nederland, maar Nederland stelt in internationaal kader de gevoelig liggende onderwerpen veel explicieter aan de orde dan de twee andere landen. Daarmee heeft Nederland een meerwaarde ten opzichte van het VK en Zweden. Nederland heeft, samen met het Verenigd Koninkrijk en Zweden, een meerwaarde ten opzichte van de Verenigde Staten. Het betreft dan met name het abortusbeleid en het hiv-preventiebeleid.

De inzet in internationaal kader is, mede door de substantiële bijdrage aan UNFPA en UNAIDS, overwegend succesvol geweest. De inspanningen in internationaal verband hebben zich ten dele ook vertaald in de beleidsuitvoering in bilateraal verband. De OS-partnerlanden waar samenwerking in de gezondheidssector bestaat hebben alle de millenniumdoelen verwerkt in hun beleidsplannen. Steun aan de gezondheidssector is er op gericht de toegang tot reproductieve gezondheid, met inbegrip van de preventie en behandeling van hiv/aids, te vergroten. De uitvoering van de plannen blijft echter veelal achter door logistieke problemen en te weinig goed opgeleid personeel. Voorts blijven sommige beleidsprioriteiten, zoals enkele heikele onderwerpen van de Caïro-agenda en de preventie, zorg en behandeling van hiv/aids onder kwetsbare groepen, onderbelicht binnen de gezondheidssector. Ook de opvang van de gevolgen van aids wordt onvoldoende aan de orde gesteld.

Een onderzoek naar de rol van door Nederland (mede) gefinancierde internationale NGO's<sup>1</sup> op het gebied van dienstverlening heeft laten zien dat deze een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van de Caïro-agenda, met name op onderwerpen die gevoelig liggen en die minder aan de orde komen in de reguliere gezondheidszorg. Ook richten NGO's zich op jongeren en kwetsbare groepen. Bij elkaar opgeteld beslaan de acht bestudeerde NGO's alle voor Nederland prioritaire onderwerpen. De bevindingen over de manier waarop zij hun mandaat uitvoeren zijn overwegend positief.

Uit een inventarisatie van resultaten op het gebied van hiv/aids in Sub-Sahara Afrika blijkt dat er in de meeste partnerlanden sprake is van een lichte verbetering op de hiv/aidsindicatoren. Het is plausibel te veronderstellen dat Nederland hieraan heeft bijgedragen, hoewel de omvang van deze bijdrage niet goed is vast te stellen. Een onderzoek naar de beleidsrelevantie en de effectiviteit van een steekproef van 28 programma's en projecten levert een gevarieerd beeld op. De programma's en projecten zijn overwegend relevant, zij het dat de verwevenheid van srgr en hiv/aids onvoldoende wordt belicht. De beoogde output is bij bijna alle programma's en projecten in voldoende mate of volledig gerealiseerd. Voor elf van de 28 programma's bleek het mogelijk de doelbereiking te beoordelen. Bij de overige was of niet goed aangegeven wat men beoogde te bereiken of de rapportage ontoereikend. Bij de elf programma's die konden worden beoordeeld zijn de beoogde doelen gerealiseerd.

Samengevat kan worden gesteld dat de beleidsprioriteiten op het gebied van srgr en hiv/aids in overeenstemming zijn met de internationale afspraken, maar dat een aantal beleidsprioriteiten onvoldoende aandacht krijgt in de beleidsuitvoering.

---

<sup>1</sup> Eén Van de acht onderzochte NGO's is in Nederland gevestigd (WPF), maar deze opereert vooral internationaal.

## 2 INLEIDING

### 2.1 Aanleiding voor het onderzoek

De beleidsdoorlichting is uitgevoerd ingevolge de evaluatieverplichting zoals opgenomen in de regeling periodiek evaluatieonderzoek (RPE) van 2006.<sup>2</sup> Het is de eerste beleidsdoorlichting uitgevoerd voor en door het ministerie van Buitenlandse Zaken. De beleidsdoorlichting betreft twee nauw met elkaar verweven beleidsprioriteiten binnen beleidsartikel 5 (toegenomen menselijke ontplooiing en sociale ontwikkeling) van de begroting van Buitenlandse Zaken: een halt aan de verspreiding van hiv/aids, malaria en andere levensbedreigende ziekten (operationele doelstelling 5.4) en een wereldwijde betrokkenheid voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgr) en het onverkort uitvoeren van de Caïro-agenda (operationele doelstelling 5.5). In de periode die het onderzoek bestrijkt (2004 t/m 2006) is bijna €980 miljoen besteed aan deze onderwerpen, dat wil zeggen 7,6 procent van de ODA-middelen.<sup>3</sup> Sinds 2000 zijn verschillende programma's en projecten geëvalueerd, maar de beleidsvelden als geheel zijn niet eerder onder de loep genomen.

### 2.2 Onderzoeksopzet

Het doel van de beleidsdoorlichting is verantwoording af te leggen over de doelmatigheid van het gevoerde aids- en srgr-beleid, te leren van de ervaringen en waar nodig verbeteringen aan te brengen.

De beleidsdoorlichting bestaat uit de volgende onderdelen.

- Beschrijving en analyse van het probleem. De centrale onderzoeksvragen zijn:
  - Wat is de omvang van de srgr- en aidsproblematiek en welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag?
  - Wat is de relatie tussen srgr, aids, gender en armoede en ontwikkeling? Rechtvaardigt de omvang van de problematiek de betrokkenheid van de rijksoverheid?
- Beschrijving en motivering van de rol van de rijksoverheid, met als onderzoeksvragen:
  - Wat is de rol en doelstelling van BZ op het gebied van srgr en hiv/aids?
  - Hoe verhoudt zich het Nederlandse srgr en hiv/aidsbeleid tot het EU-beleid?
  - Welk srgr- en hiv/aidsbeleid voeren andere ministeries en hoe coördineert BZ?
- Beschrijving en analyse van de beleidsdoelstellingen, met als onderzoeksvragen:
  - In hoeverre is het Nederlandse beleid in overeenstemming met internationaal overeengekomen afspraken?
  - In hoeverre heeft het Nederlandse beleid een meerwaarde ten opzichte van het beleid van andere donoren?
- Beschrijving en analyse van de gehanteerde instrumenten, de gebruikte kanalen en de verdeling van de financiële middelen. De onderzoeksvragen zijn:
  - In hoeverre is er sprake van complementariteit tussen de gekozen instrumenten en kanalen?
  - Hoe heeft de inzet van instrumenten bijgedragen aan de realisatie van de doelstellingen?
- Beschrijving en analyse van de bereikte resultaten. De onderzoeksvragen zijn:
  - Wat is de beleidsrelevantie en de effectiviteit van in Sub-Sahara Afrika uitgevoerde programma's en projecten op het gebied van hiv/aids?
  - Wat zijn de resultaten van de inzet van internationale NGO's als dienstverleners op het terrein van reproductieve gezondheid op landenniveau.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Staatscourant 28 april 2006, nr. 83: 14.

<sup>3</sup> De noemer is berekend op basis van de gerealiseerde uitgaven, zoals vermeld in de HGIS-nota's van 2006 (jaar 2004); 2007 (2005) en 2008 (2006). Als voor de noemer alleen BZ/ODA-middelen worden meegenomen, komt het percentage uit op 9,2.

<sup>4</sup> De onderdelen zijn in algemene zin voorgeschreven in art. 8 van de RPE. De terms of reference (bijlage 1) geven een gedetailleerd overzicht van de onderzoeksvragen en -opzet. In de ToR wordt hiv/aids eerste genoemd, maar in de beleidsdoorlichting is de volgorde omgedraaid.

De bevindingen zijn gebaseerd op bestaand evaluatiemateriaal, aangevuld met dossieronderzoek en interviews. Bij de interpretatie wordt het begrippenkader uit de richtlijnen voor evaluatie van de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) gehanteerd.<sup>5</sup> Parlementaire documentatie, documentatie van en evaluatierapporten over internationale organisaties en NGO's, interne dossiers, waaronder jaarplannen en projectrapportages, collega's die betrokken zijn bij de beleidsuitvoering en externe deskundigen vormen de belangrijkste bronnen.

De evaluatie periode is 2004-2006. In principe betreft de doorlichting het hele beleidsterrein srgr en hiv/aids en is de geografische reikwijdte van het onderzoek wereldwijd. Op logistieke gronden, dat wil zeggen de beperkte duur van het onderzoek en het beschikbare evaluatiemateriaal, is er bij verschillende onderdelen wel een afbakening gemaakt. De vraag inzake de meerwaarde van het Nederlandse beleid ten opzichte van andere donoren is beperkt tot de Verenigde Staten (VS), het Verenigd Koninkrijk (VK) en Zweden. De ratio is dat het VK en de VS de twee grootste donoren op het gebied van srgr en hiv/aids zijn en dat Zweden een van de *like minded* landen is. Het onderzoek inzake de beleidsrelevantie en effectiviteit van door Nederland gefinancierde programma's en projecten voor hiv/aids is beperkt tot Sub-Sahara Afrika. De ratio is dat de problematiek hier veel omvangrijker is dan elders ter wereld en dat bijna driekwart van de via het bilaterale kanaal bestede middelen ten goede is gekomen aan programma's en projecten in dit werelddeel.<sup>6</sup> Bij de bereikte resultaten op het gebied van srgr is alleen naar de rol van internationaal werkzame NGO's gekeken. De ratio is dat deze als belangrijke uitvoerders worden beschouwd van voor Nederland prioritaire onderdelen van de Caïro-agenda. Daarmee is het onderdeel dat de resultaten betreft illustratief, en niet representatief, voor het Nederlandse beleid.

### 2.3 Beperkingen van het onderzoek

De beleidsdoorlichting kent twee belangrijke beperkingen, die van een verschillende orde zijn.

- Het bestaande evaluatiemateriaal is niet evenwichtig verdeeld over de verschillende onderdelen van de doorlichting en aanvullende informatie is vooral verkregen via interviews. Het onderzoek berust derhalve niet altijd op triangulatie van bronnen, maar soms alleen op percepties.<sup>7</sup>
- Voor de resultaatmeting geldt dat twee zaken het leggen van een direct verband tussen resultaten en de financiering vanuit Nederland in de weg staan. In de eerste plaats is het niet mogelijk een direct verband te leggen tussen een geconstateerde gedragsverandering of betere gezondheidstoestand en een interventie. In de tweede plaats is het niet mogelijk om de Nederlandse financiering los te koppelen van die van andere actoren. Derhalve zijn de conclusies verwoord in termen van plausibiliteit.

### 2.4 Uitvoering van het onderzoek

De terms of reference voor de beleidsdoorlichting zijn vastgesteld door de plaatsvervangend Directeur-generaal Internationale Samenwerking, de hoofdbudgethouder voor beide beleidsartikelen. Om de onafhankelijkheid van de doorlichting vorm te geven is de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) verzocht het onderzoek uit te voeren. IOB is daarmee verantwoordelijk voor de beleidsdoorlichting en het eindrapport. De onafhankelijkheid is verder vorm gegeven doordat externe deskundigen hebben bijgedragen aan de uitvoering van het onderzoek en door middel van een klankbordgroep, waarin externe deskundigen zitting hadden (details in bijlage 2).

---

<sup>5</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2003. De richtlijnen volgen de OESO-terminologie. De begrippen worden toegelicht in de tekst.

<sup>6</sup> Het betreft het aandeel van uitgaven ten behoeve van Sub-Sahara Afrika in de totale uitgaven, nadat het totaal is verminderd met de uitgaven voor wereldwijde programma's. Details staan in hoofdstuk 6 en in bijlage 3.

<sup>7</sup> Met uitzondering van hoofdstuk 9 (conclusies) staan de gebruikte bronnen in de voetnoten.

## **2.5 Indeling van het rapport**

De hierna volgende hoofdstukken behandelen elk een onderdeel van de beleidsdoorlichting, met dien verstande dat het vijfde onderdeel, de beschrijving van de resultaten, is verspreid over twee hoofdstukken (7 en 8). Hoofdstuk 9 vat de bevindingen samen in enkele conclusies en benoemt dilemma's.





### 3 SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE GEZONDHEID EN RECHTEN EN HIV/AIDS

Dit hoofdstuk geeft een summier schets van de internationale context en een beknopte beschrijving van de problematiek. Daarmee levert het hoofdstuk een van de bouwstenen ter rechtvaardiging van de betrokkenheid van Nederland bij de bevordering van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srg) en het tegengaan van hiv/aids. Hoofdstuk 5 levert de overige bouwstenen.

#### 3.1 Internationale context

De bevordering van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en het stoppen van de hiv/aids-epidemie staan hoog op de internationale agenda. Van de acht in 2000 overeengekomen millennium ontwikkelingsdoelen (MDG) heeft het zesde, het terugdringen van hiv/aids, malaria en andere bedreigende ziekten, direct betrekking op hiv/aids en zijn drie andere, gelijkheid tussen de seksen (nr. 3), vermindering van de kindersterfte (nr. 4) en de verbetering van de gezondheid van moeders (nr. 5) nauw gerelateerd aan srg en hiv/aids.<sup>8</sup>

Reproductieve rechten omvatten rechten die zijn opgenomen in VN-verdragen en verklaringen en vormen onderdeel van de mensenrechten.<sup>9</sup> Reproductieve gezondheid wordt gedefinieerd als 'een staat van fysiek, mentaal en sociaal welzijn met betrekking tot alle zaken die te maken hebben met het functioneren van het reproductieve systeem'. Reproductieve gezondheid impliceert ook dat mensen in staat zijn een bevredigend en veilig seksleven te hebben, hetgeen wordt aangeduid als seksuele gezondheid.

In 1994 is in Caïro tijdens de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (ICPD) een actieprogramma overeengekomen dat niet de bevolkingsproblematiek, maar de keuzevrijheid van individuen centraal stelt. Een belangrijk uitgangspunt is dat paren en individuen het recht hebben vrijelijk te kiezen hoeveel en wanneer zij kinderen wensen, met inbegrip van het recht op de informatie en de middelen hiertoe, alsmede het recht op de hoogst bereikbare staat van seksuele en reproductieve gezondheid.<sup>10</sup> Ook de preventie van hiv, via voorlichting en het gebruik van condooms, vormt onderdeel van het Caïro-programma. Het programma benadrukt de verwevenheid van reproductieve gezondheid en duurzame ontwikkeling en het belang van onderwijs. Het Caïro-programma is herbevestigd tijdens de VN-Millennium Summit in 2005.

Voor hiv/aids zijn er diverse, in resoluties vastgelegde verklaringen aangenomen. Als belangrijkste gelden de Declaration of Commitment on HIV/AIDS, aangenomen tijdens de speciale sessie van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties in 2001, en de in 2006 aangenomen Politieke Verklaring die lidstaten van de Verenigde Naties oproept om strategieën te ontwikkelen, om een ieder die dat nodig heeft toegang te geven tot hiv-preventie, zorg en behandeling uiterlijk in 2010. Speciale vermelding verdient de aanneming van resolutie 1308 van de Veiligheidsraad (2000) die erkent dat de aids-epidemie een potentiële bedreiging vormt voor de stabiliteit en veiligheid in getroffen landen. De resolutie verzoekt UNAIDS assistentie te verlenen aan overheden om hiv/aids aan de orde te stellen in vredesoperaties en politie en leger voor te lichten over hiv/aids. In 2005 heeft UNAIDS verslag gedaan over de uitvoering van de resolutie in de VN Veiligheidsraad.<sup>11</sup>

Verschillende keren is getracht het Caïro-programma open te breken; het programma staat nog steeds onder druk. Illustratief is dat de toegang tot reproductieve gezondheid aanvankelijk niet genoemd werd bij de MDG's. In 2006 veranderde dit en werd 'toegang voor iedereen tot reproductieve gezondheid en zorg' toegevoegd als doelstelling onder de vijfde MDG. In 2001 heeft de VS de 'Mexico City policy'

<sup>8</sup> A/55/2, 2000.

<sup>9</sup> IPPF (2003: 7) geeft aan om welke rechten het gaat. Nederland is partij bij deze verdragen.

<sup>10</sup> A/Conf.171/13/Rev.1: 40, 1994.

<sup>11</sup> S/Res/1308, 2000, A/SA/26/7, 2001 en A/RES/60/262, 2006.

weer in werking gesteld die inhoudt dat VS-financiering niet mag worden bestemd voor buitenlandse NGO's die zich bezighouden met voorlichting over abortus of behandeling van ongewenste zwangerschap.

De Nederlandse regering besteedt 0,8 procent van het BNP aan internationale samenwerking en houdt zich daarbij ruimschoots aan de internationale afspraak (minmaal 0,7 procent) hierover. Vanuit landen waar de hiv/aids en srgr-problematiek omvangrijk is bestaat er vraag om deze middelen deels te besteden aan de bevordering van srgr en aan preventie, behandeling en zorg van hiv/aids.<sup>12</sup>

## 3.2 Problematiek

Deze paragraaf geeft een beknopte samenvatting van de omvang van de problematiek en de belangrijkste directe oorzaken en gevolgen. De achterliggende oorzaken komen in de volgende paragraaf aan de orde.

### 3.2.1 Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten

Het overzicht is niet uitputtend en de genoemde problemen zijn nauw met elkaar verweven.

#### *Bevolkingsgroei*

De groei van de wereldbevolking piekte in het midden van de jaren negentig en is sindsdien vrij constant. Het gemiddelde aantal kinderen per vrouw is in de laatste decennia afgenomen van zes (1960) tot drie, maar in de minst ontwikkelde landen is de daling van de gezinsgrootte pas recent ingezet en een aantal landen in Sub-Sahara Afrika en Zuid-Azië heeft nog steeds een hoog geboortecijfer. Verwacht wordt dat de wereldbevolking tot 2050 geleidelijk zal toenemen en daarna zal stabiliseren. De groei zal voor het overgrote deel (96%) plaatsvinden in ontwikkelingslanden.<sup>13</sup> Hoewel de relatie tussen bevolkingsgroei en sociaal-economische ontwikkeling niet eenduidig is, kan wel worden gesteld dat sommige landen in Sub-Sahara Afrika en Zuid-Azië niet in staat zijn de groei op te vangen. Snelle groei betekent ook een maatschappij met veel jongeren en een vergroot risico op conflicten.<sup>14</sup>

#### *Family planning*

Wereldwijd raken jaarlijks naar schatting 211 miljoen vrouwen zwanger, waarvan 87 miljoen ongewenst. Snel opeenvolgende zwangerschappen hebben een negatieve invloed op de voedingstoestand en de gezondheid van de moeder en de pasgeborene en vergroten het risico op overlijden van moeder en kind. Wereldwijd wordt het gebruik van contraceptie (CPR) geschat op vijftig procent voor moderne methoden.<sup>15</sup> Er zijn enorme verschillen tussen landen. In sommige arme landen ligt het percentage beneden de vijf. Hoewel er zeker een relatie is tussen het sociaal-economische niveau van een land en de CPR, zijn er ook arme landen waar het gebruik hoog ligt, zoals Bangladesh en Nicaragua.<sup>16</sup> Wereldwijd is gedurende het laatste decennium het gebruik van contraceptie volgens schattingen van de WHO jaarlijks met 1% toegenomen.<sup>17</sup> Echter, de onvervulde behoefte (*unmet need*) aan family planning is groot en met een wereldbevolking die voor ongeveer de helft uit jongeren onder de 25 jaar bestaat, zal deze behoefte naar verwachting verder stijgen.

#### *Tienerzwangerschappen*

Per 1000 vrouwen in de leeftijdscategorie 15-19 jaar zijn er wereldwijd jaarlijks 53 zwangerschappen. Er zijn grote verschillen tussen de ontwikkelde landen (25/1000) en de minst ontwikkelde landen

---

<sup>12</sup> AVVN-verklaringen en ook het in 2006 overeengekomen actieplan van de Afrikaanse Unie (Sp/MIN/CAM/H3(1) noemen bilaterale donoren en multilaterale organisaties als partners bij de uitvoering.

<sup>13</sup> UNFPA 2004: 8.

<sup>14</sup> UNFPA 2005: 29-30.

<sup>15</sup> Onder moderne methoden wordt verstaan: anticonceptiepil, condoom, e.d. (i.t.t. periodieke onthouding, temperatuurmethode, etc) .

<sup>16</sup> UNFPA 2006: 94-97. <http://www.who.int/whr/2005/annex/en/index.html>.

<sup>17</sup> <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/en/index3.html>. Ondanks de terugloop van de financiering voor family planning nam de CPR toe.

(112/1000). In sommige Afrikaanse landen ligt het cijfer boven de 200/1000, terwijl er in de rest van de wereld geen landen zijn waar het cijfer boven de 100/1000 uitkomt.<sup>18</sup> Tienerzwangerschappen zijn mede het gevolg van kindhuwelijken, die in een groot aantal landen nog steeds legaal zijn.

#### *Abortus*

Jaarlijks eindigen 46 miljoen zwangerschappen (meer dan 20% van het totaal) in een geïnduceerde abortus en in 20 miljoen gevallen is er sprake van een niet-veilige abortus. De niet-veilige abortussen vinden voor 95% plaats in ontwikkelingslanden. Het resultaat is dat er jaarlijks 67.000 vrouwen aan de gevolgen van een geïnduceerde abortus overlijden en dat een groot aantal vrouwen complicaties aan de ingreep overhoudt, waaronder onvruchtbaarheid.<sup>19</sup>

#### *Moedersterfte en zuigelingensterfte*

Moedersterfte is de gezondheidsindicator die de grootste verschillen laat zien tussen rijke en arme landen. In West- en Noord-Europese landen sterven er per 100.000 levend geboren maximaal 20 vrouwen ten gevolge van de zwangerschap of de geboorte. In veel arme landen in Sub-Sahara Afrika, waaronder de meeste partnerlanden, loopt de moedersterfte op tot cijfers tussen de 500 en de 1000. In Sierra Leone bedraagt deze zelfs 2000 per 100.000 levend geboren. Arme vrouwen lopen een aanzienlijk groter risico dan rijkere vrouwen. UNFPA meldt voor slechts enkele landen een daling van de moedersterfte, waaronder Egypte, Sri Lanka en Indonesië.<sup>20</sup>

De belangrijkste directe oorzaak van de hoge moedersterfte in arme landen is het feit dat vrouwen geen toegang hebben tot goede (ziekenhuis)zorg wanneer zich tijdens de bevalling noodsituaties voordoen. Een niet onbelangrijk deel van de moedersterfte (naar schatting 13%) is het gevolg van een onveilig uitgevoerde abortus. Daarnaast verhogen snel opeenvolgende zwangerschappen, een slechte voedingstoestand van de moeder en onvoldoende begeleiding tijdens de zwangerschap de kans op overlijden tijdens de zwangerschap en de geboorte.

Voor de zuigelingensterfte (het aantal sterfgevallen onder kinderen jonger dan 1 jaar per 1000 levend geboren) waren de verschillen in 2005 tussen rijke landen (5/1000) en arme landen (57/1000) minder extreem. In alle regio's verminderde de zuigelingensterfte in de afgelopen 15 jaar, maar niettemin ligt deze in de minst ontwikkelde landen (97/1000) nog steeds erg hoog. Voorbeelden zijn Burkina Faso (96/1000), Ethiopië (109/1000) en Mali (120/1000). Complicaties tijdens de zwangerschap en de geboorte vormen een belangrijke oorzaak voor de sterfte van zuigelingen in de eerste levensmaand (neonatale sterfte).<sup>21</sup>

#### *Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en infecties van het reproductieve apparaat (RTI)*<sup>22</sup>

Naar schatting zijn er per jaar meer dan een miljard nieuwe gevallen van seksueel overdraagbare aandoeningen, waarvan er 340 miljoen behandelbaar zijn, zoals gonorrhoe, syfilis en trichomonas. Infecties verlopen vaak asymptomatisch en worden niet behandeld, hetgeen het risico op hiv-verspreiding vergroot. SOA's en RTI's vertonen grote verschillen tussen regio's en bevolkingsgroepen. In ontwikkelingslanden vormen SOA's en RTI's bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd, na problemen tijdens de zwangerschap en de bevalling, de tweede oorzaak van sterfte en ziekte.<sup>23</sup>

#### *Gender gerelateerd geweld*

Geweld tegen vrouwen wordt gedefinieerd als 'iedere vorm van op gender gebaseerd geweld dat (waarschijnlijk) resulteert in fysieke of seksuele schade of lijden bij vrouwen. Het betreft ook de dreiging met geweld en dwang, zowel in het publieke als in het private domein'. De daders zijn veelal mannen en meestal bekenden. Het probleem is omvangrijk: in elk land waarvoor betrouwbare

<sup>18</sup> UNFPA 2006: 94-97.

<sup>19</sup> WHO 2003: 10.

<sup>20</sup> UNFPA 2004: 53.

<sup>21</sup> UNICEF 2007: 105.

<sup>22</sup> SOA's zijn vaak, maar niet altijd RTI's. HIV is een SOA, maar geen RTI. Niet alle RTI's zijn ook SOA's, maar er is wel een grote overlap.

<sup>23</sup> [http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/sti\\_factsheet\\_2004.pdf?bsci\\_scan\\_F8B3F614E37F44BB=1;](http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/sti_factsheet_2004.pdf?bsci_scan_F8B3F614E37F44BB=1;)  
[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_11-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_11-en.pdf)

gegevens beschikbaar zijn rapporteert tussen de tien en vijftig procent van de vrouwen slachtoffer te zijn geweest van misbruik door een partner. Geweld tussen personen is de tiende doodsoorzaak bij vrouwen in de leeftijdscategorie 15-45 jaar. Een samenspel van individuele biologische en psychologische eigenschappen en factoren op sociaal, cultureel en economisch terrein ligt ten grondslag aan de problematiek.<sup>24</sup>

Verminking van de vrouwelijke genitaliën (FGM) is een bijzondere vorm van geweld tegen vrouwen, die veelal wordt uitgevoerd door vrouwen. FGM is gedefinieerd als het ten dele of geheel verwijderen van vrouwelijke genitaliën, dan wel het aanbrengen van andere verwondingen, op basis van culturele, niet-medische motieven. Naar schatting zijn er 130 miljoen vrouwen en meisjes bij wie dit is gebeurd. Het komt voor in delen van Sub-Sahara Afrika, het Midden-Oosten en Noord-Afrika en in sommige delen van Zuidoost-Azië. De praktijk heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid, zoals bloedingen en infecties, meer kans op infectie met hiv, urine-incontinentie en complicaties tijdens de bevalling, waardoor ook de pasgeborene gevaar loopt.<sup>25</sup>

Een vorm van gender gerelateerd geweld die specifieke aandacht verdient is het geweld tegen mannen die seks hebben met mannen (MSM) en tegen lesbische vrouwen, biseksuelen en transgenders.

### 3.2.2 Hiv/aids

In 2006 werd het aantal mensen met hiv geschat op 39,5 miljoen, waaronder 2,3 miljoen kinderen. Het sterftecijfer ten gevolge van aids lag op 2,6 miljoen, waaronder 380.000 kinderen. Er bestaan grote verschillen tussen de regio's, tussen landen binnen een regio, tussen streken binnen een land en tussen diverse bevolkingsgroepen. UNAIDS stelt dan ook dat je niet kunt spreken van één aidsepidemie, maar van een diversiteit aan epidemieën.<sup>26</sup> Tabel 3.1 geeft een overzicht van de omvang van de epidemie.<sup>27</sup>

**Tabel 3.1 Hiv en aids in 2004 en 2006**

	Volwassenen en kinderen met HIV	Nieuw-geïnfecteerden (volw. en kk.)	Prevalentie onder volwassenen (%)	Sterfgevallen ten gevolge van aids
<b>Sub-Sahara Afrika</b>				
2006	24,7 miljoen	2,8 miljoen	5,9	2,1 miljoen
2004	23,6 miljoen	2,6 miljoen	6,0	1,9 miljoen
<b>Noord-Amerika, West- en Midden-Europa</b>				
2006	2,1 miljoen	65.000	0,5	30.000
2004	1,9 miljoen	65.000	0,5	30.000
<b>Overige regio's</b>				
2006	12,7 miljoen	1,4 miljoen	0,5	0,8 miljoen
2004	11,1 miljoen	1,2 miljoen	0,5	0,7 miljoen
<b>Wereldwijd</b>				
2006	39,5 miljoen	4,3 miljoen	1,0	2,9 miljoen
2004	36,9 miljoen	3,9 miljoen	1,0	2,6 miljoen

Bron: UNAIDS 2006b: 2. De tabel is aangepast, in die zin dat werelddelen zijn samengevoegd.

<sup>24</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

<sup>25</sup> UNICEF 2007: 4.

<sup>26</sup> UNAIDS 2005b: 7 en UNAIDS 2006a: 15.

<sup>27</sup> UNAIDS 2006b. De cijfers vallen lager uit dan die in het UNAIDS rapport 2005. De belangrijkste reden is dat de kwaliteit van de dataverzameling is verbeterd. Desondanks geeft UNAIDS nog steeds een grote marge aan rond de genoemde aantallen en percentages.

De tabel laat in één oogopslag zien dat de cijfers voor hiv en aids in Sub-Sahara Afrika veel hoger liggen dan elders ter wereld. Meer dan zestig procent van de mensen met hiv woont in Sub-Sahara Afrika terwijl bewoners van dit werelddeel slechts tien procent van de wereldbevolking uitmaken. In Zuidelijk Afrika liggen de cijfers aanzienlijk hoger dan elders in Sub-Sahara Afrika. Wereldwijd neemt de hiv-prevalentie toe in Oost Europa, Centraal-Azië, Oceanië, Noord-Amerika en het Caraïbisch gebied. De epidemie treft alle bevolkingsgroepen, maar niet in dezelfde mate. De laatste jaren is de prevalentie onder vrouwen disproportioneel toegenomen. Jongeren, arbeidsmigranten, sekswerkers, gevangenen, vluchtelingen en ontheemden vormen kwetsbare groepen.<sup>28</sup> Ook mannen die seks hebben met mannen en injecterende drugsgebruikers zijn meer kwetsbaar voor hiv-infectie en vooral in Azië bestaat het risico dat het virus via hen verder wordt verspreid onder de bevolking.

Wereldwijd vormen onveilige seksuele contacten de belangrijkste oorzaak van hiv-infectie. Andere oorzaken zijn de overdracht van moeder op kind, injecterend drugsgebruik via geïnfecteerde naalden, het gebruik van geïnfecteerd bloed tijdens bloedtransfusies en het gebruik van geïnfecteerd medisch materiaal. Het relatieve gewicht van de genoemde oorzaken verschilt aanzienlijk per geografische regio. In landen met een hoge hiv-prevalentie heeft de aidsepidemie verstrekende gevolgen op alle niveaus en voor alle sectoren van de maatschappij. De gevolgen van de aidsepidemie vormen vaak tegelijkertijd een risico op verdere verspreiding van het virus.

Mede omdat de verspreiding van hiv grotendeels gerelateerd is aan seks en omdat er een taboe op seks en seksualiteit bestaat, worden mensen met hiv gestigmatiseerd, gediscrimineerd en bedreigd met uitsluiting uit het maatschappelijke leven. Zij lopen het risico in isolement te raken, geen adequate voeding te krijgen, geen behandeling te krijgen, afgewezen te worden als sollicitant of ontslagen te worden. Dit alles betekent een schending van verschillende (sociale) rechten. Ook de rechten van de vrouw en de rechten van het kind zijn in het geding. De aidsepidemie heeft tot een drastische toename van het aantal weeskinderen geleid, waarvoor niet altijd adequate opvang bestaat. Deze kinderen zijn kwetsbaar en op een aantal indicatoren scoren zij lager dan andere kinderen.<sup>29</sup>

In landen met een hoge hiv-prevalentie is de gemiddelde levensverwachting in de jaren negentig aanzienlijk teruggelopen en naar verwachting zal deze trend zich voortzetten, zij het minder sterk. In Botswana is de gemiddelde levensverwachting in de afgelopen twintig jaar bijna gehalveerd. Omdat de epidemie vooral personen tussen de vijftien en de vijftig treft, zijn er minder mensen beschikbaar voor economische activiteiten. De meest in het oog springende gevolgen hiervan voor de sociaal-economische ontwikkeling zijn in de volgende paragraaf samengevat.

### **3.3 Raakvlakken tussen srgr, hiv/aids, gender, mensenrechten en armoede**

#### *Hiv/aids en srgr*

Hiv/aids en srgr zijn onderling nauw verweven. Ter illustratie: gebrek aan voorlichting over seksualiteit en reproductieve gezondheid kan er toe leiden dat iemand hiv of een andere SOA krijgt en andere SOA's vergroten het risico op hiv-infectie.<sup>30</sup> Srgr en hiv/aids zijn sterk gerelateerd aan de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen, aan (schendingen van) mensenrechten en aan (gebrek aan) onderwijs. Armoede is zowel een achterliggende oorzaak als het gevolg van de problematiek.

#### *Ongelijkheid tussen mannen en vrouwen*

Problemen op het gebied van srgr en hiv/aids zijn voor een groot deel geworteld in het feit dat vrouwen een ondergeschikte positie hebben.<sup>31</sup> Ongelijkheid tussen mannen en vrouwen kan er bijvoorbeeld toe leiden dat vrouwen wordt verboden anticonceptie te gebruiken, met als consequentie een toename van het aantal ongeplande en ongewenste zwangerschappen en van de hiv-verspreiding. Ongelijkheid kan

---

<sup>28</sup> UNAIDS 2005a: 19-20.

<sup>29</sup> Monasch & Boerma 2004.

<sup>30</sup> UNAIDS 2006a: 123-4.

<sup>31</sup> <http://www.unfpa.org/gender/aids.htm>

ook betekenen dat vrouwen niet beschikken over de financiële middelen om gebruik te maken van preventieve dienstverlening en van behandeling.

### *Mensenrechten*

Onvoldoende toegang tot preventie en behandeling van srgr-problemen en onvoldoende opvang voor, of uitsluiting van, kinderen of volwassenen met hiv of met andere problemen op het gebied van de reproductieve gezondheid vormen een schending van de rechten die zijn vastgelegd in verschillende internationale mensenrechtenverdragen.

### *Onderwijs*

Ongelijkheid tussen mannen en vrouwen kan er toe leiden dat meisjes minder vaak en minder lang naar school gaan. Een hogere opleiding resulteert doorgaans in een hogere huwelijksleeftijd, een afname van geboortecijfers, een daling van de zuigelingen- en moedersterfte en minder kans op FGM.<sup>32</sup> Dit laat onverlet dat de school lang niet altijd de veilige plaats is die deze zou moeten zijn. Meisjes hebben in ruil voor gunsten of zelfs onder dwang, onbeschermde seksuele contacten met onderwijzend personeel en lopen het risico hierdoor met hiv geïnfecteerd te worden.

### *Srgr, hiv/aids en armoede*

De relatie tussen srgr, hiv/aids en armoede is complex. Hoewel hiv en andere problemen op het gebied van srgr zeker niet alleen bij arme mensen voorkomen, kan armoede wel nopen tot gedrag dat het risico op deze problemen vergroot.<sup>33</sup> Ook hebben arme mensen minder toegang tot bescherming en behandeling. De landen met de hoogste hiv-prevalentie zijn niet altijd de meest arme landen, maar zij kenmerken zich over het geheel genomen wel door een grote mate van ongelijkheid tussen rijke en arme bevolkingsgroepen.<sup>34</sup> Verschillende risicofactoren voor de verspreiding van hiv, zoals verhoogde mobiliteit, migratie, politieke instabiliteit en gewapend conflict, zijn vaak aan armoede gerelateerd.

Armoede is niet alleen een belangrijke achterliggende oorzaak van de problematiek, maar kan ook een gevolg zijn. Problemen op het gebied van srgr en hiv/aids betekenen een verlies van productiviteit en daarmee van inkomen, terwijl er juist extra middelen nodig zijn om de behandeling en de zorg te kunnen betalen. Dit tezamen betekent een belemmering voor de sociaal-economische ontwikkeling. Vooral voor hiv/aids is dit uitgebreid onderzocht en gedocumenteerd.

Op huishoudniveau betekent verlies van inkomen een verhoging van het risico op ondervoeding, wat extra belastend is voor mensen met hiv. Dit kan leiden tot de vicieuze cirkel van voedseltekort, ondervoeding en aids. Verlies van inkomen betekent ook dat er minder middelen beschikbaar zijn om toegang te krijgen tot behandeling, ook als hier geen eigen bijdrage voor wordt gevraagd, omdat geld ontbreekt om de transportkosten te dekken. De zorg voor mensen met aids kan leiden tot overbelasting van niet-zieke familieleden (meestal vrouwen), met als gevolg dat deze niet meer gaan werken. Veel gezinnen en families weten door een herverdeling van taken en via andere overlevingsstrategieën het verlies aan productiviteit op te vangen, maar het komt ook voor dat armoede leidt tot ontwrichting van families en tot migratie.<sup>35</sup>

In het onderwijs is er in landen met een hoge hiv-prevalentie sprake van een toenemend schoolverzuim onder kinderen met aids of kinderen van verzorgende familieleden met aids. Hoewel sterk wisselend per land, is er in sommige landen ten gevolge van hiv een zodanig groot tekort aan onderwijzend personeel ontstaan dat de kwaliteit van het onderwijs achteruit gaat.<sup>36</sup> Als er onvoldoende goed opgeleide mensen zijn, betekent dit een belemmering voor de sociaal-economische ontwikkeling.

In landen met een hoge hiv-prevalentie leidt de epidemie ook tot een (versterking van het) tekort aan goed opgeleid personeel in de gezondheidssector, terwijl er voor preventie, behandeling en zorg juist

---

<sup>32</sup> UNAIDS 2006a: 136.

<sup>33</sup> Human Rights Watch (2002) geeft een aantal voorbeelden uit Zambia.

<sup>34</sup> UNAIDS 2006a: 84.

<sup>35</sup> UNAIDS 2004b: 44-48.

<sup>36</sup> UNAIDS 2004a: 51-52.

meer mensen nodig zijn. Dit betekent ook dat mensen die voor andere problemen naar de gezondheidsdiensten komen minder goed behandeld kunnen worden.

De macro-economische gevolgen van de hiv-epidemie in termen van invloed op het bruto nationaal product zijn vooralsnog beperkt, maar negatieve effecten op de langere termijn zijn zeker niet uit te sluiten.<sup>37</sup> Daarenboven hebben studies van de Wereldgezondheidsorganisatie en het Internationale Monetaire Fonds aangetoond dat de epidemie meer negatieve economische gevolgen heeft dan men louter op basis van de invloed op het nationale inkomen zou veronderstellen.<sup>38</sup>

### **3.4 Conclusie**

- De problematiek op het gebied van srgr en hiv/aids is omvangrijk en nauw verweven met vraagstukken op het gebied van de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen, mensenrechten en armoede. Vooral in landen met een hoge prevalentie heeft hiv/aids negatieve gevolgen voor het functioneren van een aantal cruciale maatschappelijke sectoren.

---

<sup>37</sup> UNAIDS 2004b: 56-57. Een studie uit 2003 (genoemd in UNAIDS 2006a: 102) noemt een netto impact op het BNP van 1%.

<sup>38</sup> Bloom et al. 2004: 56.





## 4 DE ROL VAN DE RIJKSOVERHEID

Dit hoofdstuk beschrijft het Nederlandse buitenlandse beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids en geeft overeenkomsten en verschillen aan met het EU-beleid. Ook wordt ingegaan op het beleid van enkele vakministeries en de coördinerende rol van het ministerie van Buitenlandse Zaken.

### 4.1 Missie van het ministerie van Buitenlandse Zaken

De Nederlandse regering is partij bij een aantal mensenrechtenverdragen, waarin reproductieve rechten zijn opgenomen, en heeft diverse verklaringen op het gebied van srgr en hiv/aids ondertekend.<sup>39</sup> Ook houdt Nederland zich ruimschoots aan de internationale afspraak om minimaal 0,7 procent van het BNP te besteden aan ontwikkelingssamenwerking. Voor het parlementaire jaar 2003-2004 zijn vijf hoofddoelstellingen van het buitenlands beleid geformuleerd: de versterking van de internationale ordening, de bevordering van vrede, veiligheid en stabiliteit, de intensivering van de Europese samenwerking, duurzame armoedevermindering en het bevorderen van de bilaterale betrekkingen, met inbegrip van consulaire dienstverlening. De millennium ontwikkelingsdoelen vormen de leidraad voor het bereiken van duurzame armoedevermindering.<sup>40</sup> Op hoofdlijnen zijn er geen veranderingen geweest gedurende de periode van evaluatie. Vanaf begrotingsjaar 2005 is er, anders dan daarvoor, een specifiek beleidsartikel voor toegenomen menselijke ontplooiing en sociale ontwikkeling. Daarbinnen zijn er twee operationele doelstellingen: 1. de uitvoering van de Caïro-agenda en 2. een halt aan de verdere verspreiding van hiv en het opvangen van de gevolgen van de aidsepidemie.<sup>41</sup>

### 4.2 Het Nederlandse buitenlandse beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids

Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en hiv/aids zijn in 2003 aangemerkt als twee van de vier prioritaire thema's binnen het OS-beleid.<sup>42</sup> Hieronder volgt een beknopte beschrijving van het beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids. Aan de orde komen de uitgangspunten, de doelstellingen, de prioritaire aandachtsvelden en de integratie van srgr en hiv/aids in verschillende sectoren en thema's van het buitenlands beleid. De operationalisering van het beleid wordt behandeld in hoofdstuk 6.

#### 4.2.1 Beleid met betrekking tot srgr

In de aanloop naar Caïro heeft Nederland een beleidsnotitie opgesteld over family planning en reproductieve gezondheid en in 1999 verscheen opnieuw een beleidsdocument over dit thema. Nadien is er geen aan de TK aangeboden notitie meer verschenen. Srgr vormt wel met enige regelmaat onderwerp van Kamerbrieven. Voorts zijn er diverse interne notities, waarvan die uit 2006 de problematiek bespreekt, prioriteiten stelt en handvatten geeft voor de uitvoering.<sup>43</sup>

##### *Centraal uitgangspunt van het beleid*

- Individuele keuzevrijheid inzake seksualiteit en voortplanting. Dit impliceert dat Nederland zich inzet voor gelijkwaardige seksuele verhoudingen zonder dwang; seksueel welzijn en reproductieve gezondheid; seksuele en reproductieve rechten en gelijke behandeling van mensen met een andere seksuele oriëntatie.<sup>44</sup>

<sup>39</sup> Hoofdstuk 5 beschrijft de belangrijkste verdragen en verklaringen.

<sup>40</sup> TK 2003-2004, 29200V, nr. 2: 8 en 93.

<sup>41</sup> TK 2006-2007, 30800V, nr. 2: 6 en 69-75.

<sup>42</sup> TK 2003-2004, 29234, nr. 1.

<sup>43</sup> <http://bznet/content.asp?key=543260>.

<sup>44</sup> Interne notitie 2006 (<http://bznet/content.asp?key=526588>: 2).

### *Doelstellingen van het beleid*

- Hernieuwd politiek commitment voor reproductieve gezondheid en rechten.
- Sterke focus op de uitvoering en financiering van de Cairo-agenda in ontwikkelingslanden.<sup>45</sup>

### *Prioritaire aandachtsvelden*

De prioriteiten zijn ingegeven door de vraag waar de grootste bottlenecks met betrekking tot de uitvoering van de Cairo-agenda zitten. Zij hebben gemeen dat er taboes, van culturele of religieuze aard, rusten op het bespreken van de onderwerpen.

- Bevordering van de toegang tot family planning, met inbegrip van het verzekeren van de toelevering van en de toegang tot middelen (*commodities*).
- Toegang tot informatie, middelen en dienstverlening van groeperingen die deze toegang niet of onvoldoende hebben, zoals adolescenten.
- Stimulering van veilig moederschap en het terugdringen van de moedersterfte, onder meer via de versterking van gezondheidssystemen.
- Bestrijding van seksueel geweld tegen vrouwen.
- Garanderen van een veilige, en zo mogelijk legale, abortus.

## **4.2.2 Hiv/aidsbeleid**

Het hiv/aidsbeleid is vastgelegd in een voortgangsnotie uit 2002, een TK-notitie uit 2004 en een Kamerbrief waarin deze laatste notitie wordt geëxpliciteerd.<sup>46</sup>

### *Uitgangspunten van het beleid*

- Aids is niet uitsluitend een gezondheidsprobleem, maar ook een probleem dat raakt aan en gevolgen heeft voor alle sectoren van de maatschappij.
- Bescherming van de mensenrechten staat centraal in de beleidsuitvoering. Dit houdt ook in het bevorderen van een gelijkwaardige positie van mannen en vrouwen.
- Respect voor seksuele en reproductieve rechten en bevordering van de seksuele en reproductieve gezondheid zijn van fundamenteel belang voor de preventie van hiv.

### *Doelstellingen*

- Het verminderen van de verdere verspreiding van de hiv/aids-epidemie.
- Het verminderen van de nadelige gevolgen van de epidemie voor het individu, de familie, de dorpsgemeenschap en de ontwikkeling van een land.<sup>47</sup>

### *Prioritaire aandachtsvelden*

- Commitment: versterking en verbreding van het politiek en maatschappelijk draagvlak. Dit houdt in het vergroten van de politieke bewustwording en betrokkenheid; ondersteuning van maatschappelijke organisaties; en het aangaan van partnerschappen met het bedrijfsleven.
- Coördinatie: verbetering van de coördinatie van de aidsrespons, zowel in ontwikkelingslanden als internationaal. Dit houdt in: actieve betrokkenheid bij nationale aids coördinatie mechanismen; ondersteuning van harmonisatie van aidsinspanningen; ondersteuning van UNAIDS en consistente aansturing van de cosponsors; en inzet op meer synergie tussen hiv/aids en seksuele en reproductieve gezondheid.
- Capaciteit: het vergroten van de capaciteit om goede en samenhangende aidsprogramma's uit te voeren. Dit houdt in: versterking van cruciale sectoren (gezondheidssector en onderwijssector) en mainstreaming van hiv/aids in andere sectoren; meer toegang tot de

<sup>45</sup> Interne notie 2003 (<http://bznet/content.asp?key=526588>); in iets andere bewoordingen herhaald in TK 2003-2004, aanhangsel van de handelingen 4035. Sindsdien ongewijzigd.

<sup>46</sup> Buza 010299. Niet-dossierstuk 2001-2002 en TK 2003-2004, 29648 nr. 1 en 2.

<sup>47</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2002: 59. De doelen blijven ongewijzigd. In 2004 (TK 2003-2004, 29648, nr. 1: 6) wordt de eerste beleidsdoelstelling gekoppeld aan het behalen van de zesde MDG.

benodigde middelen, variërend van condooms tot medicijnen; investering in de ontwikkeling van nieuwe preventieve middelen en gedragswetenschappelijk onderzoek naar het gebruik ervan; en betere opvang van wezen en kwetsbare kinderen.<sup>48</sup>

Op landenniveau wordt ingezet op het realiseren van de *three ones*: één nationaal beleidskader en strategie, één coördinatie mechanisme en één systeem voor monitoring en evaluatie.

#### **4.2.3 Integratie van srgr en hiv/aids binnen het buitenlands beleid**

In beleidsdocumenten is in algemene termen verwoord dat hiv/aids en srgr nauw met elkaar zijn verweven en dat beide het terrein van ontwikkelingssamenwerking overstijgen en geïntegreerd dienen te worden binnen het buitenlands beleid. Voor de mainstreaming van srgr en hiv/aids binnen OS-sectoren, zoals humanitaire hulp en onderwijs, bestaan er diverse interne documenten en Kamerstukken. De Kamerbrief van 2004 waarin de aidsnotitie uit datzelfde jaar wordt gespecificeerd noemt een aantal concrete resultaatgebieden.<sup>49</sup>

In 2003 is een aanvang gemaakt met de integratie van hiv/aids in het *personeelsbeleid* van het ministerie op achttien ambassades in Sub-Sahara Afrika. Hiermee wordt beoogd: de preventie van hiv-infecties en het wegnemen van vooroordelen en misvattingen; betere toegang tot informatie en vrijwillig testen; en bevordering van goede zorg en behandeling.<sup>50</sup>

In 2004 is de functie van aidsambassadeur ingesteld, die tot taak heeft het hiv/aidsbeleid uit te dragen in internationale fora en in bilateraal kader.<sup>51</sup> Ook is de departementsbrede taakgroep hiv/aids en seksuele gezondheid en reproductieve rechten (TARG) ingesteld, die tot doel heeft srgr en hiv/aids te integreren in alle beleidsvelden van het buitenlands beleid.

### **4.3 EU-beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids<sup>52</sup>**

#### **4.3.1 Beschrijving van het EU-beleid**

Het verbeteren van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, met name die onder vrouwen en jongeren, en het tegengaan van hiv/aids zijn prioritair binnen het beleid van de EU. Ter illustratie: in 2004 heeft de EU tijdens het Nederlandse voorzitterschap de Cairo-agenda herbevestigd.<sup>53</sup>

Gezondheid vormt een van de achttien hoofdthema's van het Europese ontwikkelingsbeleid en gelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen vormt daarbij een belangrijke leidraad. De Europese Commissie (EC) geeft budget-, sector- of projectsteun in landen en draagt via centrale middelen bij aan mondiale initiatieven zoals het mondiale fonds tegen aids, tuberculose en malaria (GFATM), of VN-instellingen en NGOs. Voor de uitvoering van het Europese ontwikkelingsbeleid op het gebied van srgr en hiv/aids door de Europese Commissie (EC) zijn diverse voorschriften opgesteld.

In 2003 werd een verordening (*regulation*) aangenomen met betrekking tot srgr die tot 2006 van kracht is gebleven voor een door de Europese Commissie beheerde budgetlijn (centrale EC-middelen).<sup>54</sup> Hoofddoelen waren het veiligstellen van het recht op een goede reproductieve en seksuele gezondheid, het bevorderen van toegang tot zorg en diensten, en de vermindering van ziekte en sterfte tijdens

<sup>48</sup> TK 2003-2004, 29648, nr. 1: 8.

<sup>49</sup> TK 2003-2004, 29648, nr 2.

<sup>50</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2004a en 2004b.

<sup>51</sup> Het meest het oog springend was het optreden in de Verenigde Staten begin 2007. In zijn toespraak tot het congres bekritiseerde de ambassadeur onder meer het feit dat de VS een te enge definitie van preventie hanteert, met te veel nadruk op abstinentie. Buza archief DSI/11/07; WAS/EA/2004/004 en Speech of Ambassador Bekkers to the US Congress.

<sup>52</sup> De paragrafen over het EU-beleid en het beleid van Nederlandse vakministeries zijn gebaseerd op Heuberger et al. 2007, opgesteld ten behoeve van deze beleidsdoorlichting.

<sup>53</sup> Buza archief. Interne terugblik op het voorzitterschap.

<sup>54</sup> Regulation (EC) No 1567/2003.

zwangerschap en bevalling. Ook werd beoogd srg te integreren in activiteiten die betrekking hebben op armoedeziekten. De verordening benoemt een aantal prioritaire aandachtsvelden:

- Realisatie van het recht op basisgezondheidszorg.
- Betere toegang tot diensten, waaronder anticonceptie en diagnose en behandeling van SOA's, met inbegrip van vrijwillig testen op hiv en counseling.
- Specifieke programma's voor adolescenten en jongvolwassenen.
- Tegengaan van schadelijke praktijken, zoals de verminking van de vrouwelijke genitaliën, geweld tegen vrouwen en kindhuwelijken.
- Beschikbaarheid van betaalbare middelen voor anticonceptie en SOA-behandeling.
- Effectieve zorg bij noodsituaties rond de bevalling en de postpartum periode.
- Vermindering van onveilige abortussen en goede behandeling van complicaties als gevolg van onveilige abortussen.

De belangrijkste prioriteit in 2002 en 2003 was het terugdringen van de moedersterfte. In 2004 en 2005 verschoof de focus naar de verbetering van de seksuele en reproductieve gezondheid onder vrouwen en jongeren in ontwikkelingslanden. Hiervoor werd 35 miljoen euro gealloceerd. Naast de middelen onder deze verordening, besteedde de Commissie fondsen aan steun in de gezondheidssector, en daarmee deels ook aan srg. Dit gebeurde via het Europese Ontwikkelingsfonds, een intergouvernamenteel fonds van de EU met een jaarlijkse begroting van ruim €2,5 miljard (voorziet in de bulk van de Europese financiering voor gezondheid).<sup>55</sup>

Het beleid inzake hiv/aids staat in een beleidsdocument (*communication*) van 2000 over infectieziekten. In 2001 volgde een actieplan en dit kreeg in 2003 een wettelijke basis in de vorm van een verordening.<sup>56</sup> Deze beslaat de periode 2003-2006 en er werd 351 miljoen euro gealloceerd voor voorstellen. Doelen op landenniveau zijn het optimaliseren van bestaande interventies en diensten voor de preventie en bestrijding van infectieziekten. Op mondiaal niveau zijn de doelen het betaalbaar maken van diagnostische middelen en medicijnen en het intensiveren van onderzoek en productie van vaccins, microbicides en innovatieve behandelingen. Afgaande op de uitgaven kregen drie werkterreinen, samen goed voor €69 miljoen aan uitgaven op een totaal van €169 miljoen, prioriteit. Het betreft:

- Overdracht van technologie en lokale productie van geneesmiddelen voor de preventie, behandeling en zorg voor aids, malaria en tuberculose.
- Initiatieven ter introductie van nieuwe protocollen voor preventie en behandeling.
- Initiatieven gericht op preventie en zorg, in het bijzonder voor arme mensen en kwetsbare groepen.

In 2005 en 2006 lagen de prioriteiten enigszins anders. De introductie van nieuwe protocollen werd vervangen door steun aan onderzoek voor *clinical trials* via een onderzoeksprogramma (EDCTP). De totale uitgaven in deze periode bedroegen €181 miljoen, waarvan €81 miljoen voor de prioritaire aandachtsvelden.

De overige uitgaven betroffen bijdragen aan mondiale initiatieven en de organisatie van internationale conferenties. In 2005 volgde een nieuw actieplan dat de periode 2007-2011 bestrijkt. Versterking van het gezondheidssysteem en onderzoek staan centraal in dit programma. Veel aandacht wordt besteed aan het op een hoger plan brengen van interventies die succesvol zijn gebleken.

---

<sup>55</sup> Budget van 13,5 €miljard voor 2000-2005. Overschot van vorige EOF €9,9 miljard. <http://europa.eu/scadplus/leg/en/lvb.r12102.htm>.

<sup>56</sup> COM (2000) no. 585; COM (2001) No. 96 final en Regulation (EC) no. 1568/2003.

### 4.3.2 Raakvlakken en verschillen tussen het EU- en het Nederlandse beleid

Op hoofdlijnen komt het Nederlandse beleid overeen met dat van de EU. Voor beide staat armoedebestrijding centraal, beide onderschrijven de Caïro-agenda en srgr en hiv/aids zijn voor beide prioritaire aandachtsvelden.

Bij de uitvoering van de Caïro-agenda worden wel verschillende accenten gelegd. Veilig moederschap en het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid neemt een centrale plaats in binnen het EU-beleid. Dit geldt ook voor het Nederlandse beleid, maar dit is daarnaast ook gericht op jongeren en op het tegengaan van geweld tegen vrouwen. Verder is het garanderen van een veilige abortus en het verruimen van de wettelijke mogelijkheden daarvoor voor Nederland een belangrijk punt, terwijl de EU terughoudend is om activiteiten op dit front te entameren of te ondersteunen.

Op het gebied van hiv/aids ligt in het EC-beleid de nadruk op hiv/aids als (infectie)ziekte en minder op hiv/aids als maatschappelijk probleem. Toegang tot betaalbare diagnostische middelen en medicijnen neemt daarbij een belangrijke plaats in. Voor Nederland ligt de klemtoon op preventie en het tegengaan van stigmatisering, met speciale aandacht voor kwetsbare groepen.

Voorts besteedt Nederland, in tegenstelling tot de EC een groot deel van de uitgaven voor srgr en hiv/aids via het multilaterale kanaal. Ook is er een verschil in landen van samenwerking. Voor Nederland zijn dit, naast de landen van het regionale hiv/aids- en srgr-programma in Zuidelijk Afrika, de partnerlanden en meer in het bijzonder de landen waar gezondheid een sector van samenwerking is; voor de EC de ACP-landen.

## 4.4 Internationaal srgr- en hiv/aidsbeleid van vakministeries

Deze paragraaf behandelt het internationale beleid van zes vakministeries (Defensie, EZ, Justitie, OCW, SZW en VWS) en de coördinerende rol van het ministerie van Buitenlandse Zaken. Informatie is verzameld via websites en via een schriftelijke vragenlijst gericht aan en interviews met personen werkzaam op directies internationale zaken. EZ, Justitie en OCW hebben niet gereageerd. De in deze paragraaf opgenomen informatie over OCW is uitsluitend afkomstig van de website. De websites van EZ en Justitie leverden geen informatie op en deze ministeries blijven uiteindelijk buiten beschouwing.

### 4.4.1 Beschrijving van het beleid van Defensie, OCW, SZW en VWS

Het *ministerie van Defensie* ziet er op toe srgr en hiv/aids te integreren in vredesmissies, in het bijzonder in Afrika. De Kamerbrieven over aids uit 2004 maken melding van samenwerking met de VS op dit gebied in Rwanda en Ghana. Ook voorlichting over hiv en aids aan ECOWAS-troepen in West-Afrika wordt genoemd, hoewel de dialoog met ECOWAS een posterioriteit vormt voor de Nederlandse ambassade in Nigeria.<sup>57</sup> Defensie meldt dat er tijdens de missies met betrekking tot srgr en hiv/aids wordt samengewerkt met NGO's in Afghanistan, Bosnië en Afrikaanse landen. Ook kan Nederland tijdens overleg over de coördinatie van missies met de NAVO, EU, VN, OVSE en de AU de integratie van srgr en hiv/aids aan de orde stellen. Monitoring en evaluatie van de missies vindt op reguliere basis plaats. Het betreft vertrouwelijke documenten en het is niet vast te stellen in hoeverre de voornemens tot integratie van srgr en hiv/aids zijn gerealiseerd.

Het *ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen* (OCW) kon niet aangeven in hoeverre srgr en hiv/aids zijn geïntegreerd in het internationale beleid. Uit verslagen van delegaties naar UNESCO-conferenties blijkt dat wordt onderkend dat hiv/aids een ernstige bedreiging voor het onderwijs vormt, maar er worden geen activiteiten genoemd met betrekking tot de opvang van de gevolgen. De website

---

<sup>57</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2007. Jaarplan Nigeria 2006.

van het ministerie meldt verschillende vormen van bilaterale samenwerking en de ondersteuning van programma's van NUFFIC en CROSS in het Midden-Oosten en in Oost-Europa, maar er wordt geen melding gemaakt van de hiv/aids problematiek en de bedreiging die deze voor de onderwijssector vormt.<sup>58</sup>

Het ministerie van *Sociale Zaken en Werkgelegenheid* (SZW) participeert in ILO-vergaderingen inzake regelgeving over arbeid en arbeidsomstandigheden. Deze betreft bijvoorbeeld het garanderen van verlof voor en na de geboorte van een kind en het tegengaan van seksuele intimidatie op het werk. De ILO is een van de cosponsors van UNAIDS en heeft regelgeving voor hiv op de arbeidsplaats opgesteld.<sup>59</sup> SZW wijst er ook op dat, daar waar de Nederlandse wetgeving van toepassing is, werkgevers gehouden zijn aan de Arbobesluit-bepalingen inzake werken met micro-organismen.<sup>60</sup> Ook is tijdens een congres over maatschappelijk verantwoord ondernemen aandacht aan hiv/aids besteed.

Het ministerie van *Volksgezondheid, Welzijn en Sport* (VWS) participeert in een groot aantal internationale fora met betrekking tot srgr en hiv/aids en ondersteunt de hiv/aidsrespons in Oost-Europa en de voormalige Sovjet-republieken via verschillende EU-programma's.<sup>61</sup> Voorbeelden van interventies met betrekking tot de internationale arena zijn:

- EU-verklaringen van Dublin, Vilnius en Bremen, waarbij verzocht werd: de versterking van het politieke leiderschap inzake de strijd tegen hiv/aids; meer betrokkenheid van het maatschappelijk middenveld en de private sector; meer aandacht voor nationale en lokale innovatieve benaderingen; en betere monitoring mechanismen in de lidstaten.
- Aandacht vragen voor *harm reduction* in de jaarlijkse vergadering van de Commission on Narcotic Drugs en de EU.
- Deelname aan discussies over de Nederlandse input in de algemene vergadering (WHA) van de WHO en de UNAIDS-programmaraad (PCB).
- Inbreng in de WHA met betrekking tot de implementatie van de Cairo-agenda en het veiligstellen van steun voor mensen met hiv of aids op nationaal niveau.
- Inbreng in speeches van de aidsambassadeur.

De implementatie van programma's op het gebied van srgr, hiv/aids en tuberculose betreft onder meer:

- Overeenkomst met de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ten bedrage van €20 miljoen voor de jaren 2006-2010, met betrekking tot een programma voor de preventie van hiv onder druggebruikers in Oost-Europa en Rusland.
- Overeenkomst met de WHO (€18 miljoen) voor vier beleidsterreinen, waaronder hiv/aids en tuberculose.
- Toezicht op de implementatie van het EU-Phare twinning project, dat door enkele Nederlandse instituties wordt uitgevoerd. Dit project richt zich op capaciteitsopbouw in de landen in de westelijke Balkan.
- Toezicht op de implementatie van MATRA-projecten in Rusland en de voormalige Sovjet-republieken. Het betreft hiv-preventie in Rusland, hiv-preventie en gezondheidsprogramma's in Russische gevangnissen, een srgr-programma in vijf districten in Rusland, *harm reduction* in de Oekraïne, het Moonlight Safe Prostitution programma in Letland en het Wereldbank-programma in Moldavië.
- Deelname aan het MATRA trainingsprogramma voor Europese Samenwerking, dat wordt uitgevoerd door de Netherlands' School of Public Health.

<sup>58</sup> <http://www.minocw.nl/organisatie/organogram/directies/6/index.html>.

<sup>59</sup> An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work, 2001.

<sup>60</sup> Arbobesluit afdeling 9. Art. 4.84 t/m 4.102.

<sup>61</sup> Voorbeelden zijn TACIS, PHARE en MATRA.

VWS heeft een eigen begroting van €1,2 miljoen per jaar voor het coördineren en versterken van internationale samenwerking, dat deels besteed wordt aan advies voor MATRA. De middelen voor het WHO-partnerschap en de overeenkomst met UNODC zijn HGIS-middelen.

#### 4.4.2 Beleidscoördinatie door het ministerie van Buitenlandse Zaken

Sinds 1997 functioneert de Homogene Groep Internationale Samenwerking (HGIS), die onder leiding staat van Buitenlandse Zaken (BZ) en tot taak heeft synergie tussen alle vormen van buitenlands beleid te bewerkstelligen, met inbegrip van de besteding van middelen. De besluitvorming met betrekking tot het buitenlands beleid wordt voorbereid in de Raad voor Europese en Internationale Aangelegenheden (REIA), een onderraad van de Ministerraad. Ambtelijke voorbereiding vindt plaats in de coördinatiecommissie voor internationale aangelegenheden (CoRIA). De inbreng in de Europese Unie wordt voorbereid in de coördinatiecommissie voor integratie en associatie-problemen (CoCo).<sup>62</sup>

Voorts is er regulier ambtelijk overleg tussen VWS en de beleidsdirectie Sociale en Institutionele ontwikkeling (DSI) inzake gezondheid en daaraan gelieerde onderwerpen, zoals srg en hiv/aids. Tijdens interdepartementaal overleg met Defensie, dat zeer frequent plaatsvindt, wordt incidenteel gesproken over hiv/aids.

De Nederlandse inbreng in internationale organisaties, zoals UNAIDS, UNFPA en WHO, wordt voorbereid door de vakministeries en BZ, met een inhoudelijke thematische rol voor DSI en een coördinerende rol voor de directie Verenigde Naties en Internationale Financiële Instellingen (DVF) van BUZA. DVF circuleert de documentatie onder relevante directies, vakministeries, instituties als het RIVM, de permanente vertegenwoordiging bij de VN en, wanneer een bepaald land op de agenda staat, de betrokken ambassades. De inbreng van het maatschappelijk middenveld varieert naargelang de aard van de bijeenkomst. Bij speciale vergaderingen, zoals de AVVN-sessies over de opvolging van het Caïro-programma en de HIV/AIDS-commitments, worden NGO's betrokken bij de voorbereidingen en maken zij veelal deel uit van de Nederlandse delegatie.

Tijdens zittingen van internationale organen vindt coördinatie plaats met andere landen. Naargelang de aard van de bijeenkomst geschiedt dit in EU-kader en/of met de westerse groep en met de landen met dezelfde prioriteiten op het gebied van srg en hiv/aids (*like minded*), zoals de noordelijke landen en het VK. Een voorbeeld van effectieve coördinatie betreft de voorbereiding van het opnemen van toegang tot reproductieve gezondheid als doelstelling onder MDG 5. Nederlandse NGO's maakten Europese NGO's hiervoor warm en deze begonnen vervolgens een lobby in Brussel. Hierdoor gesterkt kon Nederland, in nauwe samenwerking met VK en Zweden, en ook met niet EU-lid Noorwegen, de druk opvoeren. Minder effectief was de coördinatie en het leiderschap van de EU in de Commission on the Status of Women, een functionele commissie onder ECOSOC, in 2007. Aanvankelijk uitte de EU zich in sterke bewoordingen rond dit thema, maar door toedoen van Ierland, Malta en Polen werd dit afgezwakt.<sup>63</sup>

Ambassades worden altijd geïnformeerd over de uitkomsten van internationale bijeenkomsten. De beslissing op welke wijze vorm te geven aan de opvolging ligt veelal bij de ambassades. Het formele mechanisme om na te gaan hoe dit is geschied, is het jaarverslag, maar dit is erg beknopt. Via een systeem van scorecards wordt de verhouding tussen de Nederlandse bijdrage aan multilaterale organisaties en die van andere donoren bijgehouden. Ook bezoekt de beleidsafdeling ambassades en vindt er overleg plaats met NGO's en multilaterale organisaties.

Slechts twee ministeries spraken zich uit over de coördinerende rol van BZ. Defensie spreekt zich overwegend in positieve termen uit, maar er is ruimte voor verbetering als het om het overbruggen van het cultuurverschil tussen beide ministeries gaat. Defensie is taakgericht en BZ meer procesgericht. In

---

<sup>62</sup> Naast deze mechanismen voor interdepartementale coördinatie zijn er mechanismen voor afstemming met de overige EU-lidstaten.

<sup>63</sup> Interviews Buza.

de visie van VWS is BZ soms te sterk gericht op het bereiken van een compromis en schuift daartoe de visie van vakministeries te snel terzijde.

#### 4.5 Conclusie

- Nederland is partij bij internationale mensenrechtenverdragen en heeft diverse internationale verklaringen op het gebied van srgr en hiv/aids ondertekend. Dit rechtvaardigt mede dat de rijksoverheid, en meer in het bijzonder het ministerie van Buitenlandse Zaken, betrokken is bij de bevordering van srgr en preventie en bestrijding van hiv/aids.
- Het Nederlandse beleid en het EU-beleid komen in grote mate overeen, maar er is een duidelijke uitzondering: Nederland streeft naar het garanderen van een breed pakket aan dienstverlening op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, met inbegrip van veilige, liefst legale, abortusvoorzieningen. deel uitmaakt. Abortus is een onderwerp dat voor een aantal EU-staten niet bespreekbaar is.
- Bij de beleidsuitvoering zijn er accentverschillen. De EC richt zich bij srgr vooral op het terugdringen van de moedersterfte. Nederland richt zich ook op andere onderdelen van de Caïro-agenda. De EC benadert hiv/aids vooral als een infectieziekte en Nederland benadrukt dat hiv/aids een maatschappelijk probleem is.
- VWS is sterk berokken bij de inbreng van Nederland inzake srgr en hiv aids in internationale fora en ondersteunt een aantal srgr en hiv/aids programma's in Oost-Europa en de voormalige Sovjet-republieken. Defensie beoogt srgr en hiv/aids te integreren in vredesmissies, maar het is onduidelijk in hoeverre dit is gerealiseerd. SZW participeert in de ILO-fora. De overige ministeries zijn nauwelijks betrokken bij het internationale srgr- en hiv/aidsbeleid en integreren deze thema's niet in hun internationale activiteiten.
- BZ coördineert de inbreng in internationale organisaties met betrokken vakministeries en bij belangrijke vergaderingen ook met het maatschappelijk middenveld.
- Het formele mechanisme voor de vertaling van beleid naar uitvoering in bilateraal kader (MJSP's en jaarplannen en -verslagen) is te weinig gedetailleerd om de implementatie van de internationaal overeengekomen beleidslijnen te volgen.



## **5 TOETSING VAN HET NEDERLANDSE BUITENLANDSE BELEID MET BETREKKING TOT SRGR EN HIV/AIDS**

Dit hoofdstuk toetst de doelstellingen van het buitenlandse srgr- en hiv/aidsbeleid aan de hoofddoelstellingen van het Nederlandse buitenlands beleid en aan internationale afspraken. Ook wordt nagegaan of er sprake is van een meerwaarde ten opzichte van het beleid van enkele andere donoren.

### **5.1 Toetsing aan de hoofddoelstellingen van het buitenlands beleid**

De doelstellingen van het buitenlandse beleid op het gebied van srgr en hiv/aids sluiten aan op drie van de vijf hoofddoelstellingen: de versterking van de internationale ordening, de bevordering van vrede, veiligheid en stabiliteit en duurzame armoedevermindering.

### **5.2 Toetsing aan internationaal vastgelegde afspraken**

Deze paragraaf begint met een samenvatting van de relevante internationale afspraken over srgr en hiv/aids en een beknopte beschrijving van het UNAIDS- en UNFPA-beleid. Vervolgens wordt beoordeeld in hoeverre het Nederlandse beleid hiermee in overeenstemming is.<sup>64</sup>

#### *Internationale afspraken*

In *mensenrechtenverdragen* als het International Covenant on Civil and Political Rights (in 1976 in werking getreden), het International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1976), de Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1981) en de Convention on the Rights of the Child (2000) zijn universele rechten van de mens met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid en hiv-bestrijding vastgelegd.

De *internationale conferentie over bevolking en ontwikkeling* (ICPD, Caïro 1994) betekende een verschuiving van controle (de noodzaak tot afname van de bevolkinggroei) naar de keuzevrijheid van mannen en vrouwen met betrekking tot reproductieve gezondheid en voortplanting. Bovendien werd bevolking en ontwikkeling in een veel breder perspectief geplaatst dan voorheen. De Caïro-agenda omvat onder meer de erkenning van de noodzaak tot versterking van de positie van vrouwen door hen toegang tot onderwijs te geven. Ook werd bevestigd dat reproductieve rechten mensenrechten zijn en kwam er aandacht voor groepen die voorheen minder op de voorgrond stonden, zoals jongeren en ouderen. Het actieprogramma, aanvaard door 179 lidstaten, is steeds meer richtinggevend geworden voor het internationale beleid inzake reproductieve gezondheid. ICPD + 5 toonde aan dat er voortgang was geboekt, maar stelde ook dat het bereiken van de doelen voor 2015 meer actie vereiste op diverse terreinen, zoals onderwijs, het terugdringen van de moedersterfte, hiv/aids en de aandacht voor jongeren. Ook lag de financiering veel lager dan beoogd. Deze tekortkomingen kwamen opnieuw aan het licht tijdens ICPD +10.

De vierde *wereldvrouwenconferentie* (Beijing 1995) herbevestigde de Caïro-agenda en beklemtoonde de versterking van de positie van vrouwen en hun participatie in het besluitvormingproces. Tijdens Beijing + 5 herbevestigden regeringen de afspraken uit 1995. Nieuwe aandachtsgebieden werden aan het actieplatform toegevoegd, zoals vrouwen en hiv/aids tijdens humanitaire noodsituaties en de betrokkenheid van vrouwen bij de besluitvorming over vredeshandhaving en migratie.

In het jaar 2000 legden 189 staten zich vast op acht *millenniumdoelstellingen* (MDG's), waarvan er vier direct betrekking hebben op srgr en hiv/aids (box 5.1). De millennium-verklaring erkent dat

---

<sup>64</sup> De informatie in deze paragraaf en de hierop volgende paragrafen is ontleend aan Heuberger et al. 2007. Het rapport biedt een gedetailleerd overzicht van de internationale verklaringen en actieprogramma's.

ontwikkeling gegrondvest is op democratisch bestuur, de rechtsstaat, respect voor mensenrechten en vrede en veiligheid. Tijdens de Wereldtop in 2005 over de opvolging van de MDG's werd geconstateerd dat op een aantal punten voortgang was geboekt, maar dat er op sommige punten ook sprake was van een terugval, vooral in Sub-Sahara Afrika en sommige delen van Zuid-Azië. Als deze trends zich zouden voortzetten, zou het moeilijk worden de doelen te bereiken. Herbevestigd werd dat gelijkwaardigheid tussen de seksen, reproductieve gezondheid en hiv/aids topprioriteit dienden te krijgen. De slotverklaring van de Wereldtop en de politieke verklaring van de High Level Meeting on HIV/AIDS van 2006 stellen dat er in 2010 universele toegang tot preventie, zorg en hiv/aidsbehandeling en in 2015 universele toegang tot reproductieve gezondheid zou moeten zijn.<sup>65</sup>

**Box 5.1 Millenniumdoelen die direct aan srgr en hiv/aids zijn gerelateerd**

<b>Millennium Doelen (MDGs)</b>	
<b>Doelstellingen uit de verklaring</b>	<b>Indicatoren om de voortgang te meten</b>
<b>Het bevorderen van gelijkheid tussen mannen en vrouwen en de empowerment van vrouwen (doel 3)</b>	
<b>Doelstelling 4:</b> Het wegwerken van sekse-ongelijkheid in alle onderwijsniveaus niet later dan 2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Verhouding tussen het aantal meisjes en jongens in het basis-, middelbaar en hoger onderwijs.</li> <li>* Verhouding van het aantal geletterde vrouwen en mannen tussen de 15-24 jaar.</li> <li>* Het aandeel van vrouwen in betaald werk in de niet-agrarische sector.</li> <li>* Het percentage nationale parlementszetels dat door vrouwen wordt ingenomen.</li> </ul>
<b>Vermindering van de kindersterfte (doel 4)</b>	
<b>Doelstelling 5:</b> Het met tweederde terugdringen van de kindersterfte van kinderen onder de vijf jaar tussen 1990 en 2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sterfte van kinderen onder de vijf jaar per 1000 levend geboren.</li> <li>* Sterfte van kinderen jonger dan 1 jaar per 1000 levend geboren.</li> <li>* Percentage kinderen van 1 jaar oud dat is ingeënt tegen mazelen.</li> </ul>
<b>Verbering van de gezondheid van moeders (doel 5)</b>	
<b>Doelstelling 6:</b> Vermindering van de moedersterfte met driekwart tussen 1990 en 2015. Toegevoegd: verzorgen van toegang voor iedereen tot informatie en diensten m.b.t. seksuele en reproductieve gezondheid in 2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aantal sterfgevallen ten gevolge van zwangerschap of geboorte per 100.000 levend geboren.</li> <li>* Percentage geboortes onder begeleiding van geschoold personeel uit de gezondheidszorg.</li> <li>* Gebruik van voorbehoedmiddelen (CPR).</li> </ul>
<b>Bestrijding van hiv/ids, malaria en andere dodelijke ziektes (doel 6)</b>	
<b>Doelstelling 7:</b> Het stoppen en terugdringen van de verspreiding van hiv/aids in 2015. Toegevoegd: universele toegang tot ARV-behandeling in 2010.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hiv-prevalentie onder zwangere vrouwen van 15-24 jaar.</li> <li>* Het aandeel van condoomgebruik in verhouding tot CPR.</li> <li>* Onderwijsparticipatie onder wezen in relatie tot onderwijsparticipatie onder niet-wezen.</li> </ul>
<b>Doelstelling 8:</b> Het stoppen en terugdringen van de verspreiding van malaria en andere ziekten in 2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Prevalentie en aan malaria gerelateerde sterfte.</li> <li>* Percentage mensen in malariagebieden dat gebruik maakt van preventieve maatregelen.</li> <li>* Prevalentie en aan tuberculose gerelateerde sterfte.</li> <li>* Percentage tbc-gevallen dat opgespoord en behandeld wordt (DOTS).</li> </ul>

Bron: Heuberger et al. 2007 (aangepast)

In een recent (2007) verschenen rapport over de voortgang met betrekking tot de MDG's wordt geconstateerd dat de voortgang op de gehanteerde indicatoren met betrekking tot MDG 3 redelijk is en die op de indicatoren inzake MDG 4, 5 en 6 heel beperkt en in Sub-Sahara Afrika vrijwel afwezig.<sup>66</sup>

Een speciale *AVVN-sessie over aids* in 2001 resulteerde in een Declaration of Commitment bij de strijd tegen hiv/aids, die geldt als richtlijn voor het behalen van MDG 6.<sup>67</sup> Belangrijke punten zijn de noodzaak van partnerschappen tussen sectoren van de maatschappij, flexibiliteit tussen sectoren en landen en erkenning van de belangen van kwetsbare groepen. Na de AVVN-sessie werd het GFATM ingesteld. In 2006 volgde opnieuw een speciale *AVVN-sessie over aids*. De hierop aangenomen resolutie bevestigde de Declaration of Commitment uit 2001.<sup>68</sup> Het was duidelijk dat de doelen uit 2001 niet waren behaald. Naast herbevestiging van de bestaande afspraken werden nieuwe afspraken gemaakt, waaronder universele toegang tot preventie, behandeling en zorg en het stellen van nationale doelen. De verklaring van 2006 lijkt op een aantal punten zwakker dan die uit 2001. In de eerste plaats ontbreekt een tijdpad voor het nakomen van de afspraken en in de tweede plaats zijn de uitspraken over financiering afgezwakt. Daarentegen staan in deze verklaring sterke uitspraken over jongeren, met inbegrip van het gebruik van condooms en hiv-educatie, en over de rechten van vrouwen.

#### *Beleid van internationale organisaties*

Het VN-bevolkingsfonds (UNFPA) is de belangrijkste VN-organisatie voor de opvolging van de ICPD. De organisatie propageert een holistische benadering van srgr, met respect voor de mensenrechten als uitgangspunt, en beoogt onder meer te bewerkstelligen dat iedereen toegang heeft tot voorbehoedsmiddelen en informatie hierover en dat er voor iedereen kwalitatief goede zorg is tijdens de zwangerschap en de bevalling. De belangrijkste werkterreinen zijn: veilig moederschap, steun voor jongeren en adolescenten, preventie van hiv/aids via veiliger seksueel gedrag en de beschikbaarheid van condooms, bevordering van de gelijkwaardigheid tussen de seksen en het garanderen van voldoende benodigdheden voor reproductieve gezondheid, waaronder contraceptiva. UNFPA werkt in 140 landen met overheden en NGO's. De nadruk ligt op het ondersteunen van het nationale bevolkingsbeleid en srgr-beleid en het meewerken aan de opstelling van nationale raamwerken, zoals PRSP's.

UNAIDS is opgericht om de strijd tegen aids te intensiveren en leiding te geven aan de multisectorale VN-aidsrespons. De organisatie bestaat uit een secretariaat en kent tien cosponsors (ILO, UNHCR, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNODC, WFP, WHO en de Wereldbank). Het is geen uitvoerende organisatie, maar een coördinerende, waarbij iedere cosponsor een specifiek mandaat heeft. Respect voor de mensenrechten en gelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen vormen de uitgangspunten van het beleid. De respons omvat de preventie van de transmissie van hiv, zorg voor en behandeling van mensen met aids en opvang van de gevolgen van aids. Voorts wordt mainstreaming van hiv/aids in alle ontwikkelingsplannen bepleit. Advocacy, technische steun, monitoring en evaluatie, het betrekken van het maatschappelijk middenveld bij de aidsrespons en het mobiliseren van fondsen zijn de belangrijkste taken van UNAIDS zelf. Voor de aidsrespons op landenniveau streeft UNAIDS sinds 2004 naar het realiseren van de *three ones*: één strategisch beleidskader, één coördinatie-mechanisme en één systeem van monitoring en evaluatie.

#### *Toetsing van het Nederlandse beleid*

Nederland volgt de in internationaal verband vastgelegde afspraken over srgr en hiv/aids en het beleid is in lijn met dat van UNFPA en UNAIDS. Dit is niet verwonderlijk omdat Nederland zelf actief heeft bijgedragen aan de formulering van deze afspraken en aan de vormgeving van het beleid van de internationale organisaties.

Ondersteuning van de gezondheidssector, bij voorkeur in de vorm van sectorsteun, is een beleidsprioriteit. Versterking van deze sector is cruciaal voor veilig moederschap en voor de preventie

---

<sup>66</sup> United Nations 2007: 12-20.

<sup>67</sup> Declaration of Commitment on hiv/aids. Global crisis – global action.

<sup>68</sup> A/RES/60/262.

van hiv en de bestrijding van aids. Daarnaast zijn er specifieke beleidsprioriteiten voor srgr en hiv/aids. Voor srgr liggen deze bij die onderwerpen waar Nederland zelf ervaring mee heeft en daarmee ook een voorhoederol vervult ten opzichte van vele andere landen. Dit zijn de gevoelig liggende onderwerpen van de Caïro-agenda, zoals family planning en beschikbaarheid van RG-commodities, informatie en dienstverlening aan jongeren, het garanderen van een veilige abortus en het tegengaan van (seksueel) geweld tegen vrouwen. Ook binnen het hiv/aidsbeleid bestaat er aandacht voor de meer gevoelig liggende onderwerpen, zoals mannen die seks hebben met mannen, commerciële sekswerkers en injecterende drugsgebruikers. Hiermee richt het Nederlandse beleid zich ook op de onderwerpen waarop weinig voortgang is geboekt.

### 5.3 Nederlands beleid in vergelijking met het beleid van het VK, Zweden en de VS

Deze paragraaf beschrijft het internationale srgr- en hiv/aidsbeleid van het VK, Zweden en de VS. Via interviews met enkele NGO's is de Nederlandse opstelling in internationaal kader vergeleken met die van de overige landen. De uitvoering van het beleid in bilateraal verband blijft in de vergelijking buiten beschouwing.

#### *Het Verenigd Koninkrijk*

Het Department for International Development (DFID) is het ministerie dat verantwoordelijk is voor ontwikkelingssamenwerking. Het VK besteedt bijna 0,4 van het BNP aan ontwikkelingssamenwerking en de missie van DFID is armoedebestrijding. Beleid dat niet direct op hulp is gericht dient hiermee coherent te zijn. In 2004 stelde DFID een *position paper* op voor srgr. Naast dit algemene document is er een strategie voor de reductie van de moedersterfte.<sup>69</sup> Het uitgangspunt voor het srgr-beleid is dat seksuele en reproductieve gezondheid een mensenrecht is, essentieel voor de ontplooiing van mensen en ook cruciaal voor het bereiken van de MDG's. De notitie herbevestigt de ondertekening van het Caïro-programma en noemt daarbij een aantal zaken, dat in het bijzonder aandacht dient te krijgen: hiv/aids, adolescenten en jongeren, gezondheidspersoneel, gezondheidssystemen en de integratie van hiv/aids in diensten die zich op seksuele en reproductieve gezondheid richten.

Het meeste recente beleidsdocument over hiv/aids is ook van 2004.<sup>70</sup> De nadruk ligt op de noodzaak tot geïntegreerde preventiestrategieën, de link met gezondheidssystemen en met srgr-dienstverlening en een op de mensenrechten gebaseerde benadering. DFID zegde toe de beschikbare fondsen voor hiv/aids te vermeerderen van 270 miljoen pond in 2002-2003 tot 1,5 miljard pond in de periode 2005-2008.

De hiv/aidsstrategie is geëvalueerd en het voorlopige rapport uit zich overwegend in positieve termen over de uitvoering.<sup>71</sup> Onder meer worden daarbij genoemd de steun aan kwetsbare groepen, zoals sekswerkers, drugsgebruikers, mensen met hiv en aidswezen en andere kwetsbare kinderen. Het rapport is minder positief over het gebrek aan een eenduidig kader voor monitoring en evaluatie voor de opvolging van de doelstellingen. Het rapport plaatst vraagtekens bij de kosteneffectiviteit van budgetsupport en van bijdragen aan internationale organisaties en mondiale initiatieven en meer in het bijzonder is er de vraag of de meest kwetsbare groepen wel worden bereikt.

#### *Zweden*

De Zweedse regering besteedt ruim 0,8 procent van het BNP aan internationale hulp en beoogt daarmee voorwaarden te scheppen die arme mensen in staat stellen hun levensomstandigheden te verbeteren. De Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) is de belangrijkste uitvoerende instantie. Het beleid inzake seksuele en reproductieve rechten is in 1997 geformuleerd en volledig gebaseerd op de internationale conferenties uit de jaren negentig.<sup>72</sup> SIDA benadrukt de

---

<sup>69</sup> DFID 2004a. DFID 2004b.

<sup>70</sup> DFID 2004c.

<sup>71</sup> <http://www.dfid.gov.uk/aboutdfid/performance/files/wp18-takingaction.pdf>.

<sup>72</sup> SIDA 1997.

verwevenheid van srgr en hiv/aids en vindt dat de preventie van hiv en de opvang van de gevolgen van aids deel uit dienen te maken van de dienstverlening op het gebied van de reproductieve gezondheid. Een evaluatie uit 2004 meldt dat Zweden een van de meest consistente en genereuze donoren is geweest op het gebied van srgr.<sup>73</sup> Daarbij is bij voortdurend geweest op de noodzaak van een op de mensenrechten gebaseerde benadering. Voor de toekomst zal de strategie zich meer richten op gelijkwaardigheid tussen de seksen, veilige abortus en gezondheid voor jongeren. Het rapport meldt ook dat de uitvoering van de Caïro-agenda bedreigd wordt door nieuwe mondiale initiatieven op het gebied van hiv/aids en door het beleid van de VS.

SIDA heeft in 1999 het hiv/aidsbeleid op schrift gesteld, met als uitgangspunt dat hiv geen geïsoleerd gezondheidsprobleem is. De algemene doelen zijn de preventie van hiv en de opvang van de gevolgen van aids voor het individu en de maatschappij. Daarbij zijn vier prioritaire aandachtsvelden geformuleerd: Hiv-preventie, zorg en steun, politieke betrokkenheid en overlevingsstrategieën ter vermindering van de effecten op lange termijn. Een beleidsevaluatie van 2004 concludeerde dat de strategie succesvol was en aanbevolen werd hiv/aids als prioritair beleidsterrein te handhaven.<sup>74</sup> Een kritische kanttekening werd geplaatst bij het ontbreken van concrete doelstellingen en indicatoren. In 2006 verscheen een rapport over de jaren 2003-2006, waarin gesteld wordt dat SIDA het aantal activiteiten en de financiële middelen voor de aidsrespons heeft vergroot. Het document beschrijft SIDA's betrokkenheid in verschillende regio's en stelt dat hiv/aids een van de vier beleidsprioriteiten blijft. Daarbij krijgen het verbeteren van genderverhoudingen, alsmede jongeren speciale aandacht.<sup>75</sup> Het beleid geeft geen ruimte aan steun voor commerciële sekswerkers en evenmin aan *harm reduction* bij injecterend drugsgebruik.

#### *Verenigde Staten*

Voor de VS is de bestrijding van armoede een morele plicht, zo verklaarde de president in 2002 en hij kondigde aan dat de uitgaven in de komende drie jaren met de helft zouden toenemen. Het was de eerste keer sinds president Kennedy dat een president zich uitsprak over internationale hulp. In 2003 en 2004 lagen de uitgaven voor ontwikkelingssamenwerking net beneden de 0,2 procent van het BNP.<sup>76</sup> Daarbij dient te worden opgemerkt dat volgens een rapport aan het Congres gemiddeld tweederde van de fondsen de VS nooit verlaat, omdat deze gespendeerd worden aan producten uit de VS of aan technische assistentie. De United States Agency for International Development (USAID) is een belangrijke uitvoerende instantie van het VS-beleid op het terrein van internationale samenwerking. Versterking van gezondheidssystemen is een van de sectoren waar het USAID-beleid zich op richt.

Er is geen duidelijk en integraal srgr-beleid en iedere verwijzing naar het Caïro-programma wordt zorgvuldig vermeden. USAID richt zich sterk op de gezondheid van moeders en pasgeborenen en de versterking van gezondheidssystemen als voorwaarde om deze te realiseren. Daarnaast is er aandacht voor family planning, het tegengaan van geweld en van verminking van de vrouwelijke genitaliën (FGM) en voor het inbouwen van gender-kwesties in alle programma's. Wettelijke bepalingen verhinderen iedere bemoeienis met het garanderen van een veilige abortus en met programma's ten behoeve van commerciële sekswerkers.<sup>77</sup>

De bestrijding van hiv/aids vormt een topprioriteit voor de VS. In 1986 werd voor het eerst een beleid hiervoor geformuleerd en sinds die tijd heeft de VS meer dan 6 miljard US \$ besteed aan hiv/aids, meer dan welke publieke of private instantie dan ook. In 2003 is het Presidents Emergency Plan voor Aids Relief (PEPFAR) bij wet vastgesteld. De uitvoering van dit plan loopt via de ambassades en ligt in handen van partnerschappen. Het plan beoogt steun voor de behandeling van minstens twee miljoen mensen met aids, de preventie van zeven miljoen nieuwe infecties en opvang voor tien miljoen mensen, waaronder aidswezen en kwetsbare kinderen. Het budget van PEPFAR werd vastgelegd op

---

<sup>73</sup> SIDA 2004a.

<sup>74</sup> SIDA 2004a

<sup>75</sup> SIDA 2006a.

<sup>76</sup> UNAIDS 2006a: 237.

<sup>77</sup> <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2001/10/23-5.html> NGO's kunnen alleen federale fondsen ontvangen onder voorwaarde dat zij zich niet actief opstellen met betrekking tot abortus in andere landen. Deze bepaling uit 1984 is in 1993 afgeschaft en weer ingesteld in 2001.

US \$ 15 miljard voor de periode 2003-2008. Budgetallocaties en de verdeling over categorieën zijn bij wet vastgesteld. Er bestaan scherpe richtlijnen voor preventieprogramma's volgens de ABC methode (abstinentie, be faithful en condoms). Kortgezegd: AB voor alle groepen en prioriteit voor jongeren van 10-14 jaar; ABC voor oudere jongeren; C voor risico-groepen, maar nooit uitsluitend; er moet altijd een AB component in zitten.

#### *Overeenkomsten en verschillen tussen Nederland en het VK, Zweden en de VS*

Voor Nederland, het VK en Zweden vormt de Caïro-agenda het kader voor de uitvoering van het srgr-beleid. De meer gevoelig liggende onderwerpen uit deze agenda zijn voor alle drie de landen prioritair. Ook het hiv/aidsbeleid gaat uit van dezelfde uitgangspunten en stelt zich vergelijkbare doelen. Voor alle drie de landen, en meer in het bijzonder voor Zweden, vormt de ondersteuning van gezondheidssystemen een belangrijke voorwaarde voor de bevordering van srgr en het bestrijden van hiv/aids. Zowel Nederland als DFID benadrukt de relatie tussen srgr en hiv/aids.

Het VS-beleid komt op een aantal punten overeen met dat van Nederland, het VK en Zweden, bijvoorbeeld met betrekking tot de versterking van gezondheidssystemen en de aandacht voor de gezondheid van moeders en kinderen. Op andere punten is er een groot verschil. Iedere verwijzing naar internationaal overeengekomen verklaringen, zoals de Caïro-agenda of de MDG's, ontbreekt in het VS-beleid. Voorts zijn er nauwgezette richtlijnen voor preventie in het VS-beleid, met de nadruk op onthouding voor het huwelijk en op trouw aan één partner. Hoewel een review heeft laten zien dat dit niet in overeenstemming is met de behoeften inzake preventie in een aantal landen, heeft geen aanpassing van het beleid plaatsgevonden. Voorts is een groot verschil dat het buitenlands beleid van de VS iedere financiële steun aan activiteiten die voorlichting over of uitvoering van abortus bevorderen en het minder restrictief maken van abortuswetgeving afwijst.

De VS is veruit de grootste donor op het gebied van hiv/aids en bijvoorbeeld de belangrijkste donor van het Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM; zie volgende hoofdstuk). Ook DFID draagt in toenemende mate bij aan mondiale fondsen en financiert initiatieven op landenniveau. Nederland is daarbij vergeleken een relatief kleine speler, hoewel in de periode van deze beleidsdoorlichting wel de belangrijkste donor van niet-geoordeelde fondsen aan UNAIDS en UNFPA.

Alle vier de landen hebben de verklaring van Parijs inzake harmonisatie en *alignment* van donorinspanningen ondertekend en trachten deze te implementeren. Het stellen van eisen aan de besteding van PEPFAR-fondsen staat hiermee echter op gespannen voet.

#### *Toegevoegde waarde van het Nederlandse beleid*

Nederland heeft een toegevoegde waarde met betrekking tot onderwerpen waarmee in Nederland zelf goede ervaring is opgedaan, zoals voorlichting over seksualiteit aan jongeren, programma's voor commerciële sekswerkers, het garanderen van een veilige abortus en *harm reduction* bij injecterend drugsgebruik. Uit de beschrijving van het beleid van het VK blijkt dat deze onderwerpen ook voor het VK prioritair zijn. Voor Zweden geldt dit in mindere mate, omdat dit land geen steun verleent aan programma's voor commerciële sekswerkers en aan *harm reduction*. De toegevoegde waarde van Nederland ligt in het verdedigen van het beleid in internationale fora. Nederland is daarbij aanjager en creëert samen met like-minded, zoals VK en Zweden, voldoende kritische massa om tegenwicht te bieden aan de eenzijdige benadering van de VS.<sup>78</sup> Desgevraagd geven NGO's aan dat Nederland zich prominenter dan de twee andere landen uitspreekt voor het in stand houden van de Caïro-agenda en voor de hiv-preventie, behandeling en zorg onder een aantal kwetsbare groepen.

Alle drie de landen hebben een toegevoegde waarde met betrekking tot deze onderwerpen ten opzichte van de VS. Louter door de enorme financiële injectie heeft de VS een toegevoegde waarde als het om de behandeling van mensen met aids gaat. De keerzijde is dat grootschalige, verticale initiatieven het

---

<sup>78</sup> Hierbij dient te worden opgemerkt dat Zweden op het punt van harm reduction ten tijde van het onderzoek geen like minded land was.

versterken van gezondheidssystemen kan doorkruisen en ook wordt betwijfeld of kwetsbare groepen toegang hebben tot de beschikbaar gestelde behandeling.

#### **5.4 Conclusie**

- Het Nederlandse buitenlandse beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids sluit aan bij drie van de vijf hoofddoelstellingen van het buitenlands beleid.
- Het Nederlandse internationale beleid is in overeenstemming met internationale afspraken en met het beleid van de belangrijkste internationale organisaties.
- Het Nederlandse srgr- en hiv/aidsbeleid komt in grote lijnen overeen met het beleid van het VK en Zweden. Er is sprake van een meerwaarde van Nederland als het gaat om het uitdragen en verdedigen van het beleid in internationale fora. Het Nederlandse beleid heeft een duidelijke meerwaarde ten opzichte van het VS-beleid met betrekking tot de implementatie van de volledige Caïro-agenda en harm reduction bij injecterend drugsgebruik. De VS levert volume en heeft daardoor een meerwaarde met betrekking tot het vergroten van de toegang tot ARV-behandeling.





## 6 UITVOERING VAN HET BELEID: INSTRUMENTEN, KANALEN EN UITGAVEN

Dit hoofdstuk geeft eerst een overzicht van doelen, instrumenten, kanalen en uitgaven. Vervolgens komt de beleidsuitvoering aan de orde, met aandacht voor de mogelijkheden en beperkingen van en de complementariteit tussen instrumenten en kanalen.

### 6.1 Overzicht van doelen, instrumenten en kanalen

Tabel 6.1 geeft een overzicht, waarin de in hoofdstuk 4 genoemde doelen van het beleid nader zijn gespecificeerd in operationele doelstellingen en gekoppeld aan de meest geëigende instrumenten en kanalen van uitvoering. De doelen zijn grofweg te onderscheiden in doelen met betrekking tot de instandhouding en aanscherping van internationale afspraken (1), doelen die deze afspraken vertalen naar landenniveau (2 en 3) en doelen die betrekking hebben op de implementatie (4 t/m 7).

**Tabel 6.1 Beleidsuitvoering: instrumenten en kanalen**

Doelen en instrumenten		Kanalen						
Doel	Instrument	VN	WB	EU	Bil.	NGO	PPP	Acoz*
1) Implementatie Caïro-agenda erkend als voorwaarde voor realisering MDG's; agendering en versterking commitment hiv/aids in internationale fora; <i>three ones</i> vormen leidraad voor instructies organisaties en fora; Nederlandse positie mondiale initiatieven aangescherpt.	Beleidsdialoog aidsambassadeur Beleidsdialoog op technisch niveau Ondersteuning mondiale initiatieven	X	X	X	X	X		
2) Integratie srgr in MJSP's van 10 landen; beleid voor jongeren (6 landen); concrete uitwerking safe motherhood (3 landen).	Beleidsdialoog Programma's en Projecten	X	X		X	X	X	
3) Actieve betrokkenheid 5 ambassades in nationale coördinatiemechanismen; participatie PLWHA in coördinatiemechanismen.	Beleidsdialoog Programma's en Projecten				X	X		
4) Steun aan gezondheidssector in twaalf landen; systematisering best practices inzake financiering gezondheidszorg in 5 landen; gebruik national health account; steun bij oplossingen HR in 5 landen.	Beleidsdialoog Sectorsteun Programma's en projecten				X	X		
5) Veiligstellen van commodities (5 landen); toegang ARV vergroot; initiëren PPP's.	Programma's en projecten	X			X	X	X	
6) Mainstreaming in partnerlanden; integratie hiv/aids en srgr in onderwijsplannen in 10 landen; ondersteuning OVC's in bilaterale sectoren.	Beleidsdialoog Sectorsteun Projecten				X	X		
7) Investeren in nieuwe preventieve technologie; versterking onderzoek srgr; studie naar relevante demografische gegevens; samenwerking met kennisinstututen.	Beleidsdialoog Samenwerkingsverbanden op het gebied van onderzoek	X		X	X	X	X	X

\*Acoz: Academische onderzoeksinstellingen.

Bron: TK 2003-2004, 29648, nr. 2; jaarplan DSI 2005 en 2006.

## 6.2 Uitgaven

Deze paragraaf begint met een totaaloverzicht van de uitgaven voor hiv/aids en reproductieve gezondheid en geeft daarna enkele meer gedetailleerde overzichten over de verdeling van de uitgaven over de verschillende thema's op het gebied van srgr en hiv/aids en over de kanalen van uitvoering. Omdat hiv/aids en srgr veelal onderdeel vormen van programma's die ook betrekking hebben op andere onderwerpen, is het niet mogelijk om de omvang van de uitgaven nauwkeurig te bepalen. De verschillen in tabel 6.1 worden veroorzaakt door een verschil in toerekening.<sup>79</sup>

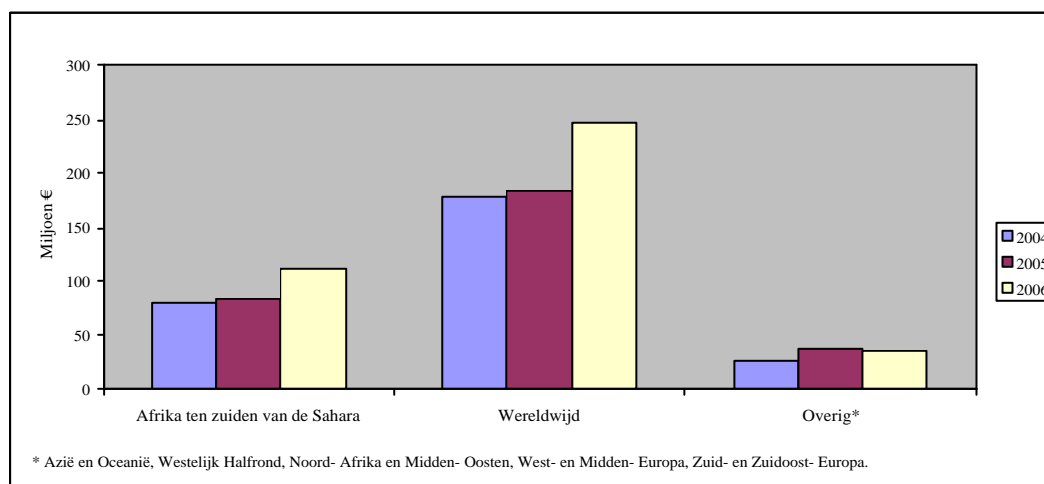
**Tabel 6.1 Totale uitgaven voor reproductieve gezondheid en hiv/aids (x1000 €)**

Thema	2004	2005	2006	Totaal
Memorie van Toelichting Resultatenrapportage	321.922	298.078	359.828	979.828
IOB-onderzoek	399.100	387.500	441.700	1.228.300
IOB-onderzoek	286.176	303.750	393.642	983.568

Bron: TK2005-2006, 30300 V, nr 2; TK 2006-2007 30800 V, nr 2; TK 2006-2007, 29234, nr. 57 (bijlage) en piramide (bewerking IOB).

Bij deze tabel dient te worden opgemerkt dat alle uitgaven op het gebied van gezondheid, dan wel als hiv/aids, dan wel als reproductieve gezondheid worden aangemerkt. De uitgaven van de vijf medefinancieringsorganisaties (MFO's) zijn niet meegenomen. Voor 2004 bedroegen deze voor hiv/aids €88 miljoen.<sup>80</sup> Voor de overige jaren en voor srgr zijn geen gegevens beschikbaar over de MFO's. Uitgaven in het kader van de thematische medefinanciering (TMF) zijn wel meegenomen. De figuren 6.1- 6.4 berusten op het IOB-onderzoek.

**Figuur 6.1 Regionale spreiding van de uitgaven voor srgr en hiv/aids; 2004-2006**



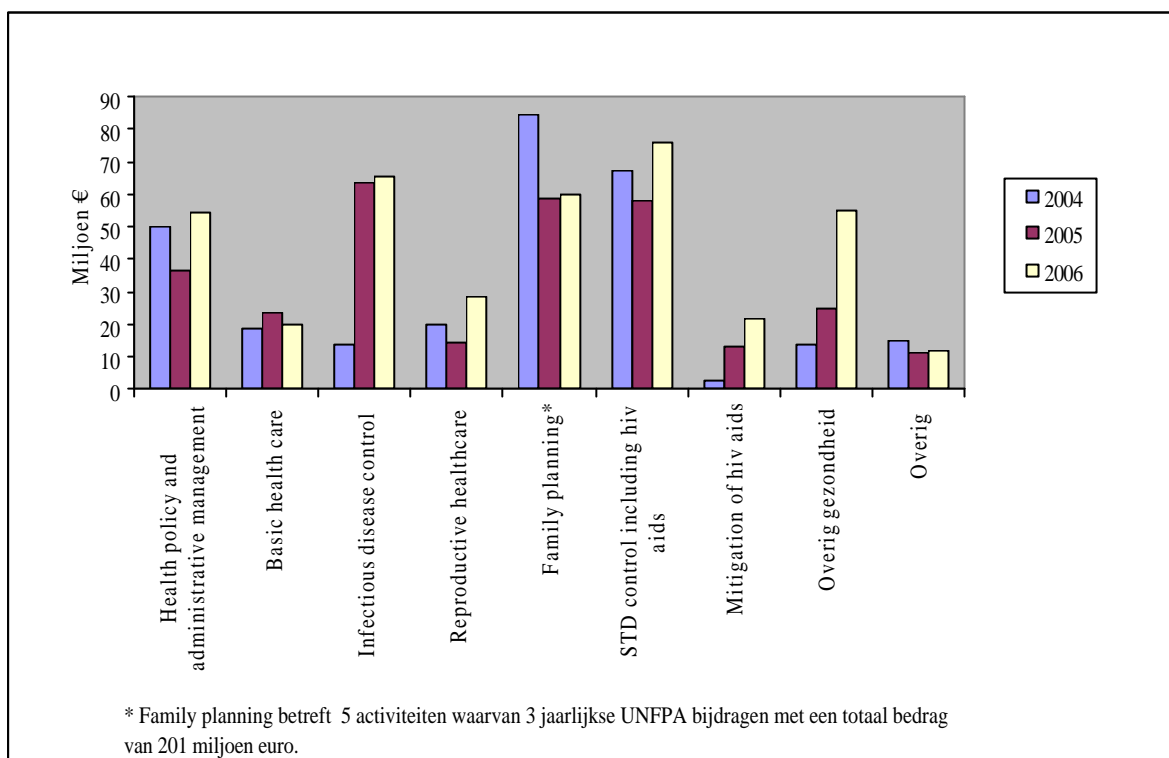
Bron: Piramide

<sup>79</sup> De Memorie van Toelichting is gebaseerd op SBE-uitgaven. Bij de resultatenrapportage is een bepaald percentage van niet-srgr of hiv/aids SBE's (ten dele gericht op srgr en/of hiv/aids) meegeteld. In het voorliggende onderzoek is dit alleen het geval als de CRS-code daartoe aanleiding gaf. Voorts zijn in het IOB-onderzoek de bestanden geschoond van activiteiten die evident niet op het terrein van srgr en/of hiv/aids liggen, zoals de bestrijding van gele koorts. Activiteiten m.b.t. vrouwen en ontwikkeling die evident op het terrein van srgr liggen zijn daarentegen meegenomen en bij de resultatenrapportage is dit niet het geval. Bijlage 3 geeft meer gedetailleerde informatie.

<sup>80</sup> Bartholomeussen et al. 2006.

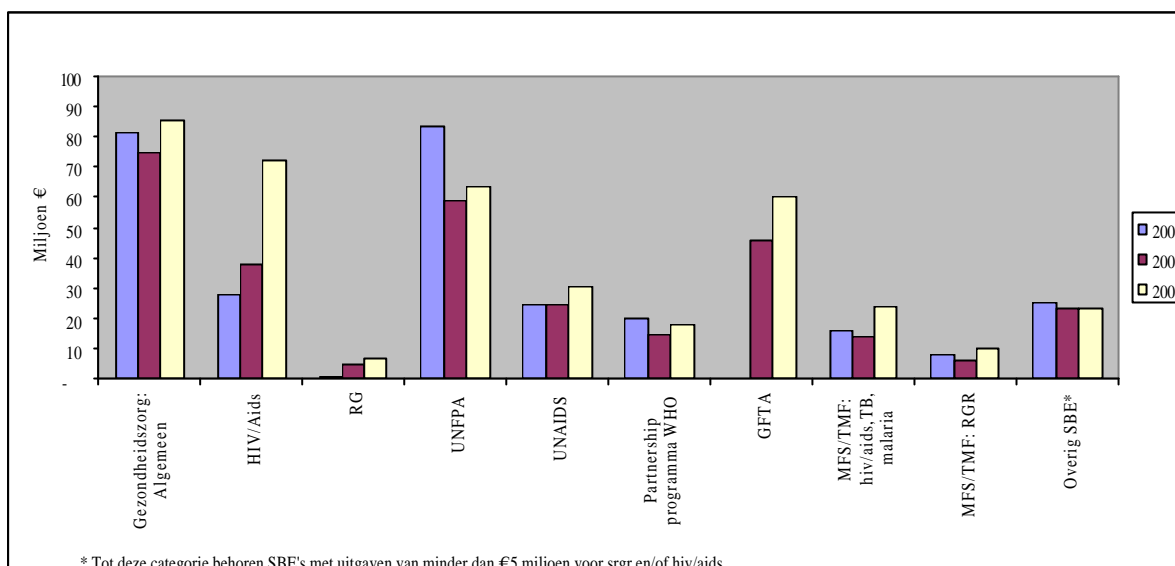
Figuur 6.1 geeft de verdeling over regio's en laat zien dat veruit de meeste middelen worden besteed aan programma's met een wereldwijd karakter. De bestedingen in landen met opkomende epidemieën in Azië en Oost-Europa zijn gering. De reden is dat in deze landen vrijwel geen samenwerking plaatsvindt in de gezondheidssector en dat de mogelijkheden tot overige vormen van financiering beperkt zijn gehouden. Figuur 6.2 geeft een thematische indeling op basis van de door de DAC gehanteerde thematische categorieën (CRS-codes) en figuur 6.3 laat de verdeling over de verschillende begrotingseenheden zien.

**Figuur 6.2** Uitgaven srgr en hiv/aids per CRS-code; 2004-2006



Bron: Piramide.

**Figuur 6.3** Uitgaven srgr en hiv/aids per begrotingseenheid; 2004-2006



Bron: Piramide.

De eerste drie kolommen links in figuur 6.3 betreffen bilateraal bestede fondsen. Uit de figuur blijkt dat srgr in de bilaterale samenwerking grotendeels samenvalt met algemene gezondheidszorg en maar voor een heel klein deel uitgegeven wordt aan specifieke initiatieven op het gebied van reproductieve gezondheid (RG). De figuren laten ook zien dat het aandeel van infectieziektebestrijding en de preventie en de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen en aids een groter deel van de uitgaven beslaan dan die voor algemene gezondheid, mede vanwege de omvangrijke bijdragen aan UNAIDS, het GFATM en de partnerschappen voor de ontwikkeling van producten. Hierbij dient te worden opgemerkt dat GFATM-fondsen ook ten goede komen aan de bestrijding van malaria en tuberculose (iets minder dan de helft van de fondsen).

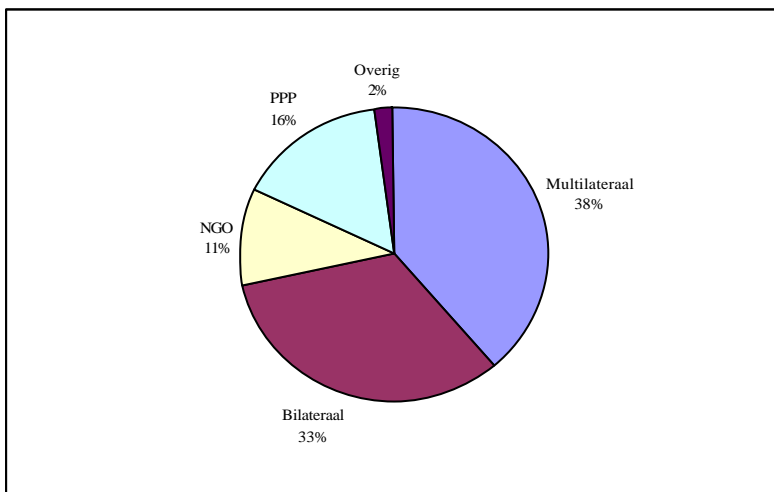
Voorts laten de tabellen zien dat de fondsen voor hiv/aids zijn toegenomen en die voor srgr (UNFPA) licht zijn gedaald. De toename van de uitgaven voor hiv/aids is mede ingegeven door een TK-motie van begin 2003 die oproept tot verdubbeling van de uitgaven voor hiv/aids.<sup>81</sup> De noodzaak tot verdubbeling van de mondiale aidsinspanningen, waartoe destijds werd opgeroepen door UNAIDS, is ingegeven door het feit dat het om een epidemie gaat die zich snel uitbreidt en waarbij de respons achterblijft.

Figuur 6.4 en 6.5 tonen de verdeling van de uitgaven over de verschillende kanalen. Figuur 6.4 laat zien dat over het geheel genomen ruim zeventig procent van de uitgaven wordt besteed via het multilaterale en het bilaterale kanaal. Het bilaterale kanaal betreft zowel sectorsteun als projectfinanciering, waarbij de overheid of een NGO de uitvoerder kan zijn. Projecten met multilaterale organisaties als uitvoerder zijn toebedeeld aan het multilaterale kanaal.<sup>82</sup>

<sup>81</sup> TK 2002-2003., 28600 V, nr 25 (motie) en 28600 V, nr 54 (reactie).

<sup>82</sup> Op basis van de in het informatiesysteem opgenomen gegevens is het niet altijd mogelijk een onderscheid te maken tussen overheidsprogramma's en door NGO's uitgevoerde programma's.

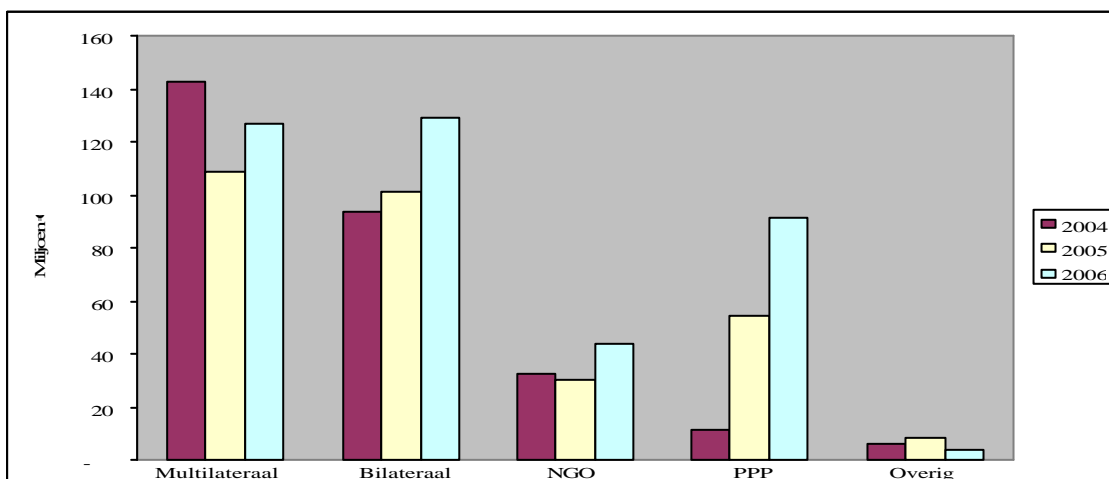
**Figuur 6.4 Totale uitgaven (2004-2006) voor srgr en hiv/aids per kanaal**



In de categorie 'overige' zijn opgenomen de academische onderzoeksinstituten, de Wereldbank, het MATRA-programma, de OVSE en een aantal kleinere activiteiten die het organiseren van conferenties of het inhuren van expertise betreffen.  
Bron: Piramide

Er zijn in de aidsnotitie van 2004 heldere richtlijnen opgenomen voor de verdeling van middelen voor hiv/aids over de verschillende kanalen van uitvoering: 35% multilateraal, 15% bilateraal, 30% PPP en 20% TMF. Als argumentatie voor deze verdeling geldt, dat het opzetten van eigen bilaterale hiv/aids-programma's niet het zwaartepunt zou moeten worden, maar dat meer zou worden aangesloten bij gecoördineerde initiatieven.<sup>83</sup> Voor srgr is de beoogde verdeling over de kanalen niet op schrift gesteld.

**Figuur 6.5 Uitgaven srgr en hiv per kanaal; 2004-2006**



Bron: Piramide

Figuur 6.5 laat zien dat de uitgaven voor publiek-private partnerschappen sterk zijn gestegen gedurende de periode van onderzoek. Voorts heeft er een beperkte verschuiving plaats gevonden van het multilaterale naar het bilaterale kanaal. In combinatie met de gegevens over de spreiding van de

<sup>83</sup> TK 2003-2004, 29648, nr. 1: 6-7.

uitgaven over thema's en begrotingseenheden uit de figuren 6.2 en 6.3, toont figuur 6.5 dat de besteding via het TMF-mechanisme geringer is dan voorzien in de Kamerbrief. Voor het bilaterale kanaal is het minder duidelijk in hoeverre de Kamerbrief al dan niet richtinggevend is geweest omdat de fondsen veelal basisgezondheidszorg betreffen, waarbij het specifieke aandeel voor hiv/aids niet is te bepalen.

### 6.3 Analyse

De analyse betreft de complementariteit tussen de verschillende kanalen en de mate waarin de inzet van instrumenten via deze kanalen aansluit bij de te bereiken doelen, zoals geformuleerd in paragraaf 6.1. De analyse berust voor een groot deel op de perceptie van bij de beleidsuitvoering betrokkenen, waaronder die van een netwerk van donoren (MOPAN) dat periodiek de multilaterale organisaties en de Wereldbank beoordeelt. Waar mogelijk zijn ook externe evaluaties gebruikt, maar deze beslaan meestal niet de hele periode die deze beleidsdoorlichting bestrijkt.

#### 6.3.1 Kanalen van uitvoering: sterke en zwakke punten

##### *Multilaterale kanaal*

Nederland is de grootste donor van UNFPA. Het is de enige VN-organisatie die zich ondanks tegendruk sterk blijft inzetten voor het behoud en de uitvoering van de gehele Cairo-agenda. Omdat deze ook het belang van een veilige abortus omvat, heeft de VS in 2001 de financiële bijdrage aan UNFPA stopgezet. Nederland heeft toen samen met andere donoren de terugval in fondsen opgevangen en het niveau is sindsdien op een hoog peil gebleven. Nederland acht de mogelijkheden tot beïnvloeding van het beleid groot omdat het de grootste donor is. *Advocacy* is in de visie van Nederland het sterke punt van UNFPA en gevoelige onderwerpen worden daarbij niet geschuwd. Het oordeel over het functioneren op landenniveau varieert van vrijwel afwezig tot heel constructief. Over het algemeen is er sprake van verbetering.<sup>84</sup>

Nederland was in de jaren 2004-2006 de grootste donor van niet-geormerkte fondsen voor UNAIDS.<sup>85</sup> De argumentatie voor het geven van een hoge bijdrage is dat UNAIDS haar hoofdtaken, de coördinatie van de aidsrespons op landenniveau en het versterken van de politieke betrokkenheid van regeringsleiders bij hiv/aids, goed vervult. Een ander sterk punt van UNAIDS is dat de beleidsdialog concrete resultaten oplevert, zoals een steeds meer resultaatgerichte planning. Over de samenwerking met NGO's en private instituties op landenniveau zijn de meningen verdeeld: soms goed en in andere landen niet.<sup>86</sup> Ook over de vraag of UNAIDS voldoende aandacht geeft aan preventie, zijn de meningen verdeeld. UNAIDS heeft recent een veelomvattende strategie over preventie opgesteld, maar geeft zelf aan dat sinds de beschikbaarheid van ARV in sommige landen de successen op het gebied van preventie teloor dreigen te gaan.<sup>87</sup> De meeste geïnterviewden vinden dat UNAIDS voldoende aandacht aan preventie geeft en een enkele geïnterviewde is van mening dat sinds de introductie van de ARV-therapie preventie op het tweede plan terecht is gekomen.

UNICEF is een belangrijke organisatie voor een aantal thema's op het gebied van srgr en hiv/aids, zoals de preventie van de overdracht van hiv van moeder op kind. De organisatie zou ook een belangrijke rol kunnen spelen bij de bevordering van srgr en de preventie van hiv onder jongeren, maar angst voor het verlies van financiële steun uit de VS en andere meer conservatieve landen heeft onderwerpen als family planning en het bevorderen van het gebruik van condooms onder jongeren voor UNICEF in de taboesfeer gebracht. Nederland is een grote donor, maar heeft desondanks de koers niet kunnen wijzigen. Themadeskundigen bevestigen dat UNICEF op landenniveau zich vooral

---

<sup>84</sup> MOPAN 2005. Interviews BUZA en themadeskundigen op posten. MOPAN acht de samenwerking met NGO's goed, maar die met de private profit sector niet.

<sup>85</sup> <http://www.unaids.org/en/GetStarted/Donors.asp>.

<sup>86</sup> MOPAN 2005; interviews BUZA.

<sup>87</sup> UNAIDS 2005a. Interviews BUZA. Wakabi 2007: 16.

bezighoudt met jonge kinderen. Als positief punt wordt genoemd dat deze organisatie goed geëquipeerd is.<sup>88</sup>

De WHO heeft een normatieve en coördinerende rol in de internationale gezondheidszorg en adviseert regeringen over de versterking van gezondheidsdiensten en biedt daarbij ook technische assistentie. De vrijwillige bijdrage van Nederland aan de WHO wordt sinds 2000 gekanaliseerd via een partnerschap. In de periode 2004-2005 was de bijdrage bestemd voor hiv/aids en srgr, tuberculose en malaria; in de periode 2006-2007 voor toegang tot geneesmiddelen en vaccins, srgr en gezondheidssystemen. Beleidsbeïnvloeding vindt plaats tijdens periodiek overleg. Het partnerschap van Nederland met de WHO is in 2004 extern geëvalueerd en de bevindingen zijn positief.<sup>89</sup> Een uitgebreide externe evaluatie van de bijdrage van de WHO aan de toename van anti-retrovirale therapie levert een gemengd beeld op. Technische zaken worden overwegend goed beoordeeld, maar de integratie met de moeder- en kindzorg is onvoldoende.<sup>90</sup> Het oordeel over de presentie op landenniveau wisselt van mede-leiderschap in de gezondheidssector tot vrijwel afwezig.<sup>91</sup>

Het VN-onderzoekprogramma met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, het Human Reproduction Programme (HRP) is het enige wereldwijde onderzoeksprogramma op dit gebied; het bestrijkt niet alleen medisch-biologisch, maar ook sociaalwetenschappelijk onderzoek naar srgr en hiv/aids. Nederland is één van de belangrijke donoren, naast het VK, Zweden en Noorwegen. Nederland is actief betrokken bij dit programma, momenteel ook als voorzitter van het bestuursorgaan.

#### *Wereldbank*

De Wereldbank beschouwt srgr niet als een expliciet beleidsterrein, maar als onderdeel van de sectorstrategie voor gezondheid, voeding en bevolking (HNP). Ter voorbereiding van een nieuw strategie document werd in mei 2006 een notitie gepresenteerd.<sup>92</sup> De notitie voorziet meer aandacht voor een intersectorale benadering, gezondheidssystemen, gezondheidsfinanciering, goed bestuur en versterking van de synergie tussen gezondheidssystemen en een 'één-prioriteit benadering', zoals van hiv/aids. Na aandringen van donoren, waaronder Nederland, zal er in het nieuwe document expliciet aandacht gegeven worden aan de uitvoering van de Caïro-agenda en de MDG's. Op het gebied van hiv/aids publiceerde de Bank in 2005 een actieprogramma, waarin de volgende werkerreinen zijn gedefinieerd: ondersteuning van nationale aidsstrategieën; financiering van nationale en regionale aidsprogramma's en programma's ter versterking van gezondheidssystemen; versnelde implementatie van programma's op landenniveau en betere coördinatie en harmonisatie; versterking van monitoring- en evaluatiesystemen op landenniveau en een aidsrespons gebaseerd op bewezen effectiviteit.<sup>93</sup>

De Bank is een belangrijke speler met betrekking tot financieel-economische thema's. De helft van de ambassades in partnerlanden geeft aan dat de Wereldbank ook relevant is voor srgr en/of hiv/aids (19/36 voor srgr; 16/36 voor hiv/aids). De Wereldbank wordt bij uitstek de geschikte instantie geacht om ervoor zorg te dragen dat hiv/aids en srgr worden geïntegreerd in nationale strategieën ter vermindering van de armoede en de Bank heeft dit in veel landen gerealiseerd. Een kritische kanttekening wordt geplaatst bij de keuze van de NGO's die zijn betrokken bij de formulering van de strategieën, omdat deze vaak onvoldoende kennis en expertise op het terrein van srgr en hiv/aids hebben. Over het algemeen wordt tevredenheid uitgesproken over de beleidsuitvoering, met als punt van kritiek dat er vaak parallele structuren in leven groepen worden. De portefeuille voor gezondheid is ook kleiner geworden omdat de vraag vanuit de ontvangende landen is teruggelopen.<sup>94</sup>

<sup>88</sup> Interviews BUZA en themadeskundigen op posten.

<sup>89</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2005: 39-40. Een van de aanbevelingen is dat Nederland zich meer zou moeten richten op sectoren die bij andere donoren weinig aandacht krijgen.

<sup>90</sup> Batistella et al. 2006. Het rapport bevat een groot aantal conclusies, die soms beschrijvend van karakter zijn. Het aantal aanbevelingen is zeer groot. De stuurgroep die de evaluatie heeft begeleid neemt niet alle conclusies en aanbevelingen over.

<sup>91</sup> Interviews BUZA en themadeskundigen op posten.

<sup>92</sup> World Bank 2006. Het meest recente beleidsdocument HNP dateert uit 1997.

<sup>93</sup> World Bank 2005: 35-45. Nederland was in 2004 met een bijdrage van 328 miljoen in 2004 de vierde donor van de Wereldbank Trustfonds, maar deze bijdragen zijn slechts in beperkte mate gerelateerd aan srgr of hiv/aids. <http://bznet/content.asp?key=524456>.

<sup>94</sup> Beantwoording schriftelijke vragenlijst, 2005. <http://bznet/content.asp?key=534933> en interviews BUZA.

## EU

Nederland heeft er tijdens het voorzitterschap van de EU in 2004 sterk op gehamerd de toen 25 lidstaten op één lijn te krijgen inzake de uitvoering van de Caïro-agenda. Er bestaat verschil van mening over de interpretatie en uitbouw van deze agenda, waarbij Malta, Polen, Slowakije en Ierland een terughoudend standpunt innemen. Een sterk punt van de EU is dat er, althans in de op schrift gestelde strategie, veel aandacht bestaat voor de mainstreaming van hiv/aids. Op landenniveau worden EC-fondsen voornamelijk aangewend voor algemene budgetsteun en dit belemmert het oormerken van fondsen voor thema's op het gebied van srgr en hiv/aids. In de meeste partnerlanden, Jemen vormt een uitzondering, is de EC niet of nauwelijks betrokken bij srgr en hiv/aids.<sup>95</sup>

### *Bilaterale kanaal*

De beleidsdialoog met de overheid heeft tot doel opvolging te geven aan internationaal vastgelegde afspraken, srgr en hiv/aids hoog op de agenda te plaatsen en te integreren in verschillende beleidsterreinen. Het sterke punt is dat hier alle onderwerpen van de Caïro-agenda en het hiv/aidsbeleid aan de orde kunnen komen, ook de gevoelige.<sup>96</sup> In de landen die meer in details zijn bestudeerd, Ethiopië, Nigeria en Zuid-Afrika, bleek hiv/aids ten tijde van het onderzoek echter niet te figureren tijdens de dialoog op ambassadeursniveau. Wel vond in Ethiopië en Zuid-Afrika overleg over hiv/aids plaats op technisch niveau en in Zuid-Afrika hebben bezoekende Nederlandse ministers de aandacht gevestigd op de hiv/aidsproblematiek en de misvattingen die hierover, althans in Nederlandse ogen, bestonden bij de Zuid-Afrikaanse overheid.<sup>97</sup> Daarbij dient te worden opgemerkt dat in de tijd voorafgaande aan de periode van onderzoek in Zuid-Afrika hiv/aids wel prominent op de agenda stond tijdens overleg op ambassadeursniveau.

Gedelegeerde fondsen worden bij voorkeur ingezet voor *sectorale steun*, maar niettemin speelt projectfinanciering, merendeels via NGO's, een belangrijke rol bij de implementatie van het srgr- en hiv/aidsbeleid.<sup>98</sup> Steun aan de gezondheidssector vindt plaats in twaalf partnerlanden. Een sterke gezondheidssector is een voorwaarde voor de implementatie van een deel van de Caïro-agenda en het hiv/aidsbeleid. Een zwak punt, inherent aan dit instrument, is dat de integratie van srgr bij niet-geoordeelde fondsen niet vanzelfsprekend is. In de meeste landen is srgr verankerd in de nationale beleidsplannen, maar in Jemen, Nicaragua en Suriname is dit slechts ten dele het geval. Overal schiet de implementatie van srgr te kort vanwege logistieke problemen en gebrek aan goed opgeleid personeel. Een ander zwak punt is dat het financieren van de sector niet altijd betekent dat de kwaliteit van de dienstverlening op het niveau van de districten vooruitgaat.<sup>99</sup>

Een sterk punt van de *projectfinanciering*, meestal via NGO's, is dat deze zich kan richten op onderwerpen die gevoelig liggen of op specifieke groepen. Zowel in Ethiopië als in Zuid-Afrika is deze vorm van financiering essentieel voor de uitvoering van hiv/aidsactiviteiten, omdat de overheid in gebreke blijft, en in Ethiopië biedt de projectfinanciering de mogelijkheid om srgr en hiv/aids te integreren. Maar er zijn ook landen waar NGO's een veel geringere en soms ook problematische rol spelen, bijvoorbeeld omdat zij personeel onttrekken aan de publieke sector.<sup>100</sup> Een zwak punt is dat het veelal om kleinschalige activiteiten gaat. In Zuidelijk Afrika wordt met gedelegeerde middelen een omvangrijk *regionaal hiv/aidsprogramma* uitgevoerd, waarbij verschillende NGO's zijn betrokken. De keuze voor een regionale aanpak is ingegeven de hoge prevalentie in de regio en door het grensoverschrijdende karakter van sommige problemen, bijvoorbeeld de hiv-verspreiding onder arbeidsmigranten.

De *integratie van hiv/aids* in sectoren en thema's van het buitenlands beleid is onderzocht met betrekking zeven beleidsterreinen: mensenrechten, goed bestuur, onderwijs, economische betrekkingen, economische ontwikkeling, conflictpreventie en humanitaire hulp. Zowel de manier

<sup>95</sup> Interviews met themadeskundigen op postenen antwoorden op schriftelijke vragen.

<sup>96</sup> Interview BUZA.

<sup>97</sup> Pieper et al. 2006 en 2007.

<sup>98</sup> Pieper et al. 2006 en 2007. TK 2006-2007, 29234, nr. 57 (bijlage).

<sup>99</sup> Interviews met themadeskundigen op postenen antwoorden op schriftelijke vragen. Ministerie van Buitenlandse Zaken 2006: 164-165.

<sup>100</sup> Pieper et al. 2006 en 2007. Interviews themadeskundigen op postenen antwoorden op schriftelijke vragen.



waarop de problematiek ten departemente is geïntegreerd als de praktijk in de partnerlanden in Sub-Sahara Afrika en het niet-partnerland Nigeria zijn daarbij onder de loep genomen. Ethiopië, Zuid-Afrika en Nigeria zijn meer in detail bestudeerd. De bevindingen voor de overige partnerlanden berusten op een enquête.

De integratie van hiv/aids en srgr in het onderwijs is het verst gevorderd. Vanuit het departement is er een actieve inzet voor onderzoek op dit gebied en voor de opstelling van richtlijnen. In eerste instantie voor hiv/aids, doch sedert 2006 ook voor srgr worden in alle partnerlanden waar onderwijs een sector van samenwerking is, initiatieven ondersteund om hiv/aids en srgr op te nemen in het curriculum. Voor de overige onderzochte thema's en sectoren is de integratie van hiv/aids wisselend en meestal beperkt tot kleinschalige initiatieven. Opvallend is dat er, hoewel aandacht voor mensenrechten een van de uitgangspunten van het Nederlandse hiv/aidsbeleid is, slechts in de helft van de partnerlanden in Sub-Sahara Afrika programma's en projecten op dit terrein worden gefinancierd. De beleidsafdeling goed bestuur heeft een beknopt onderzoek doen verrichten naar de gevolgen van hiv voor het bestuur en in de partnerlanden worden een paar projecten gefinancierd. Voor humanitaire hulp en voedselhulp heeft de beleidsafdeling een interne notitie opgesteld en er wordt steun gegeven aan de integratie van hiv/aids in voedselhulpprogramma's in Zuidelijk Afrika. Op het gebied van de economische betrekkingen en de economische ontwikkeling betreft het meestal kleinschalige initiatieven. Een voorbeeld vormt het agenderen van *workplace policies* tijdens lunches met het bedrijfsleven of het financieren van projecten of organisaties op dit gebied.<sup>101</sup>

#### *Niet-gouvernementele organisaties*

Het particuliere non-profit kanaal (NGO's) betrof in de periode van evaluatie drie manieren van financiering: via MFO's, via het TMF-mechanisme en via het hierboven al behandelde bilaterale kanaal. Het niet-gouvernementele kanaal wordt van groot belang geacht voor de capaciteitsopbouw in de gezondheidszorg.<sup>102</sup>

Voor de jaren 2001-2004 bestaat er een programma-evaluatie van de MFO's inzake hiv/aids. Een sterk punt van de MFO's is de interne mainstreaming van hiv/aids onder de partnerorganisaties in de vorm van de ontwikkeling van *workplace policies*. Ook het internationale lobbywerk wordt positief beoordeeld. Een zwak punt is de integratie van hiv/aids in de programma's van de partnerorganisaties (externe mainstreaming). De vertaling van het internationale lobbywerk naar landenniveau is ook onvoldoende. Het evaluatierapport heeft geleid tot verschillende initiatieven om de hiv/aidscompetentie op landenniveau te vergroten.<sup>103</sup>

In de periode van evaluatie zijn elf Nederlandse en internationale NGO's op het gebied van srgr en/of hiv/aids en vier NGO's op het gebied van gender in aanmerking gekomen voor de thematische medefinanciering.<sup>104</sup> Een bij uitstek sterk punt van via TMF gefinancierde organisaties is dat deze zich richten op gevoelig liggende thema's, zoals een veilige abortus. Dit kanaal wordt vooral van belang geacht voor srgr. Het mechanisme zelf heeft als nadeel dat het kaders stelt, waardoor bijvoorbeeld netwerk-organisaties, die voor srgr erg belangrijk zijn, niet voor financiering in aanmerking komen.<sup>105</sup> Hoofdstuk 7 informeert over de via dit kanaal bereikte resultaten. Het nieuwe medefinancieringsstelsel (MFS), met de instelling van een aparte faciliteit voor internationale NGO's (SALIN), heeft de mogelijkheden voor ondersteuning van internationale NGO's sterk beperkt.

#### *Publiek-privaat partnerschappen*

Het mondiale fonds ter bestrijding van aids, malaria en tuberculose (GFATM) is het belangrijkste partnerschap. Het betreft een financieringsmechanisme dat via een oproep voor voorstellen financiële middelen beschikbaar stelt voor geïntegreerde nationale programma's voor de bestrijding van aids,

<sup>101</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2007.

<sup>102</sup> De eerstgenoemde mechanismen zijn inmiddels geïntegreerd in het medefinancieringsstelsel (MFS) en voor internationale NGO's is er een nieuw financieringsmechanisme (SALIN) in leven geroepen.

<sup>103</sup> Bartholomeeussen et al. (2006); interviews MFO's.

<sup>104</sup> De Ruyter et al. 2006: 22.

<sup>105</sup> Interview BUZA.

tuberculose en/of malaria. Eind 2005 was ruim US\$ 8,5 miljard toegezegd voor de periode tot en met 2008, waarvan eind 2006 US\$ 5,3 miljard was gecommitteerd aan 410 programma's in 132 landen.<sup>106</sup> Ruim de helft van de fondsen is besteed aan hiv/aids. Nederland draagt jaarlijks 60 miljoen euro bij aan het GFATM en staat daarmee nummer negen op de lijst van de tien grootste financiers, die wordt aangevoerd door de VS. Via deelname aan een *constituency* van kleinere donoren is Nederland betrokken bij de besluitvorming in het beheersorgaan en heeft daarbinnen ook invloed uitgeoefend. Andere grote publiek-private partnerschappen die financiering krijgen zijn het begin 2007 gestarte Health Insurance Fund (HIF) en enkele partnerschappen voor productontwikkeling (PDPP), zoals het International Aids Vaccin Initiative (IAVI) en het International Partnership on Microbicides (IPM).

Het sterke punt van de uitvoering via publiek-private partnerschappen betreft de bundeling van expertise en het harmoniseren van bijdragen. Een GFATM publicatie uit 2007 rapporteert over het bereiken van de doelstellingen na de eerste anderhalf jaar van uitvoering. Bij 94 procent van de programma's die onder de loep zijn genomen zijn de belangrijkste doelstellingen bereikt. Een zwak punt is het creëren van parallelle structuren. Het rapport stelt dat er bij 62 procent van de financiering sprake is overeenstemming met de cycli in de betrokken landen (*alignment*) en dat bij driekwart gebruik wordt gemaakt van nationale monitoring en evaluatiesystemen. Het mondiale fonds wordt overwegend positief beoordeeld door bij de beleidsuitvoering betrokkenen. Het gaat om aanvragen uit de landen zelf, ingediend via een mechanisme waarin zowel de overheid als private instituties zijn verenigd en goedgekeurd door een technisch panel van het GFATM. Er wordt gestuurd op resultaten. Een kritische kanttekening wordt geplaatst bij de samenwerking tussen de overheid en de private sector en bij het feit dat de capaciteitsopbouw onderbelicht blijft. In de eerste jaren van implementatie lag de nadruk op ARV, maar geleidelijk aan worden er ook andere initiatieven gefinancierd, bijvoorbeeld de opvang van wezen en kwetsbare kinderen (OVC) en komt er meer aandacht voor preventie en voor srgr.<sup>107</sup> Voor de partnerschappen die zich richten op productontwikkeling is de tijdsperiode te kort voor het beoordelen van resultaten, aangezien productontwikkeling een langdurig proces is.

#### *Academische onderzoeksinstituten*

Een van de financieringsovereenkomsten met de Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van de Tropen (WOTRO) heeft betrekking op hiv, malaria en tuberculose. Dit onderzoeksprogramma (NACCAP) richt zich op klinisch onderzoek naar nieuwe technologieën en op capaciteitsopbouw. Hiervoor is 20 miljoen euro gereserveerd voor een periode van acht jaar. De keuze voor deze vorm van financiering vloeit voort uit het bestaan van een omvangrijk (200 miljoen euro) onderzoeksprogramma van de Europese Commissie (EC), waaraan de voorwaarde is gesteld dat de lidstaten zelf gezamenlijk hetzelfde bedrag aan vergelijkbaar onderzoek besteden. Investeren in infrastructuur en capaciteitsopbouw in Afrika hebben er toe geleid dat er drie onderzoeksgroepen functioneren op het gebied van *clinical trials*, elk bestaand uit een of meer Afrikaanse landen en een of meer Europese landen. De faciliteiten worden ook gebruikt door publiek-private partnerschappen, zoals het IPM. Een zwak punt is dat private partners nauwelijks interesse tonen voor de programma's. Om hierin verandering te brengen zijn bestaande faciliteiten opengesteld voor het testen van in Europa ontwikkelde en nog uitsluitend in Europa geteste producten.<sup>108</sup>

Hiv/aids vormt een van de vier trajecten die in 2005 zijn gestart in het kader van de academie voor internationale samenwerking (IS-academie). Er zal in enkele partnerlanden onderzoek gedaan worden naar lokale gezondheidssystemen die door hiv/aids onder druk staan en naar het effect van preventieve strategieën. Er zijn nog geen onderzoeksresultaten beschikbaar. Een sterk punt is dat deze vorm van samenwerking complementair is aan ander onderzoek en dat bij de onderzoeksopzet de toepassing van de onderzoeksresultaten bij de beleidsuitvoering centraal staat.

---

<sup>106</sup> The Global Fund 2007.

<sup>107</sup> Interviews BUZA. The Global Fund 2007. [http://www.theglobalfund.org/en/funds\\_raised/distribution/#expenditure\\_target](http://www.theglobalfund.org/en/funds_raised/distribution/#expenditure_target). High level forum on health MDGs 2004. TK 2005-2006, 30300 V, nr. 133.

<sup>108</sup> <http://www.onderzoekinformatie.nl/nl/search?query=naccap&startpos=%2Enl> geeft meer gedetailleerde informatie. Interview WOTRO.

### 6.3.2 Doelbereiking

Deze paragraaf gaat aan de hand van de overzichtstabel uit paragraaf 6.1 in op de mate waarin het gebruik van instrumenten en de kanaalkeuze aansluiten bij de gestelde doelen.

#### *Internationale agenda*

Er is sterk ingezet op het behoud en de aanscherping van de internationale agenda. Nederland heeft daarbij een duidelijk tegengeluid laten horen tegen conservatieve krachten die de Caïro-agenda willen openbreken. De aidsambassadeur heeft in verschillende fora het Nederlandse beleid uitgedragen en op technisch niveau is bij voortdurende, en met succes, bepleit de Caïro-agenda overeind te houden. De interventies en de financiële bijdrage aan de twee belangrijkste VN-organisaties op het gebied van srgr en hiv/aids hebben zeer waarschijnlijk aan dit succes bijgedragen.<sup>109</sup>

#### *Vertaling van de internationale agenda naar landenbeleid*

In tien van de twaalf landen waar gezondheid een sector van samenwerking is, komt reproductieve gezondheid uitgebreid aan de orde in de meerjarige strategische planning (MJSP). In vijf van deze landen wordt het begrip uitgebreid tot srgr. In landen waar niet wordt samengewerkt in de gezondheidssector komt het begrip srgr nauwelijks voor in het MJSP, terwijl er wel aandacht bestaat voor mensenrechten. Hiv/aids wordt genoemd in alle MJSP's van partnerlanden in Sub-Sahara Afrika. In de overige partnerlanden komt hiv/aids in ruim een derde (8/21) van de MJSP's ter sprake en onder deze landen bevinden zich alle landen waar wordt samengewerkt in de gezondheidssector.

De betrokkenheid van Nederland bij de coördinatiemechanismen in de drie landen waar dit is onderzocht varieert. In Ethiopië is er participatie op technisch niveau; in Zuid-Afrika en Nigeria niet. In Ethiopië en Zuid-Afrika ondersteunt Nederland organisaties van mensen met hiv of aids (PLWHA).<sup>110</sup>

#### *Implementatie van het beleid: steun aan de gezondheidssector en aan srgr- en hiv/aids-initiatieven*

De fondsen voor srgr en hiv/aids zijn voor het overgrote deel gekanaliseerd via wereldwijde initiatieven, met UNAIDS, UNFPA, de WHO en het GFATM als grote spelers, samen goed voor ruim de helft van de uitgaven. Hun aandeel in de totale uitgaven blijft vrij constant (rond de 50%), maar, zoals aangegeven in figuur 6.2 en 6.3, is er in de periode 2004-2006 wel een verschuiving geweest van srgr naar hiv/aids. Voor de drie multilaterale organisaties geldt dat de presentie op landenniveau sterk wisselt.

De gedelegeerde fondsen zijn voor het grootste deel bestemd voor de algemene gezondheidszorg en voor hiv/aids in de partnerlanden, zowel in de vorm van sectorsteun als in de vorm van projectfinanciering.<sup>111</sup> Een sterke gezondheidssector is een voorwaarde voor de preventie en behandeling van een aantal problemen op het gebied van srgr, met inbegrip van hiv/aids. De partnerlanden onderschrijven over het algemeen de MDG's en de Caïro-agenda en hebben deze meestal verwerkt in de gezondheidsplannen. De uitvoering blijft veelal in gebreke omdat logistieke problemen het bereiken van de doelgroepen in de weg staat en omdat het moeilijk is deskundig personeel vast te houden.

#### *Implementatie van het beleid: veilig stellen van commodities en meer toegang tot ARV*

De via het GFATM gefinancierde programma's zijn voor een groot deel gericht op het beschikbaar stellen van ARV en infrastructuur. Mede hierdoor is de toegang tot ARV aanzienlijk vergroot, zij het nog verre van volledig. Eind 2006 ontvingen 770.000 mensen ARV-therapie door toedoen van het GFATM.<sup>112</sup> Uit de verdeling van de uitgaven over de kanalen is niet goed op te maken of ook sterk ingezet is op het veilig stellen van andere middelen, zoals anticonceptie en condooms.

<sup>109</sup> Het feit dat er voortdurend overleg plaatsvindt tijdens onderhandelingen, maakt het niet mogelijk om het bruto-effect (het bereiken van de doelstelling) te onderscheiden van het netto-effect (de bijdrage van Nederland).

<sup>110</sup> Pieper et al. 2006 en Pieper et al. 2007.

<sup>111</sup> TK 2006-2007, 29234, nr. 57 (bijlage): 37 en 53.

<sup>112</sup> The Global Fund 2007. Hoofdstuk 8 informeert over de toegang tot ARV in de partnerlanden in Sub-Sahara Afrika.

#### *Implementatie van het beleid: mainstreaming in partnerlanden*

In alle landen in Sub-Sahara Afrika waar onderwijs een sector van samenwerking is zijn initiatieven ontplooid voor de integratie van hiv/aids en reproductieve gezondheid in het curriculum. In bijna alle partnerlanden in Sub-Sahara Afrika worden initiatieven ontplooid om hiv/aids te integreren in andere sectoren en thema's, zo blijkt uit een enquête en drie landenstudies. Deze integratie is vaak beperkt tot enkele kleine projecten en de uitgaven voor srgr en hiv/aids uit begrotingseenheden die niet onder srgr of hiv/aids vallen zijn gering.<sup>113</sup>

#### *Implementatie van het beleid: mainstreaming in niet-partnerlanden*

Onderzocht is de mainstreaming van hiv/aids in Nigeria. Dit land is een van de landen waar, sinds 2007, het Health Insurance Fund wordt geïmplementeerd. Voorts bestaat er financiële steun voor enkele kleine projecten. Voor de overige niet-partnerlanden geldt dat in de jaarplannen srgr niet of nauwelijks ter sprake komt. Hiv/aids komt wel aan de orde in de jaarplannen in landen met een hoge prevalentie.<sup>114</sup> Daarbij dient te worden opgemerkt dat de mogelijkheden om srgr en/of hiv/aidsactiviteiten financieel te ondersteunen in de niet-partnerlanden gering zijn. Voor activiteiten die beogen de mensenrechten te beschermen is er een beperkte mogelijkheid en dit geldt ook voor activiteiten in enkele landen in Midden- en Oost-Europa.<sup>115</sup>

#### *Implementatie van het beleid: investeren in nieuwe technologieën*

Het onderzoek richt zich grotendeels op malaria, tuberculose en hiv/aids. De preventie van deze ziekten is bevorderlijk voor de reproductieve gezondheid. Onderzoek naar andere problemen, bijvoorbeeld problemen die ten grondslag liggen aan de moedersterfte, of naar nieuwe anticonceptiemethoden blijft onderbelicht.

## **6.4 Conclusie**

- Nederland heeft zich in internationaal kader sterk ingezet voor het behoud van de Caïro-agenda en de preventie en bestrijding van hiv/aids. De substantiële financiering van UNFPA en UNAIDS is complementair geweest en heeft er mede toe bijgedragen dat resultaten zijn geboekt. De kritische houding van Nederland ten opzichte van het beleid van UNICEF heeft weinig resultaat gehad.
- De sterke inzet voor de Caïro-agenda in internationaal kader heeft zich maar ten dele vertaald op landenniveau. In financiële termen is de aandacht voor srgr in de periode 2004-2006 enigszins teruggelopen.
- Vastgelegde beleidskaders bieden weinig mogelijkheden tot financiering van initiatieven gericht op de implementatie van specifieke onderdelen van het Caïro-programma. De steun aan de gezondheidssector biedt een antwoord op een aantal srgr-problemen, met inbegrip van de preventie en behandeling van hiv/aids. Sectorsteun is ontoereikend om een antwoord te bieden op andere problemen, met name gevoelig liggende thema's, rechtenaspecten en programma's voor jongeren en andere kwetsbare groepen. NGO's zijn hiertoe beter geëquipeerd, maar de introductie van het nieuwe medefinancieringsstelsel heeft de mogelijkheden tot financiering van internationale NGO's sterk beperkt of –in het geval van hiv/aids- zelfs uitgesloten.
- De sterke inzet voor het terugdringen van hiv/aids in internationaal kader is samengegaan met een toename van de fondsen voor hiv/aids.
- Door de concentratie op Sub-Sahara Afrika hebben gebieden waar de hiv-prevalentie substantieel opkomt (Oost-Europa, Centraal-Azië) weinig aandacht gekregen.

<sup>113</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2007.

<sup>114</sup> IOB 2007. In een steekproef van tien niet-partnerlanden buiten Europa, Noord-Amerika en Australië bleek srgr niet te worden genoemd.

<sup>115</sup> Voor mensenrechten-projecten in niet-partnerlanden is er een faciliteit voor financiering (FSA), maar er worden stringente (beleidsmatige) eisen aan projecten gesteld en lang niet alle srgr- of aidsprojecten kunnen hieraan voldoen. Het MATRA-programma biedt mogelijkheden in Midden- en Oost-Europa.

- Bij de uitvoering van het hiv/aidsbeleid is geen expliciete afweging gemaakt tussen de keuze voor een geïntegreerde horizontale benadering en een uitsluitend op hiv/aids gerichte benadering. Sectorsteun is prioritair binnen het bilaterale beleid en impliceert een geïntegreerde benadering. Via steun aan UNAIDS, met cosponsororganisaties als WB, ILO, UNFPA, wordt aidsbestrijding ook multilateraal geïntegreerd benaderd. In principe is er sprake van complementariteit, maar er bestaat ook een spanningsveld tussen beide benaderingen.
- Bij sectorsteun en ook in de meeste uitsluitend op hiv/aids gerichte programma's blijft een aantal prioriteiten binnen het hiv/aidsbeleid, zoals programma's voor jongeren of voor kwetsbare groepen, de rechtenbenadering en de opvang van de gevolgen van aids voor de gemeenschap, onderbelicht.
- De integratie van srgr en hiv/aids in sectoren en thema's, gezondheid en onderwijs uitgezonderd, komt onvoldoende aan de orde. In de drie landen waar dit is onderzocht vormde hiv/aids ten tijde van het onderzoek geen onderdeel van de beleidsdialoog op ambassadeursniveau.



## 7 DE ROL VAN NGO'S BIJ DE DIENSTVERLENING

Dit hoofdstuk beschrijft de in de studie betrokken NGO's, gaat na in hoeverre zij zich richten op Nederlandse beleidsprioriteiten en sluit af met een conclusie.<sup>116</sup>

### 7.1 Beschrijving van de NGO's

Acht van de elf NGO's op het gebied van srg en hiv/aids die in 2004-2006 financiering ontvingen via de thematische medefinanciering (TMF) zijn in de studie betrokken.<sup>117</sup> Tabel 7.1 beschrijft de organisaties en tabel 7.2 geeft een overzicht van de ontvangen fondsen.

**Tabel 7.1 Overzicht van de NGO's**

Coordination and Action Research on Aids and Mobility-Asia CARAM-Asia	CARAM-Asia is een regionaal netwerk van 23 partners, werkzaam in 15 landen in Azië. De organisatie richt zich op gezondheidsproblemen onder migranten en meer in het bijzonder op hiv/aids. Via participatief actiegericht onderzoek beoogt de organisatie hiv/aids programma's te ontwikkelen. CARAM heeft een samenwerkingsverband met de VU.
Family Care International FCI International HIV/AIDS Alliance IHAA	FCI richt zich op de bevordering van srg in ontwikkelingslanden. De focus ligt op veilig moederschap. FCI werkt in meer dan honderd landen. De belangrijkste werkerreinen zijn advocacy, capaciteitsversterking, technische assistentie en het ontwikkelen van trainingsmateriaal. IHAA is een mondiaal partnerschap van 26 nationale organisaties, werkzaam in veertig landen. De klemtoon ligt op aidsactiviteiten op gemeenschapsniveau. IHAA-staf geeft technische en financiële steun aan intermediaire organisaties.
Indiana Protection and Advocacy Services Ipas	Ipas beoogt vrouwen in staat te stellen aanspraak te maken op seksuele en reproductieve rechten. De organisatie heeft tot doel sterfte en ziekte als gevolg van onveilige abortussen terug te dringen. De organisatie is werkzaam in meer dan veertig landen en richt zich daarbij op training, onderzoek en distributie van medische benodigdheden en materiaal met betrekking tot reproductieve gezondheid.
International Planned Parenthood Federation IPPF	IPPF heeft 149 lidmaatschap-organisaties die in 180 landen werken aan de bevordering van srg. Hiertoe is een strategisch kader opgesteld: vijf A's vormen de belangrijkste werkerreinen: Abortus, Access, Adolescents, Advocacy en AIDS/HIV.
International Women's Health Coalition IWHC	IWHC is een netwerkorganisatie op het gebied van srg die in dertien landen technische assistentie en financiële steun geeft aan lokale organisaties. Op mondiaal niveau lobbyt de organisatie voor fondsen ten behoeve van vrouwen en hun families.
Marie Stopes International MSI	MSI biedt (informatie over) dienstverlening op het gebied van srg in 38 landen, verspreid over alle continenten. Het hoofdkantoor geeft technische en financiële steun aan partnerorganisaties in de betrokken landen. Dit behelst onder meer het beschikbaar stellen van protocollen en middelen met betrekking tot contraceptie, onderzoek, trainingen en verspreiding van materiaal.
World Population Foundation WPF	Op mondiaal niveau zet WPF zich in voor het in stand houden van het Caïro-programma en het beschikbaar stellen van fondsen die de uitvoering mogelijk maken. In Azië en Afrika draagt WPF bij aan de implementatie van het Caïro-programma via eigen programma's.

Bron: Jurgens et al. 2007.

<sup>116</sup> Het hoofdstuk is een samenvatting van Jurgens et al. 2007, opgesteld ten behoeve van deze beleidsdoorlichting. Het rapport wijst op de beperkingen van het onderzoek, met name het verschil in kwaliteit van de beschikbare evaluatierapporten (pp 2-3).

<sup>117</sup> Het lag in de bedoeling het onderzoek te beperken tot srg-NGO's waarvoor evaluatiemateriaal beschikbaar was. Om integratie van srg en hiv/aids uit te breiden naar de integratie van srg in hiv/aids-programma's, zijn twee, willekeurig gekozen, hiv/aids NGO's toegevoegd.

**Tabel 7.2 TMF-financiering van de NGO's**

NGO	P/C	Totaal goedgekeurd 1000€	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% NL. financ.
**									
CARAM	C	3,780	945	945	945	945			100
FCI	P	800	200	200	200	200			2,5
IHAA	P	2,196	401	312	442	499	542		1-2
Ipas	C	3,160	790	790	790	790			7
IPPF	C	17,244	4,311	4,311	4,311	4,311			4,7
IWHC	P	421		133	144	144			3,1
MSI	C	2,000		500	500	500	500		7,8
WPF	C	2,850	950	950	950				30
<b>Totaal</b>		<b>32,452</b>	<b>401</b>	<b>7,508</b>	<b>8,271</b>	<b>8,339</b>	<b>7,433</b>	<b>500</b>	

Het grijze vlak beslaat de periode van evaluatie.

\* P: programmafinanciering; C: institutionele steun.

\*\* Het betreft de Nederlandse bijdrage als percentage van het totale budget (schattingen).

Bron: Jurgens et al. 2007: 8 en 10.

Hoewel het percentage van de Nederlandse bijdrage aan het totale budget bij zes NGO's niet boven de tien uitkomt, geven alle NGO's aan dat de financiering erg belangrijk is voor de uitvoering van de werkzaamheden. Dit komt omdat het niet geormerkte fondsen betreft, die voor institutionele stabiliteit zorgen.

## 7.2 Werkterrein NGO's versus Nederlandse beleidsprioriteiten

De NGO's zijn goed op de hoogte van het Nederlandse srgr- en hiv/aidsbeleid en over het algemeen spreken zij hun waardering hierover uit. Sommige organisaties geven aan dat zij in de gelegenheid zijn gesteld te adviseren bij de opstelling van concepten van internationale verdragen. Anderzijds vormen de NGO's belangrijke bronnen van informatie voor het ministerie, vooral als het gaat om de vertaling van beleid naar praktijk.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 4 richt het Nederlandse beleid inzake srgr zich in de eerste plaats op versterking van gezondheidssystemen en daarnaast op die elementen van de Caïro-agenda die gevoelig liggen en die mede daardoor lastig zijn in te passen in de algemene gezondheidszorg. Ook hecht het Nederlandse beleid grote waarde aan, waar mogelijk, het integreren van srgr en hiv/aids en aan het plaatsen van srgr en hiv/aids in een mensenrechtenkader.

Tabel 7.3 laat zien dat de NGO's uiteenlopende werkterreinen hebben en dat zij zich veelal richten op jongeren en kwetsbare groepen. Bij elkaar opgeteld bestrijken zij alle voor Nederland prioritaire zaken. Veilig moederschap krijgt het minste aandacht, maar dit is bij uitstek een gebied dat valt binnen de algemene gezondheidszorg.

Ter illustratie volgen enkele voorbeelden van de manier waarop NGO's te werk gaan. Een evaluatie van Ipas geeft aan dat deze organisatie een prominente rol heeft gespeeld om abortus op de srgr-agenda te plaatsen en te houden. De organisatie heeft meegewerkt aan de totstandkoming van de WHO-richtlijnen inzake abortus en heeft er door het geven van trainingen en het leveren van benodigdheden toe bijgedragen dat er meer diensten beschikbaar zijn voor het veilig uitvoeren van een abortus. In Nigeria is door toedoen van IWHC campagne gevoerd tegen ongewenste zwangerschappen en voor hervorming van de wetgeving inzake abortus.

Marie Stopes International richt zich speciaal op de bevordering van srgr onder vluchtelingen, iets dat lange tijd niet op de srgr-agenda stond. Zestig medewerkers van NGO's en andere



ontwikkelingswerkers zijn hiertoe opgeleid en er wordt samengewerkt met noodhulporganisaties opdat srgr niet over het hoofd wordt gezien in de eerste contacten met vluchtelingen. Voorts biedt MSI mensen in verafgelegen gebieden toegang tot chirurgische anticonceptie, onder meer in Ethiopië.

**Tabel 7.3 Aandachtsgebieden van NGO's**

**Kwesties/**

**Orga-nisatie Toegang tot SRG/**

<b>Onvervulde behoeften</b>	<b>Veilige abortus</b>	<b>Veilig moeder-schap</b>	<b>Kwetsbare groepen/</b>
<b>geweld tegen vrouwen</b>	<b>Adoles-centen</b>	<b>Integratie srgr en hiv/aids</b>	
CARAM -Asia			Belangrijkste werkterrein (migranten)
FCI	Recent op agenda		
	Voorheen niet, nu wel	Belangrijkste werkterrein	Recent
IHAA (vulnerable communities)		Belangrijkste werkterrein	Recent
Ipas	Belangrijkste werkterrein, ook aandacht voor complicaties.		Publicaties
Curriculum-ontwikkeling			
Onderzoek	Recent, nagedacht wordt hoe hier vorm aan te geven		
IPPF	Eén van de A's in beleidskader	Eén van de A's in beleidskader	Toegang tot dienstverlening voor kwetsbare groepen; aandacht voor geweld tegen vrouwen
		Eén van de A's in beleidskader	Aids is één van de A's in beleidskader.
	Partnerorga-nisaties verzorgen geïntegreerde diensten		
IWHC	Een van de weinige NGO's die het abortus-debat internationaal		openlijk op de agenda zet
	Recent: focus op jonge adolescenten: 10 tot 14 jaar		Altijd een
	geïntegreerde benadering gevolgd		
MSI	Belangrijkste werkterrein	Belangrijkste werkterrein	Werkterrein Focus op srgr van IDP's en vluchtelingen
WPF	SRG-programma's voor jongeren	MSI-klinieken leveren geïntegreerde dienstverlening	Geweld tegen vrouwen aan de orde gesteld
	Seksuele voorlichting gefocust op jongeren	Punt van zorg; wordt besproken met lokale partners	

Bron: Jurgens et al. 2007

*Verwevenheid srgr en hiv/aids*

De verwevenheid van srgr en hiv/aids staat bij drie organisaties al geruime tijd hoog op de agenda en bij de andere organisaties wordt hier pas sinds kort aandacht aan gegeven. De manier waarop de organisaties srgr en hiv/aids met elkaar in verband brengen verschilt. De partners van CARAM-Asia nemen voorlichting over SOA's op in gezondheidseducatie. Andere aspecten van srgr blijven buiten beschouwing. IHAA heeft recentelijk (januari 2007) een verklaring uitgebracht die stelt dat een geïntegreerde aanpak ten goede komt aan de organisatie en tegemoet komt aan de behoeften van de gemeenschappen waarmee zij werken. Hoe een en ander in praktijk dient te worden gebracht is nog niet uitgekristalliseerd. Ipas benadrukt de noodzaak om bij srgr ook aandacht te geven aan de behoeften en wensen van vrouwen met hiv. Ongeveer tien procent van de IPPF-organisaties levert geïntegreerde diensten, met inbegrip van preventie van hiv en ARV-behandeling. Het tegengaan van stigmatisering en de preventie en behandeling van opportunistische infecties krijgen daarbij bijzondere aandacht.

Voor IWHC is het een uitgemaakte zaak dat srgr en hiv/aids gezamenlijk aangepakt dient te worden. Daarbij gaat het niet alleen om praktische zaken, zoals het aanbieden van family planning in centra waar wordt getest, maar ook om het kanaliseren van hiv/aidsfondsen naar diensten op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid. IWHC vindt dat er een betere balans moet komen tussen preventie en behandeling en dat er meer samengewerkt dient te worden met mensen met hiv of aids. MSI heeft, met fondsen uit het GFATM, preventie van hiv en zorg voor mensen met aids opgenomen in de dienstverlening. In Kenia, Tanzania, Zuid-Afrika en Sierra Leone ligt daarbij de nadruk op testen en op de preventie van de overdracht van moeder op kind. In Zuid-Afrika wordt daarnaast aandacht besteed aan besnijdenis bij mannen en condoomdistributie. WPF beoogt de preventie van hiv/aids te plaatsen in een bredere context dan srgr. Een evaluatie van het werk van WPF in Zuid-Afrika is

uitermate positief over de organisatie, mede omdat deze moeilijke onderwerpen, zoals het beëindigen van een zwangerschap of de opvang van verkrachte vrouwen, niet uit de weg gaat.

#### *Mensenrechtenbenadering*

Voor alle NGO's vormt het *mensenrechten-instrumentarium* de basis voor hun werkzaamheden. Een groot aantal organisaties geeft aan dat het moeilijk is de abstracte begrippen te vertalen naar de dagelijkse praktijk. De benadering is gericht op het tegengaan van schendingen, vooral onder gemarginaliseerde groepen. Enkele voorbeelden: CARAM-Asia probeert de migranten te beschermen tegen schendingen van hun (arbeids)rechten, zoals het opleggen van de verplichting een zwangerschapstest uit te voeren of zich te laten testen op hiv. FCI past in Zuid-Amerika wel een op rechten gebaseerde benadering toe, maar merkt op dat dit in Afrika minder vlot verloopt. Voor IHAA impliceert een mensenrechtenbenadering een sterke focus op individuen of gemeenschappen die weinig toegang tot dienstverlening hebben. De IHAA-partner in Senegal is gestart met een programma voor mannen die seks hebben met mannen. Een vergelijkbaar programma in Burkina Faso stuitte op weerstand bij de overheid.

De organisatie die wellicht het meest consistent een mensenrechtenbenadering toepast is Ipas. Ipas verzorgt trainingen op het gebied van mensenrechten en heeft Amnesty International gesteund bij de standpuntbepaling inzake abortus en de opstelling van een paper hierover. Ook vindt op reguliere basis samenwerking plaats met de WHO over de ontwikkeling van monitoring-instrumenten op het gebied van mensenrechten en gezondheid. Voorts helpt Ipas om zaken aanhangig te maken bij internationale gerechtshoven. IPPF heeft onder meer een charter over de seksuele en reproductieve rechten die zijn vervat in mensenrechtenverdragen en verklaringen. De manier waarop de lidmaatschap-organisaties deze gebruiken verschilt per regio.

### **7.3 Dienstverlening door NGO's en het bereiken van arme bevolkingsgroepen**

#### *Dienstverlening*

Directe dienstverlening, dat wil zeggen dienstverlening op een breed scala van onderwerpen die betrekking hebben op srgr en hiv/aids aan cliënten op lokaal niveau, behoort tot het werkkterrein van twee van de acht bestudeerde NGO's (IPPF en MSI). Voor de overige NGO's bestaat de dienstverlening uit een reeks activiteiten die indirect de cliënten ten goede komen, zoals advocacy, technische assistentie, het ontwikkelen van technische instrumenten, productie en distributie van informatiemateriaal, het leveren van medische benodigdheden en middelen of het beschikbaar stellen van fondsen aan lokale organisaties. De evaluatierapporten geven informatie over plannen en uitgevoerde activiteiten en, een enkele uitzondering daargelaten (IPPF, box 7.1), meestal niet over het aantal bereikte personen of over de kwaliteit van de dienstverlening. Tabel 7.4 geeft een overzicht van de diensten en de doelgroepen.

**Tabel 7.4 Dienstverlening en doelgroepen**

	<b>Diensten</b>	<b>Arme/kwetsbare groepen</b>	<b>Adolescenten</b>
CARAM-Asia	Geen directe dienstverlening	Arbeidsmigranten die weinig toegang tot (reproductieve) gezondheid hebben	Geen aparte aandacht voor deze groep
FCI	Advocacy en informatie-verspreiding Technische assistentie Onderwijs Trainingsmateriaal	Arme bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld in noordoost Kenia; meisjes in rurale gebieden in francofoon Afrika, inheemse gemeenschappen in Bolivia	Sterke focus

	Diensten	Arme/kwetsbare groepen	Adolescenten
IHAA	Partnerorganisaties richten zich op bewustwording en educatie.	Gemarginaliseerde, maar niet noodzakelijkerwijs arme, groepen zoals sekswerkers, PLWHA en druggebruikers	Bestaat een speciaal programma voor adolescenten
Ipas	Geen directe diensten Training voor gezondheidswerkers en beschikbaar stellen van aan abortus gelieerde technologie		
IPPF (zie box 7.1)	Directe dienstverlening	Prioriteit voor gemarginaliseerde en kwetsbare groepen	Adolescenten vormen een van de vijf prioritaire aandachtsvelden
IWHC	Geen directe dienstverlening Capaciteitsopbouw partners Internationale lobby		Focus op jongeren
MSI	Directe dienstverlening	Vluchtelingen en IDP's	Bestaat een geïntegreerd programma voor jongeren (onder meer distributie contraceptiva, social marketing, voorlichting, theater etc.)
WPF	Geen directe dienstverlening Advocacy, met name wat betreft seksuele voorlichting; ondersteuning van speciale projecten en fondswerving	Arme vrouwen in een aantal landen	Sterke focus op jongeren

Bron: Jurgens et al. 2007: 33-34.

#### *Samenwerking met de overheid*

De samenwerking met de overheid laat een wisselend beeld zien. CARAM -Asia werkt weinig samen met de overheid, omdat deze niet wordt gezien als een instantie die zich inzet voor de verbetering van de positie van migranten.

De meeste organisaties beogen aanvullend te zijn op de overheid, door in te spelen op de niet-gevulde behoeften of door alternatieve benaderingen te bieden. Zo steunt IHAA een drop-in centrum voor jongeren in Malawi. Uit angst voor stigmatisering en discriminatie maken deze jongeren geen gebruik van overheidsdiensten. De IHAA partner in Zambia werkt wel nauw samen met de overheid en probeert grotere toegang tot ARV te bewerkstelligen, met behulp van vrijwilligerswerk door PLWHA.

Er zijn ook organisaties die nauw samen werken met de overheid, met name IPPF en MSI. Zo heeft de overheid in veel landen IPPF-lidmaatschaporganisaties gecontracteerd om diensten te leveren in overheidsfaciliteiten.

#### *Resultaten met betrekking tot directe dienstverlening*

De vragen uit de term of reference inzake de dienstverlening en het bereiken van arme bevolkingsgroepen kunnen op basis van het evaluatiemateriaal uitsluitend worden beantwoord voor IPPF. Zoals hiervoor aangegeven behoort bij zes van de acht NGO's directe dienstverlening niet tot het mandaat. Bij MSI is dit wel het geval maar het beschikbare evaluatiemateriaal was ontoereikend om uitspraken te doen over het aantal bereikte mensen.

Van de acht bestudeerde NGO's heeft IPPF veruit de meeste middelen (13 miljoen euro op een totaal van ruim 24 miljoen) ontvangen. Een recente evaluatie van IPPF (2006) komt tot de conclusie dat IPPF

er in is geslaagd arme en/of gemarginaliseerde bevolkingsgroepen te bereiken. Er is daarbij een verschil tussen de stad en het platteland. In stedelijk gebied gaat het veeleer om gemarginaliseerde groepen, zoals vrouwen die zijn verkracht of straatkinderen. Deze zijn wel vaak, maar niet noodzakelijkerwijs altijd, arm. Op het platteland is er wel sprake van een echte armoedefocus. Box 7.1 informeert over de dienstverlening en het aantal cliënten dat bereikt is.

### **Box 7.1 IPPF: effectiviteit en impact**

#### *Effectieve dienstverlening*

‘IPPF biedt de diensten die zij moet leveren’.

Focus aanvankelijk op family planning.

Later uitbreiding naar een breed scala van diensten op het gebied van srgr.

Cliënten van mening dat personeel vriendelijk is en goede diensten levert.

*Maar:* de lidmaatschaporganisaties hebben geen helder beeld van de wijze waarop zij hun *advocacy-rol* zouden moeten vervullen en er is nog te weinig aandacht voor het uitbreiden van positieve ervaringen naar nationaal niveau.

#### *Groot bereik*

Jaarlijks aantal consultaties (2004) van alle IPPF-lidmaatschaporganisaties tezamen.

11 miljoen voor family planning.

24 miljoen voor andere srgr diensten.

*Maar:* jonge, getrouwde vrouwen maken weinig gebruik van de diensten.

#### *Impact*

Voor vier categorieën is er naar de impact gekeken:

1. het gebruik van contraceptie en beslissingen over de omvang van het gezin: impact op niveau van het individu groot.
2. advies over en behandeling van problemen op het gebied van de reproductieve gezondheid: impact beperkt.
3. preventie en basisgezondheidszorg: impact beperkt.
4. betere levenskansen: niet aantoonbaar vanwege problemen van attributie.

Bron: Sida: 2006.

## **7.4 Conclusie**

- NGO's zijn pleitbezorgers van voor Nederland prioritaire aandachtsvelden en richten zich bij de uitvoering met name op elementen van het Cairo-programma die minder aan de orde komen binnen de (overheids)gezondheidssector. De ondersteuning van internationale NGO's is noodzakelijk om deze prioriteiten, die in internationaal kader worden verdedigd, te vertalen naar de praktijk.
- Door toedoen van IPPF is het gebruik van anticonceptie meetbaar toegenomen, ook onder arme bevolkingsgroepen. De overige resultaten met betrekking tot problemen op het gebied van de (reproductieve) gezondheid zijn beperkt of niet aantoonbaar.

## 8 RESULTATEN VAN HET HIV/AIDSBELEID IN SUB-SAHARA AFRIKA

Dit hoofdstuk beschrijft eerst de voortgang op het gebied van hiv/aids in de partnerlanden in Sub-Sahara Afrika. Deze is een resultante van gezamenlijke inspanningen van verschillende nationale en internationale partners. Vervolgens worden de bevindingen van een dossieronderzoek naar de relevantie en de resultaten van 28 door Nederland gefinancierde programma's en projecten samengevat.<sup>118</sup>

### 8.1 Voortgang in de partnerlanden

Tabel 8.1 toont de gegevens over de hiv-prevalentie in de partnerlanden voor de periode 2001-2005 en laat zien dat in de periode 2003-2005 de hiv-prevalentie onder volwassenen in de meeste landen stabiel is gebleven of enigszins is teruggelopen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat UNAIDS een grote marge rond de percentages aangeeft, hetgeen maant tot voorzichtigheid bij de interpretatie van de cijfers.<sup>119</sup>

**Tabel 8.1 Hiv-prevalentie in partnerlanden; 2003 en 2005**

Land	2001	2003	2005
Benin	1,9	2,0	1,8
Burkina Faso	4,2	2,1	2,0
Kaap Verdië	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar	niet beschikbaar
Eritrea	2,8	2,4	2,4
Ethiopië*	4,1	1,0-3,5	0,9-3,5
Ghana	3,1	2,3	2,3
Kenia	8,0	6,8	6,1
Mali	1,9	1,8	1,7
Mozambique	12,1	16,0	16,1
Rwanda	5,1	3,8	3,1
Senegal	0,8	0,9	0,9
Tanzania	9,0	6,6	6,5
Oeganda	5,1	6,8	6,7
Zambia	16,1	17,0	16,9
Zuid-Afrika	20,9	18,6	18,8

\* Exacte data niet beschikbaar. UNAIDS herberekent momenteel de prevalentie op basis van surveys.  
Bron: UNAIDS 2006a: 506 en <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

Er is sprake van grote diversiteit tussen landen en binnen landen en er is ook sprake van grote verschillen in de respons op de epidemie. UNAIDS meldt hier en daar successen van preventieprogramma's, maar de resultaten zijn kleinschalig en vaak beperkt tot stedelijk gebied. Wat betreft de in 2001 op een speciale sessie van de AVVN over hiv/aids overeengekomen doelstellingen is er sprake van enige vooruitgang, hoewel voor veel indicatoren onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om de trend te volgen. Hieronder volgt een samenvatting van de gegevens die deels zijn gebaseerd op rapportages uit de landen zelf aan de AVVN en deels op surveys.<sup>120</sup>

<sup>118</sup> Ministerie van Buitenlandse Zaken 2007. De dossierstudie is uitgevoerd in het kader van de IOB-evaluatie van het Afrika-beleid.

<sup>119</sup> Een stabilisatie van de hiv-prevalentie betekent nog niet automatisch dat het beter gaat met de epidemie. Factoren die de prevalentie beïnvloeden zijn: aant al nieuwe infecties (neemt nog steeds toe), bevolkingsgroei, sterfte, toegang tot ARV-behandeling en de steeds nauwkeurig wordende onderzoeksmethoden.

<sup>120</sup> UNAIDS 2006: 505-581 (annex 2 en 3) geeft de gegevens uit landenrapportages en surveys. Bij voorkeur wordt hier gebruik gemaakt van de meer betrouwbare, want op bevolkingsonderzoek gestoelde, surveys.

De prevalentie onder zwangere vrouwen wordt gebruikt als impactindicator die inzicht biedt in de ontwikkeling van de epidemie.<sup>121</sup> UNAIDS meldt gegeneraliseerde gegevens over de trend in de hoofdsteden van drie partnerlanden. In Ethiopië is de prevalentie teruggelopen van 15% (2000) tot 11,5% (2003), in Oeganda van 8,5% (2000) tot 5,2% (2005). In Zuid-Afrika is er sprake van een toename van 23,1% (2001) tot 25,2% (2004).

Voor twaalf partnerlanden zijn er gegevens over de trend in de sterfgevallen ten gevolge van aids (2003-2005). In Burkina Faso, Mali, Oeganda, Rwanda, Tanzania en Zambia loopt het aantal sterfgevallen terug, in de overige landen blijft het aantal gelijk of neemt het toe. Daarbij dient te worden opgemerkt dat het sterftcijfer uiteraard afhankelijk is van de behandelingscijfers, maar ook van het stadium waarin de epidemie zich bevindt. Een teruggang in het aantal nieuwe gevallen kan samengaan met een toename van het aantal sterfgevallen.

Surveys uit 2005 informeren over de voortgangsindicator 'kennis over hiv-verspreiding'. Het percentage jonge mannen met adequate kennis over hiv varieert tussen 14% (Benin) en 49% (Tanzania). Voor jonge vrouwen ligt het percentage overall lager en varieert het tussen 8% (Benin) en 44% (Tanzania). Voor drie landen (Kenia, Tanzania en Zambia) is er op basis van landenrapporten uit 2003 een trend aan te geven en in alle drie de landen is deze positief.<sup>122</sup>

Voortgangsindicatoren over risicogedrag betreffen het uitstel van seksuele relaties, trouw-zijn aan één partner en condoomgebruik. Voor het percentage van de jongeren (15-19) die seks hadden voor hun vijftiende is gegeneraliseerde informatie beschikbaar uit surveys over 2005. Voor meisjes ligt het percentage tussen 7% (Burkina Faso) en 28% (Mozambique); voor jongens tussen 4% (Ghana) en 16% (Oeganda). Trends zijn niet aan te geven.

Een indicator die informatie geeft over het trouw-blijven aan één partner is het percentage jonge mensen (15-24) dat in de laatste 12 maanden seks heeft gehad met een niet-reguliere partner onder de seksueel-actieven in deze leeftijdsgroep. Surveys over 2005 bieden informatie voor negen partnerlanden. Het percentage varieert tussen de 74% (Oeganda) en 90% (Benin) voor jonge mannen en tussen de 23% (Burkina Faso) en de 50% (Ghana) voor jonge vrouwen. Vergelijking met landenrapportages uit 2003 is mogelijk voor vier landen: Tanzania, Kenia, Oeganda en Burkina Faso. In de eerste twee landen is er sprake van een lichte afname van het percentage en in Oeganda van een lichte toename. Burkina Faso biedt een wisselend beeld: het percentage is enigszins afgenomen onder jonge mannen en licht toegenomen onder jonge vrouwen.

Een vergelijking van de gegevens over het condoomgebruik tijdens seks met niet-reguliere partners uit de landenrapportages van 2003 met die uit surveys van 2005 (negen partnerlanden) wijst op een grote toename in Burkina Faso, Ghana, Kenia en Tanzania, op een bescheiden toename in Benin, Rwanda, Oeganda, Zambia, terwijl in Mali het percentage gelijk blijft. De gegevens over het condoomgebruik onder risicogroepen in de partnerlanden zijn te onvolledig om gegeneraliseerde uitspraken te doen.

Het gebruik van medicatie om de overdracht van moeder op kind tegen te gaan en de veiligheid van bloed voor transfusie zijn andere belangrijke indicatoren voor preventie. Voor elf partnerlanden zijn er gegevens beschikbaar over de trend in het gebruik van preventieve medicatie onder zwangere vrouwen. In drie landen (Kenia, Zuid-Afrika en Oeganda) is het gebruik aanzienlijk toegenomen en lag het in 2005 op 15% of hoger. In de overige landen, Benin uitgezonderd, is er eveneens sprake van een toename maar ligt het percentage nog erg laag (minder dan 5%).<sup>123</sup> Acht partnerlanden rapporteren in 2005 dat het bloed dat gebruikt wordt voor bloedtransfusies altijd wordt gescreend. De andere landen geven geen informatie hierover. Een survey uit 2001 wees ook al op een hoog percentage dan wel op volledige screening in de betrokken landen.

---

<sup>121</sup> Deze wordt uitgedrukt als percentage. Bij absolute getallen dient steeds rekening gehouden te worden met de bevolkingsomvang, de sterfte en de bevolkingsgroei.

<sup>122</sup> Over de indicator 'life skills education at school' is vooralsnog te weinig gerapporteerd voor algemene uitspraken.

<sup>123</sup> In Benin is het percentage afgenomen van 94% tot 38%. De hoogte van deze percentages in vergelijking met die in andere landen doet een vraagteken plaatsen bij de betrouwbaarheid van de gegevens.

Het percentage van mensen met aids dat anti-retrovirale therapie gebruikt is zowel een indicator voor (secundaire) preventie als een indicator voor zorg. In de meeste partnerlanden ligt het percentage van de hiv-geïnfekteerden dat ARV krijgt tussen de twintig en de veertig. Uitzonderingen naar beneden zijn Eritrea (5%) en Ethiopië (6%). Senegal (47%) en Uganda (51%) vormen uitzonderingen naar boven. Vergelijking van surveys uit 2005 met de landenrapportage uit 2003 wijst in alle landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn op een sterke toename.

Een indicator die informeert over zorg is het percentage huishoudens met wezen of kwetsbare kinderen dat externe steun ontving voor de zorg van deze kinderen. De partnerlanden Ethiopië (4%), Kenia (10%) en Zambia (13%) rapporteren hierover. Een andere indicator is de verhouding tussen de schoolgang onder wezen (10-14 jaar) en die onder andere kinderen van deze leeftijd. In Burkina Faso gaan wezen iets vaker naar school, in de andere landen niet (ongeveer twintig procent minder vaak).

## **8.2 Relevantie en effectiviteit van programma's en projecten**

In de periode 2000-2005 zijn 138 programma's en projecten gefinancierd in Sub-Sahara Afrika die uitsluitend betrekking hebben op hiv/aids, met gezamenlijke uitgaven van €110 miljoen. Een steekproef van 28 programma's (uitgaven €20 miljoen) is op basis van de projectvoorstellen, eindrapportages en, indien beschikbaar, evaluatierapporten, beoordeeld op relevantie en effectiviteit.<sup>124</sup>

### *Relevantie*

Relevantie is gedefinieerd als de mate waarin de inhoud van de programma's en projecten aansluit bij het geformuleerde beleid. De vraagstelling bij beleidsrelevantie is in dit onderzoek beperkt tot aandacht voor de positie van vrouwen en voor de verwevenheid van hiv/aids met seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgv). Twee overwegingen hebben tot deze beslissing geleid. In Sub-Sahara Afrika zijn er, anders dan elders ter wereld, relatief veel vrouwen met hiv; en de verwevenheid van srgv en hiv/aids vormt een van de centrale beleidsuitgangspunten, waarbij wel is aangegeven dat deze bestaat, maar niet hoe deze vormgegeven dient te worden.

In vrijwel alle projectvoorstellen is de intentie uitgesproken aandacht te schenken aan de positie van vrouwen. De bevindingen inzake de aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten vallen minder positief uit: deze ontbrak in ruim de helft van de voorstellen.

### *Doelbereiking en effectiviteit*

In deze paragraaf komen drie vragen aan de orde: in hoeverre is de beoogde output gerealiseerd; in hoeverre zijn de binnen het programma of project geformuleerde doelen bereikt (doelbereik); en heeft het realiseren van de output geleid tot het bereiken van de binnen het programma of project geformuleerde doelen (effectiviteit). Bij de laatste vraag is tevens expliciet gevraagd of het programma of project een bijdrage heeft geleverd aan de positie van vrouwen. Beantwoording van de vraag over effectiviteit is complex en bleek op basis van het beschikbare materiaal niet mogelijk. In het beoordelingsformulier voor de projectvoorstellen is wel de vraag opgenomen of meetbare doelen zijn gesteld, niet of de interventielogica goed uitgeschreven is. Veelal wordt als vanzelfsprekend verondersteld dat het behalen van de beoogde output een (substantiële) bijdrage levert aan de preventie van hiv of de opvang van de gevolgen van aids.

Het oordeel over het realiseren van de output is positief. In bijna alle programma's en projecten is de beoogde output in voldoende mate (9/28) of vrijwel volledig (14/28) gerealiseerd.<sup>125</sup> Een keer was dit niet het geval en drie keer was de rapportage ontoereikend om een oordeel uit te spreken. Box 8.1 geeft

<sup>124</sup> Projecten met uitgaven van < 10.000 € zijn buiten beschouwing gebleven. In de helft van de gevallen is het oordeel gecheckt via een (meestal telefonisch) interview met degene die het project in portefeuille heeft of heeft gehad. [Bij vijf van de 28 programma's en projecten kon gebruik worden gemaakt van evaluatierapporten.](#)

<sup>125</sup> Bij de beoordeling van de output en de doelbereiking is het oordeel voldoende toegekend als 60-80% was de geplande output (of outcome bij doelbereiking) is gerealiseerd; het oordeel goed bij de realisering van 80% of meer.

een voorbeeld van een project waarbinnen de output vrijwel volledig is gerealiseerd. Het betreft een project van Population Services International (PSI) in Mozambique. PSI geeft voorlichting over de preventie van hiv-verspreiding en stimuleert de verkoop van condooms via *social marketing*. In de steekproef zaten drie vergelijkbare projecten uit andere landen (Ethiopië, Tanzania en Zimbabwe) en samen beslaan zij ongeveer de helft van de totale uitgaven van de in de steekproef gevallen programma's en projecten.

**Box 8.1 Aidsbestrijding in Mozambique – realisering van de output 2000-2004**

	<b>Gepland</b>	<b>Gerealiseerd</b>
Condoomverkoop:		
Aantal	57 miljoen	51 miljoen (89%)
Verkooppunten	4500	4400 (98%)
Voorlichting	Mediacampagnes, debatten en theater (geen aantallen)	Talrijke campagnes (geen aantallen) In 2003: 500.000 mensen bereikt
Verspreiding voorlichtingspakketten	71.500	128.000 (> 100%)
Vrijwillige counseling en testen	15.000 mensen in 2003	37.000 mensen in 2003 (> 100%)

Bron: PSI, Final report, an integrated approach to hiv prevention in Mozambique, 2004.

Het oordeel over de mate waarin de voor de programma's en projecten geformuleerde doelen zijn bereikt valt minder positief uit. Het was maar bij elf van de 28 programma's en projecten mogelijk om hier een uitspraak over te doen. Bij de andere 17 programma's waren ofwel geen meetbare doelstellingen genoemd in het voorstel (11/28) ofwel was de rapportage ontoereikend om te beoordelen of de beoogde doelen waren bereikt. Bij vier van de elf beoordeelde programma's en projecten zijn de doelen in voldoende mate en bij zeven vrijwel volledig bereikt.

Hoewel in vrijwel alle projectvoorstellen stond dat aandacht zou worden gegeven aan de positie van vrouwen, was er maar bij tien van de 28 programma's en projecten aantoonbaar sprake van een positief effect op de positie van vrouwen. Een voorbeeld is een geïntegreerd programma in de Copperbelt provincie in Zambia. Uit de rapportage blijkt dat vrouwen sterk vertegenwoordigd zijn onder de deelnemers aan preventieve activiteiten en uit additionele informatie uit interviews blijkt dat deze deelname ook tot positieverbetering heeft geleid. Drie keer was dit niet het geval en in de overige gevallen was het niet mogelijk een uitspraak te doen omdat de rapportage hierover onvoldoende informeerde (11 keer) of was de vraag niet van toepassing (4 keer).

### 8.3 Conclusie

- In de partnerlanden in Sub-Sahara Afrika, Mozambique en Zuid-Afrika uitgezonderd, zijn de hiv-prevalentiecijfers sinds 2003 stabiel gebleven of licht verbeterd.
- Andere indicatoren geven een meer gevarieerd beeld, maar over het algemeen is er sprake van een lichte verbetering. Een uitzondering in positieve zin is de toename van de ARV-behandeling.
- Het lijkt plausibel te veronderstellen dat Nederland via een mix van financiële steun (onder meer via het GFATM) voor nationale aidsprogramma's, sectorsteun voor de gezondheidssector en het financieren van specifieke hiv/aidsprogramma's en projecten



hieraan enige bijdrage heeft geleverd, maar de omvang van deze bijdrage is niet vast te stellen.

- De beantwoording van de vraag of de door Nederland gefinancierde hiv/aids programma's en projecten effectief zijn, bleek op basis van het beschikbare materiaal veelal niet mogelijk. Van de 28 onderzochte hiv/aids-programma's en projecten zijn er slechts elf waarbij op basis van de rapportage een oordeel kan worden uitgesproken over de doelbereiking. Bij de andere 17 programma's ontbraken (meetbare) doelstellingen in het voorstel, was de interventielogica niet goed beschreven of kon uit de rapportage achteraf niet worden opgemaakt of de beoogde doelen waren bereikt.
- Bij vier van de elf programma's zijn de in het project geformuleerde doelen in voldoende mate en bij zeven vrijwel volledig gerealiseerd.
- In de meeste programma's is de beoogde output in voldoende mate (9/28) of vrijwel volledig (14/28) gerealiseerd.
- In vrijwel alle programma's en projecten wordt aandacht besteed aan de positie van vrouwen en in de helft van de gevallen wordt de verwevenheid tussen srgr en hiv/aids benoemd.



## 9 CONCLUSIES EN DILEMMA'S

Dit hoofdstuk distilleert uit de bevindingen in de voorgaande hoofdstukken enkele hoofdconclusies en gaat vervolgens in op een aantal dilemma's, dat voortvloeit uit de keuze voor instrumenten en kanalen.

### 9.1 Conclusies

#### 1. *Rechtvaardiging van de betrokkenheid van de overheid bij srgr en hiv/aids*

De problematiek op het gebied van srgr en hiv/aids is, ondanks enkele positieve ontwikkelingen, nog steeds omvangrijk. De problematiek is gerelateerd aan mensenrechten, de ongelijke positie van mannen en vrouwen, onderwijs en armoede. De Nederlandse regering heeft de mensenrechtenverdragen die betrekking hebben op reproductieve rechten geratificeerd. Nederland is ook partij bij AVVN-resoluties en -verklaringen, waaronder de aanvaarding van het Caïro-programma, de inzet voor de MDG's, verschillende verklaringen over hiv/aids en het internationale streven om minimaal 0,7 procent van het BNP te besteden aan internationale samenwerking. Vanuit landen waar de hiv/aids en srgr-problematiek omvangrijk is bestaat er de vraag om deze middelen deels aan srgr en hiv/aids te besteden.

- De omvang van de problematiek en internationale inspanningsverplichtingen rechtvaardigen dat Nederland, en meer in het bijzonder het ministerie van Buitenlandse Zaken, zich inzet voor de bevordering van srgr en het terugdringen van hiv/aids en de opvang van de gevolgen van de epidemie.

#### 2 *De rol van de rijksoverheid*

Srgr en hiv/aids vormen sinds 2004 twee van de vier beleidsprioriteiten van het OS-beleid. Het Nederlandse internationale hiv/aidsbeleid is vastgelegd in een TK-notitie. De contouren van het internationale srgr-beleid zijn wel vastgelegd in TK-stukken, maar over prioriteiten bij de uitvoering zijn er alleen interne notities. Dit laat onverlet dat de beleidsprioriteiten wel bekend zijn bij belangrijke spelers op het gebied van srgr, bijvoorbeeld omdat Nederland deze prominent naar voren brengt in internationale fora. Op hoofdlijnen komt het srgr- en hiv/aidsbeleid van Nederland overeen met dat van de EU, maar er zijn accentverschillen bij de uitvoering. Een aantal Nederlandse beleidsprioriteiten, zoals het zorg dragen voor een veilige, liefst legale, abortus of aandacht voor kwetsbare groepen bij de bestrijding van hiv/aids, ontbreekt of is minder prominent in het EU-beleid. Drie vakministeries, Defensie, SZW en VWS, besteden aandacht aan srgr en hiv/aids in hun internationale beleid.

- De wijze waarop de rijksoverheid voornemens is gestalte te geven aan de betrokkenheid bij srgr en hiv/aids is voor hiv/aids gedetailleerd, en voor srgr slechts op hoofdlijnen, vastgelegd in TK-notities. Uitgangspunten, doelen en prioriteiten zijn helder geformuleerd.
- Naast inspanningen in EU-kader voor de uitvoering van de Caïro-agenda en het terugdringen van hiv/aids, is er plaats voor een eigen Nederlands buitenlands beleid op het gebied van srgr en hiv/aids.

#### 3 *Toetsing van de beleidsdoelstellingen*

Nederland heeft vaak een actieve rol gespeeld bij de totstandkoming van internationale afspraken over srgr en hiv/aids en deze vormen de grondslag voor het eigen internationale beleid. Het Nederlandse srgr-beleid stelt de keuzevrijheid van mannen en vrouwen inzake seksualiteit en voortplanting centraal. Dit uitgangspunt staat in internationaal kader regelmatig onder druk, maar is vooralsnog overeind gebleven. Het hiv/aidsbeleid beoogt preventie van hiv, behandeling van en zorg voor mensen met hiv/aids en beperking van de maatschappelijke gevolgen van de epidemie. Dit beleid staat in internationaal verband minder onder druk.

Ook het beleid van het VK en van Zweden is in grote lijnen in overeenstemming met de internationale afspraken. Een uitzondering vormt het feit dat Zweden geen steun geeft aan programma's voor commerciële sekswerkers en evenmin voor *harm reduction* onder drugsgebruikers, al is dit laatste aan het veranderen. Op een aantal punten is er een groot verschil tussen het beleid van Nederland, het VK en Zweden enerzijds en dat van de VS anderzijds. Dit betreft met name de aanpak van de preventie van aids, de aandacht voor een aantal kwetsbare groepen en het abortusbeleid. Het VS-beleid wijkt op deze terreinen sterk af van internationale afspraken. Nederland kent grote overlap in beleidsuitgangspunten en -prioriteiten met het VK en Zweden, maar zet zich in internationale fora veel explicieter in voor deze prioriteiten. Dit optreden is succesvol geweest.

- Het Nederlandse buitenlandse beleid met betrekking tot srgr en hiv/aids is volledig in overeenstemming met internationale afspraken.
- Nederland heeft een meerwaarde ten opzichte van het VK en Zweden omdat Nederland zich in internationaal kader vaak meer uitspreekt en explicieter inzet met betrekking tot de gevoelig liggende onderwerpen van de Caïro-agenda en voor de preventie en behandeling van hiv/aids onder kwetsbare groepen. De drie landen samen hebben in op deze onderwerpen een meerwaarde ten opzichte van de VS.

#### 4 *Inzet van instrumenten en gebruik van kanalen*

De Nederlandse inzet in internationale fora, gecompliceerd door forse financiële bijdragen aan multilaterale organisaties, heeft Nederland tot een belangrijke speler op het gebied van srgr en hiv/aids gemaakt. Mede door toedoen van Nederland is de Caïro-agenda overeind gebleven en staat preventie van hiv onder kwetsbare groepen op de agenda van UNAIDS. Nederland heeft getracht srgr, met inbegrip van hiv/aids, onder adolescenten en jongeren op de agenda van UNICEF te krijgen, maar is hierin niet geslaagd.

De vertaalslag naar de uitvoering van de Caïro-agenda blijft op een aantal punten in gebreke. Uitvoering vindt vooral plaats via multilaterale organisaties, internationale NGO's en bilaterale inzet in de gezondheidssector. Sectorsteun impliceert een integrale bijdrage aan de uitvoering van het nationale gezondheidsbeleid. Hierin bestaat op papier in de meeste landen wel aandacht voor srgr, maar de uitvoering blijft vaak achter bij de plannen. Integratie in andere sectoren en thema's (bijvoorbeeld mensenrechten) is zeer beperkt. Voorts heeft de invoering van het nieuwe medefinancieringsstelsel de mogelijkheid tot financiering van internationale NGO's die zich richten op specifieke componenten van de Caïro-agenda sterk beperkt.

Voor hiv/aids ligt de situatie enigszins anders. Naast de steun aan de gezondheidssector is er steun voor publiek-private partnerschappen. Deze partnerschappen hebben er toe bijgedragen dat de toegang tot hiv-preventie, zorg en behandeling groter is geworden en dat nieuwe preventieve technologieën, zoals een aidsvaccin en microbicides kunnen worden ontwikkeld. Het aandeel van Nederland hierin is relatief bescheiden. Andere beleidsprioriteiten blijven, net als in het geval van srgr, onderbelicht bij de beleidsuitvoering via deze financieringsmodaliteiten. Dit betreft de hiv/aidspreventie, -behandeling en zorg onder kwetsbare groepen en de opvang van de gevolgen van aids voor de familie en de gemeenschap. Internationale hiv/aids NGO's richten zich vooral op kwetsbare groepen, maar met de introductie van het nieuwe medefinancieringsstelsel/SALIN is de mogelijkheid tot financiering van deze NGO's beëindigd.

De opvang van de gevolgen van hiv/aids voor de familie en de gemeenschap vereist een geïntegreerde benadering. In de uitvoering van het buitenlands beleid in Sub-Sahara Afrika is integratie van hiv/aids echter gering. Hiv/aids wordt nog vrijwel uitsluitend beschouwd als een gezondheidskwesitie en komt in de landen waar dit is onderzocht niet aan de orde tijdens de politieke dialoog op ambassadeursniveau met het ontvangende land. De relatie met mensenrechten of goed bestuur wordt onvoldoende onderkend. Voor zover er wel sprake is van integratie van hiv/aids in thema's en sectoren, is deze veelal beperkt tot kleinschalige initiatieven. Een uitzondering vormt de integratie van hiv/aids in de

onderwijssector in de OS-partnerlanden waar onderwijs een sector van keuze is. De voor het mensenrechtenbeleid ingestelde financieringsfaciliteit in niet-partnerlanden en non-ODA landen geeft geen prioriteit aan srgr of hiv/aids.

- De Nederlandse inzet voor srgr en hiv/aids in internationaal verband is overwegend succesvol geweest.
- De inzet van een mix van instrumenten via de verschillende kanalen biedt een antwoord op een aantal beleidsprioriteiten, zoals het vergroten van de toegang tot reproductieve gezondheidsdiensten, met inbegrip van hiv/aidspreventie, -behandeling en -zorg.
- De inzet van een mix van instrumenten via de verschillende kanalen is ontoereikend voor de implementatie van de overige beleidsprioriteiten. De mogelijkheden tot steun voor programma's die zich richten op specifieke onderdelen van de Caïro-agenda, hiv/aids programma's voor kwetsbare groepen of op beperking van de gevolgen van hiv/aids zijn beperkt. Het ontbreken van flexibele fondsen, beperking of beëindiging (hiv/aids) van de mogelijkheid tot het financieren van internationale NGO's en het veelal ontbreken van een integrale aanpak liggen hieraan ten grondslag.
- Srgr en hiv/aids zijn in beperkte mate geïntegreerd binnen het buitenlands beleid. In de drie landen waar dit is onderzocht kwam ten tijde van het onderzoek hiv/aids niet aan de orde tijdens de beleidsdialog op ambassadeursniveau.

### 5.1 Resultaten van het beleid: internationale NGO's

Door Nederland gesteunde internationale NGO's bestrijken, bij elkaar opgeteld, het hele scala van Nederlandse beleidsprioriteiten op het gebied van srgr en de meeste NGO's richten zich op kwetsbare groepen. De NGO's staan een op de mensenrechten gebaseerde benadering voor, met aandacht voor de verwevenheid van srgr en hiv/aids. De mate waarin deze gestalte krijgt in de beleidsuitvoering varieert sterk.

Directe dienstverlening aan cliënten behoort tot het werkkerrein van twee van de acht bestudeerde NGO's: de International Planned Parenthood Federation (IPPF) en Marie Stopes International (MSI). Alle NGO's leveren diensten die ondersteunend zijn voor de dienstverlening aan cliënten, zoals technische assistentie, medische benodigdheden en informatiemateriaal en alle NGO's rekenen advocacy voor (enkele elementen van) de Caïro-agenda tot hun werkkerrein. De werkzaamheden worden overwegend positief beoordeeld. IPPF levert in de visie van de cliënten goede diensten en de impact op het gebruik van contraceptie is groot. De organisatie heeft daarbij ook arme mensen en gemarginaliseerde groepen bereikt.

- Internationale NGO's hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de uitvoering van een aantal specifieke onderdelen van de Caïro-agenda. Eén van de NGO's, IPPF, heeft aantoonbaar bijgedragen aan een toename van het gebruik van anticonceptie.

### 5.2 Resultaten van het beleid: hiv/aids programma's en projecten in Sub-Sahara Afrika

Uit surveys blijkt dat de OS-partnerlanden op verschillende door UNAIDS gehanteerde indicatoren enige vooruitgang hebben geboekt. Nederland heeft in deze landen een mix van instrumenten ingezet: financiële steun (onder meer indirect, via GFATM en UNAIDS) voor nationale aidsprogramma's, sectorsteun aan de sector gezondheid en steun aan programma's en projecten.

Door Nederland ondersteunde hiv/aids-programma's en projecten besteden aandacht aan de positie van vrouwen, maar de verwevenheid van srgr en hiv/aids blijft in de helft van de gevallen onderbelicht. Slechts bij iets minder dan de helft van de onderzochte programma's en projecten kon op basis van het projectvoorstel en de rapportages een uitspraak over het bereiken van de beoogde doelen worden

gedaan. Bij de overige was ofwel niet goed aangegeven wat men beoogde te bereiken, ofwel informeerde de rapportage onvoldoende over de doelbereiking. Als er wel een uitspraak kon worden gedaan was deze in vrijwel alle gevallen positief. Op basis van de projectvoorstellen en de rapportage was het bijna altijd wel mogelijk een uitspraak te doen over het realiseren van de output. Deze was, een enkele uitzondering daargelaten, voldoende of goed.

- Het lijkt plausibel te veronderstellen dat Nederland in de partnerlanden een bijdrage heeft geleverd aan de stabilisering van de hiv-prevalentie en de verbetering van de omstandigheden voor mensen met hiv/aids, maar de omvang van deze bijdrage is niet vast te stellen.
- De door Nederland gefinancierde hiv/aidsprogramma's en projecten zijn overwegend relevant, maar er is nog onvoldoende aandacht voor de verwevenheid van srgr en hiv/aids.
- De beantwoording van de vraag of de door Nederland gefinancierde hiv/aids programma's en projecten effectief zijn, bleek op basis van het beschikbare materiaal veelal niet mogelijk. Van de 28 onderzochte hiv/aids-programma's en projecten zijn er slechts elf waarbij op basis van de rapportage een oordeel kan worden uitgesproken over de doelbereiking.
- Bij de elf programma's en projecten die konden worden beoordeeld was de doelbereiking voldoende of goed. De beoogde output is in de meeste programma's en projecten in voldoende mate of volledig gerealiseerd.

## 9.2 Dilemma's

De voortgang met betrekking tot de bestrijding van hiv/aids is beperkt, mede omdat de respons op de epidemie te traag is geweest in verhouding tot de snelle expansie. Positieve punten zijn een mogelijke stabilisering van de hiv-prevalentie in de meeste delen van Afrika, een toename van de behandeling met ARV, lichte toename van de preventie van de hiv-overdracht van moeder op kind en meer condoomgebruik. Internationaal is er een forse toename van de financiering voor het terugdringen van hiv/aids geweest en Nederland heeft deze trend mede in gang gezet.

Ook op het gebied van srgr is er weinig voortgang. Op een aantal punten, zoals de vermindering van de zuigelingensterfte of de wetgeving inzake vrouwenrechten, is een verbetering te constateren. Op andere punten is dit nauwelijks of niet het geval. Het meest in het oog springend is het feit dat in de meeste arme landen de moedersterfte nauwelijks teruggedrongen is. Internationaal is de financiering voor srgr teruggelopen en ook in Nederland was er in de jaren 2004-2006 een geringe afname van de fondsen voor srgr.

Uit de beleidsdoorlichting blijkt dat Nederland een belangrijke rol heeft gespeeld in internationaal kader. Voor een aantal beleidsprioriteiten geldt dat de vertaalslag naar de beleidsuitvoering daarbij is achtergebleven. De kanaalkeuze (sectorsteun, projectsteun, bijdragen aan multilaterale organisaties en publiek-private partnerschappen en beperkte bijdragen aan NGO's) is op papier complementair, maar er ligt ook een aantal beperkingen in besloten.

- Sectorsteun. Een goed functionerende gezondheidssector is een noodzakelijke voorwaarde voor de implementatie van de Caïro-agenda en de preventie en bestrijding van hiv/aids. In praktijk krijgt (een deel van) de srgr-problematiek te weinig aandacht binnen de sector en daarenboven heeft sectorsteun zeker (nog) niet overal tot een goed functionerende sector geleid. Ook is het de vraag of kwetsbare of gemarginaliseerde groepen voldoende worden bereikt, terwijl het Nederlandse beleid dit wel als prioritair aandachtsveld noemt.

- Projectsteun via bilaterale fondsen. Hoewel in principe geen eerste keuze, is deze modaliteit belangrijk, vooral in een aantal landen waar minder vertrouwen bestaat in de overheid. Ook als er wel vertrouwen bestaat kan projectfinanciering aanvullend zijn op sectorsteun. De initiatieven zijn meestal kleinschalig en worden overwegend uitgevoerd door niet-gouvernementele organisaties. Het is een geëigende vorm van steun voor de opvang van de gevolgen van hiv/aids op het niveau van de familie en gemeenschap en voor het bereiken van gemarginaliseerde groepen, maar deze vorm van financiering brengt het risico met zich mee dat personeel wordt onttrokken aan de publieke sector. Daarmee kan er een nadelige invloed van uitgaan op het functioneren van de gezondheidssector en van andere publieke sectoren.
- Ongeoormerkte bijdragen aan multilaterale organisaties. Deze zijn zeer behulpzaam geweest bij het overeind houden van de Caïro-agenda en de verhoging van de politieke betrokkenheid bij hiv/aids. De presentie van deze organisaties op landenniveau, en daarmee ook de bijdrage aan de beleidsuitvoering, is echter wisselend.
- Bijdragen aan publiek-private partnerschappen. Deze hebben er toe geleid dat de toegang tot ARV en tot preventie en zorg is vergroot. De keerzijde is dat er parallele structuren zijn ontstaan, die niet automatisch complementair zijn aan de gezondheidssector.
- Beperkte steun aan internationale NGO's. Een aantal van deze NGO's is bij uitstek deskundig met betrekking tot de gevoelig liggende onderwerpen van de Caïro-agenda. Ook richten de NGO's zich bijna altijd op kwetsbare en gemarginaliseerde groepen. Net als bij de publiek-private partnerschappen kunnen er parallele structuren ontstaan. Ook bestaat het risico dat de meer heikele onderwerpen buiten de beleidsdialoog worden gehouden, omdat de NGO's zich daar al mee bezig houden.
- De integratie van srgr en hiv/aids in het buitenlands beleid en de mainstreaming van srgr en hiv/aids in sectoren van samenwerking is een beleidsprioriteit. De mogelijkheden om activiteiten te financieren die deze integratie bevorderen zijn echter heel beperkt.

Concluderend kan worden gesteld dat de inzet van middelen onvoldoende toegespitst is geweest op de uitvoering van de meer gevoelig liggende onderwerpen van de Caïro-agenda en evenmin optimaal is geweest voor de hiv/aids preventie, behandeling en zorg onder gemarginaliseerde en kwetsbare groepen. Ook de opvang van de gevolgen hiv/aids en de integratie van srgr en hiv/aids in het buitenlands beleid kregen te weinig aandacht.

#### *Tot slot*

In de beleidsdoorlichting is geen aandacht gegeven aan de organisatie van het buitenlands beleid en aan de vraag in hoeverre de organisatie de integratie van de hiv/aids- en srgr-thematiek in andere thema's en sectoren faciliteert of juist frustreert. In elk geval is duidelijk dat samenhang en samenwerking tussen kolommen, posten en directies niet altijd vanzelf verloopt. Daarnaast werkt de inrichting van de begroting - waarbij de thematiek in twee begrotingsartikelen is ondergebracht - integratie van deze thematiek binnen andere begrotingsartikelen niet in de hand. In de praktijk blijkt er daarbij een vrij strikte scheiding tussen ODA en non-ODA, waarbij weinig ruimte bestaat voor inzet van flexibele middelen, zoals die bijvoorbeeld wel bestaat voor mensenrechten.





## Geraadpleegde bronnen

### Publicaties

- Batistella, M. et al. (2006). *Evaluation of WHO's contribution to '3by5'*. Geneva 2006.
- Bloom, D. et al. (2004). Gezondheid, rijkdom en welzijn . *Demos*, jaargang 20 (17): 53-56. Den Haag 2004.
- DFID (2004a). *Sexual and reproductive health and rights: a position paper*. London: 2004.
- DFID (2004b). *Reducing maternal deaths. Evidence and action. A strategy for DFID*. London: 2004.
- DFID (2004c). *Taking Action. The UK's strategy for tackling HIV and AIDS in the developing world*. London: 2004.
- The Global Fund (2007). *Partners in impact. Results report*. Geneva 2007.
- Human Rights Watch (2002). *Suffering in silence. The link between human rights abuses and HIV transmission in Zambia*. New York 2002.
- IPPF (2003). *IPPF Charter on sexual and reproductive rights*. London 2003.
- Ministerie van Buitenlandse Zaken (2002). *Gevecht tegen aids. De derde ronde*. Den Haag 2002.
- Ministerie van Buitenlandse Zaken (2003). *Richtlijnen voor IOB-evaluaties*. Den Haag 2003.
- Ministerie van Buitenlandse Zaken (2006). *Van projecthulp naar sectorsteun. Evaluatie van de sectorale benadering 1998-2005*. Den Haag 2006.
- Monasch, R. & Boerma, J. (2004). Orphanhood and childcare patterns in Sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS 2004*, 18 (suppl. 2): S55–65.
- Ruyter A. et al. (2006). *Evaluation of the theme-based co-financing programme (TMF) of the Dutch Ministry of Foreign Affairs*. 2006. [Http://www.tmf-evaluatie.nl/indexuk.htm](http://www.tmf-evaluatie.nl/indexuk.htm).
- SIDA (1997). *Strategy for development cooperation – Sexual and reproductive health and rights*. Stockholm 1997.
- SIDA (1999). *Investing for future generations – Sweden's international response to HIV/AIDS*. Stockholm 1999.
- SIDA (2004a). *Evaluation 04/14 Sida's Work Related to Sexual and Reproductive Health and Rights 1994-2003*. Stockholm 2004.
- SIDA (2004b). *SIDA evaluations newsletter nr 3/05: turning policy into practice. Sida's implementation of the Swedish HIV/AIDS strategy*. Stockholm 2004.
- SIDA (2006a). *Scaling up the response to HIV/AIDS. Sida's report on HIV/AIDS 2003-2005*. Stockholm 2006.
- UNAIDS (2004a). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva 2004.

- UNAIDS (2004b) *AIDS epidemic update* . Geneva 2004.
- UNAIDS (2005a). *Intensifying HIV prevention. UNAIDS policy position paper*. Geneva 2005.
- UNAIDS (2005b). *AIDS epidemic update* . UNAIDS. Geneva 2005.
- UNAIDS (2006a). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva 2006.
- UNAIDS (2006b). *AIDS epidemic update* . Geneva 2006.
- UNFPA (2004). *The state of the world population. The Cairo consensus at ten. Population, reproductive health and the global effort to end poverty*. New York 2004.
- UNFPA (2005). *The case of investing in young people as part of a national poverty reduction strategy*. New York, 2005.
- UNFPA (2006). *The state of the world population. A passage to hope. Women and international migration*. New York 2006.
- UNICEF (2007), *The state of the world's children. Women and children*. New York, 2007.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (2006). *The Millennium Development Goals report 2006*. New York 2006.
- Wakabi, W. (2007). Global health agencies agree to HIV/AIDS partnership. *The Lancet*, vol 370 (2007): 15-16.
- WHO (2003), *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, 2003.
- World Bank (1997). *Health, nutrition, population (HNP) Sector strategy paper*. Washington 1997.
- World Bank (2005). *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*. Washington 2005
- World Bank (2006). *Background note, New Bank HNP Strategy*. Washington 2006.

### **Parlementaire documentatie**

- Brief van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking ter aanbieding van de voortgangsrapportage 'Gevecht tegen AIDS: de derde ronde 1998-2001'*. Buza 020199. Niet-dossierstuk 2001-2002.
- Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (V) voor het jaar 2006; Memorie van toelichting* . TK 2003-2004, 29200 V, nr. 2.
- Aan elkaar verplicht. Ontwikkelingssamenwerking op weg naar 2015*. TK 2003-2004, 29234, nr.1.
- Het Nederlandse internationale aids-beleid. Brief van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking*. TK 2003-2004, 29648, nr. 1.
- Het Nederlandse internationale aids-beleid. Brief van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking*. TK 2003-2004, 29648, nr. 2.
- Het Nederlandse internationale Aids-beleid. Vaststelling van de begroting van het ministerie van Buitenlandse Zaken (V) voor het jaar 2004. Verslag van een algemeen overleg*. TK 2003-2004, 29648 en 29200 V, nr. 3.

*Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (V) voor het jaar 2006; Memorie van toelichting.* TK 2005-2006, 30300 V, nr 2.

*Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (V) voor het jaar 2006; Brief minister ter aanbieding notitie over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) van jongeren in partnerlanden.* TK 2005-2006, 30300 V, nr 5.

*Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (V) voor het jaar 2006. Brief van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking inzake het Global Fund (GFATM).* TK 2005-2006, 30300 V, nr. 133.

*Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (V) voor het jaar 2007; Memorie van toelichting.* TK 2006-2007, 30800 V, nr. 2.

*Rapport resultaten in ontwikkeling.* TK 2006-2007, 29234, nr. 57 (bijlage).

### **Niet gepubliceerde bronnen**

Bartholomeeussen S. et al. (2006). Synthesis report of Dutch CFA programme evaluation MBN HIV/AIDS evaluation 2001 – 2004. Den Haag: MBN secretariaat, 2006.

Heuberger J. et al. (2007). Hiv/aids and sexual and reproductive health and rights. Review of the policy of the Ministry of Foreign Affairs. Amsterdam: KIT, 2007.

High-level forum on the health MDGs (2004). MDG-oriented sector and poverty reduction strategies: lessons from experience in health. Abuja 2004.

Jurgens E. et al. (2007). Sexual and reproductive roghts. Review of (international) NGO's working in the area of SRHR, funded by the Ministry of Foreign Affairs, 2004-2006. Input for policy review article 5. Leusden: ETC, 2007.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2004a). Richtlijn posten ter uitvoering van HIV/AIDS personeelsbeleid BZ. Den Haag 2004.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2004b). Beleidsnota HIV/AIDS personeelsbeleid BZ. Annex 1. Den Haag 2004.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2005). Joint technical review of the WHO-Netherlands partnership programme. Den Haag 2005.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2007). Evaluatie van het hiv/aidsbeleid in Sub-Sahara Afrika. Den Haag 2007.

MOPAN (2005). Perceptions of Multilateral Partnerships at Country Level. Synthesis report. 2005.

Pieper, A. et al. (2006). Mainstreaming of HIV/AIDS in Ethiopia by the Royal Netherlands Embassy in Addis Ababa. Den Haag: IOB, 2006.

Pieper, A. et al. (2007). Mainstreaming of HIV/AIDS in South Africa by the Royal Netherlands Embassy in Pretoria. Den Haag: IOB, 2007.

SIDA (2006b). Reaching poor people with services in sexual and reproductive health: An evaluation of the International Planned Parenthood Federation. Stockholm: Sida Department for Democracy and Social Development, 2006.

## Websites

[www.un.org](http://www.un.org) voor de in voetnoten genoemde referenties inzake resoluties en conferentieuitkomsten.

<http://europa.eu/index.en.htm> voor de eu-documentatie.

Overige geraadpleegde sites staan gedetailleerd in de voetnoten.

## Geïnterviewde personen

Naam	Organisatie	Gesprek	Telef.	Schr.
Mw. Aalders	Ministerie VWS		x	x
Mw. A. van Alkemade	Ministerie VWS		x	
Dhr. F. Baneke	Directeur WPF		x	
Dhr. P. Bekkers	Directeur DSI; aidsambassadeur	x		
Dhr. W. Bel	Ministerie SoZaWe			
Mw. M. Boot	Themadeskundige gezondheid, ambassade Sana'a			x
Mw. R Buijs	Hoofd DSI/SB	x		
Mw. B. Crane	Vice- president, Ipas		x	
Mw. L van den Elzen	Beleidsmedewerker DVF/FS	x		
Mw. M. Evans	Technische adviseur, IHAA		x	
Mw. S. Fillpipini	Hoofd DSI/ER	x		
Mw. B. Fredrick	Vice-president, IWHC		x	
Mw. C. Gabriel	Regio coördinator CARAM-Asia		x	
Dhr. A. Galema	Plv. hoofd DSI/SB	x		
Mw. A. Germain	President IHWC		x	
Mw. G. Gordon	Senior adviseur, IHAA		x	
Mw. M. Grilk	Ministerie SoZaWe			x
Mw. H. van Gulik	Beleidsmedewerker DVF/FS	x		x
Dhr. P. de Haan	Themadeskundige gezondheid, ambassade Lusaka		x	
Dhr. M. de Jong	Themadeskundige gezondheid, ambassade Accra		x	
Dhr. A. Kiwanuka	Resource development manager, MSI		x	
Mw. E. Klinkert	Themadeskundige aids DSI/SB	x	x	x
Dhr. D.J. Koch	Beleidsmedewerker DSI/MY	x		
Mw. L. Kootstra	Ministerie VWS		x	
Mw. J. de Kroon	WOTRO	x		
Mw. A. Kumar	Vice-president Ipas		x	
Mw. T. Langejan	Ministerie SoZaWe		x	
Mw. M. Largaespada	Themadeskundige gezondheid, ambassade Managua			x
Mw. E. Leemhuis- de Regt	Themadeskundige srgr DSI/SB	x		
Dhr. M. Lindley	Afdelingshoofd, IPPF		x	
Mw. N. Lintvelt	Hoofd DVF/FS		x	x
Dhr. A. Marcet	Ministerie SoZaWe			
Mw. A. Massey	Project manager, IHAA		x	

Mw. G. van Mensvoort	CORDAID	x	
Dhr. T. Pas	Themadeskundige gezondheid, ambassade Addis Abeba		x
Mw. A. Peters	NOVIB	x	
Mw. R. Ramanathan	Programma medewerker CARAM- Asia		x
Mw. M. van Schaik	Senior Beleidsmedewerker DSI/SB	x	
Mw. H. Seerden	Ministerie OCW		
Mw. H. Slingerland	Ministerie VWS		x
Mw. Ann Starrs	Vice-president, FCI		x
Dhr. S. Tuinstra	Coördinator TARG	x	
Mw. A. Vestjens	Themadeskundige gezondheid, ambassade Maputo		x
Mw. M. Wijnroks	Themadeskundige DSI/SB	x	

## **Bijlage 1      Terms of reference**

### **Beleidsdoorlichting hiv/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten(srgr)**

#### **Introductie:**

Beleidsdoorlichting is sedert vorig jaar met het gereedkomen van de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek en Beleidsinformatie 2006 (RPE2006) als nieuw instrument beschikbaar gekomen. In de BZ-evaluatieprogrammering 2007 is onder andere doorlichting van de beleidsartikelen 5.4. en 5.5. voorzien. Voor de uitvoering van deze beleidsdoorlichting zijn de volgende Terms of Reference opgesteld.

#### **Achtergrond:**

Binnen beleidsartikel 5 (toegenomen menselijke ontplooiing en sociale ontwikkeling) van de begroting van het ministerie van Buitenlandse Zaken (BZ) vormen de operationele doelstellingen 5.4 (een halt aan de verspreiding van hiv/aids, malaria en andere levensbedreigende ziekten) en 5.5. (een wereldwijde inzet op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en het onverkort uitvoeren van de Caïro-agenda) het onderwerp van de doorlichting. Door de grote overlap en samenhang van beide beleidsterreinen is uitvoering van één doorlichting de meest voor de hand liggende aanpak, waarbij de niet overlappende onderdelen van hiv en aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgr) ook aan de orde kunnen komen.

De timing van de beleidsdoorlichting sluit aan bij de regeerperiode van de kabinetten Balkenende II en III (2004-2006). De uitkomsten van de beleidsdoorlichting bieden naar verwachting tevens aanknopingspunten voor beleidskeuzen aan de nieuwe bewindspersonen.

#### **Doel:**

Verantwoording afleggen over de doelmatigheid van het gevoerde aids- en srgr-beleid met het doel te leren van de ervaringen en waar nodig verbeteringen aan te brengen.

#### **Onderzoekperiode:**

De periode 2004 – 2006, waarmee wordt aangesloten bij het Nederlandse BZ/OS beleid, vastgelegd in de nota 'Aan elkaar verplicht'.

#### **Resultaten:**

1. Conclusies ten aanzien van:

- ervaringen met de inzet van het huidige Nederlandse aids- en srgr-buitenlandbeleid;
  - het beschikbare instrumentarium en kanalen om het beleid te realiseren;
  - de wijze waarop de inzet van financiële middelen heeft bijgedragen aan het realiseren van de doelstellingen.
2. Aanbevelingen voor het toekomstig hiv/aids en srgr beleid en de uitvoering ervan.

#### **Activiteiten:**

Het beantwoorden van een aantal evaluatievragen opgesteld op basis van de vijf onderdelen (rijksbreed voorgeschreven) van een beleidsdoorlichting.

Relevantie van het beleid:

*i. Beschrijving en analyse van het probleem.*

Deelvragen:

1. Wat is de omvang van de aids-problematiek en de omvang van de preproblematiek op het gebied van seksuele- en reproductieve gezondheid (s&rg) en de niet vervulde seksuele - en reproductieve rechten; welke trends zijn er gaande?
2. Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de verdere verspreiding van aids en wat zijn de gevolgen van de aids-pandemie? Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de achterblijvende dienstverlening voor s&rg en het gebrek aan het respecteren en bevorderen van de rechten op s&rg?
3. Wat is de relatie tussen aids, srgr, gender en armoede en ontwikkeling?  
Rechtvaardigt de omvang van de aids en srgr problematiek betrokkenheid van de rijksoverheid?

*ii. Beschrijving en motivering van de rol van de rijksoverheid.*

Deelvragen:

1. Wat is de taak, rol en doelstelling van BZ inclusief ontwikkelingssamenwerking?
2. Wat is de rol en doelstelling van BZ op de terreinen van aids en srgr?

3. Wat is het EU-beleid als het gaat om aids en srgr. Hoe verhoudt het Nederlandse beleid zich tot het aids en srgr beleid van de EU?  
Welk beleid hebben ander ministeries (VWS, EZ en SoZaWe) ten aanzien van (internationale) aidsbes trijding en srgr? Hoe vervult BZ haar coördinerende rol?

*iii. Beschrijving van de onderzochte beleidsdoelstellingen.*

Deelvragen:

1. Hoe passen de doelstellingen m.b.t. aids en srgr binnen de hoofddoelstellingen van BZ?
2. In hoeverre is het BZ beleid conform internationaal overeengekomen afspraken zoals van Caïro (ICPD; evenals ICPD +5); Beijing en Beijing +5, de Millennium Verklaring en de World Summit Outcome Document (NY Sept. 2005) en de Declaration of Commitment/ Politieke verklaring New York (2001, 2006) en hoe sluit het aan bij het beleid en strategieën van UNAIDS en UNFPA?
3. Welke zijn de overeenkomsten en verschillen tussen het Nederlandse buitenlandse aids- en srgr-beleid en dat van andere bilaterale donoren? <sup>126</sup>
4. Heeft het Nederlandse aids en srgr beleid een meerwaarde ten opzichte van het beleid van andere bilaterale donoren (VS, VK, Zweden), en zo ja welke?

Uitvoering van het beleid: kanaalkeuze en instrumentarium

*iv. Beschrijving van de gehanteerde instrumenten (en analyse van de maatschappelijke effecten ervan)*

Deelvragen (kanalen):

1. Welke uitvoeringskanalen (zoals bilaterale samenwerking, multilaterale organisaties -UNAIDS, UNFPA, WHO, WB-, de EU, het Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM), maatschappelijke organisaties (in het kader van TMF/MFS/SALIN) en publiek-private samenwerkingsverbanden (waaronder PDPPs), academische/onderzoeksinstellingen) zijn gebruikt voor de operationalisering van het beleid? Waarom zijn deze kanalen gebruikt?
2. Welke doelstellingen zijn per kanaal nagestreefd? Is er sprake van complementariteit?

Deelvragen (instrumentarium):

1. Welke instrumentarium (beleidsbeïnvloeding van fora en organisaties, beleidsdialoog met overheden, ondersteuning nationale programma's, TMF/MFS, SALIN, bilaterale projecten) is ingezet om de uitvoering van het aids en srgr beleid te realiseren?
2. Wat bleken per bovengenoemd instrument de belangrijkste mogelijkheden en beperkingen te zijn?
3. Hoe was de samenhang tussen de instrumenten en is er sprake van complementariteit? Hoe heeft het instrumentarium bijgedragen aan de realisatie van de doelstellingen?

Deelvragen (budget):

1. Hoeveel financiële middelen heeft Nederland aangewend om het aids en srgr beleid te realiseren?
2. Was er vastgelegd hoeveel geld per kanaal en per regio wordt ingezet en is dit gerealiseerd?
3. Welke trends zijn er en wat zijn de oorzaken hiervan?
4. Hoe verhield de Nederlandse financiële inzet zich tot de inzet van andere bilaterale donoren?

*v. Resultaten*

**Deelvraag hiv/aids Afrika:**

Welke resultaten zijn er met het hiv/aids beleid m.b.t. Sub-Sahara Afrika geboekt?

1. Wat is de beleidsrelevantie en de effectiviteit van een aantal programma's en projecten uitgevoerd in Sub-Sahara Afrika <sup>127</sup>?
2. Is er aandacht gegeven aan de positie van vrouwen?
3. Is er in het programma - of project aandacht voor seksuele en reproductieve rechten en gezondheid?

Afrika is het zwaarst getroffen door de aids-pandemie en de Nederlandse inspanningen t.a.v. aids concentreren zich op deze regio.

**Deelvraag seksuele en reproductieve gezondheid en rechten:**

Wat zijn de resultaten van de inzet van internationale NGOs als dienstverleners op het terrein van reproductieve gezondheid op landenniveau?

*vi. Bijstellingen: Aanbevelingen voor toekomstig hiv/aids en srgr-beleid en de uitvoering ervan (inclusief beleidsreactie).*

<sup>126</sup> Hiervoor worden de VS, VK en Zweden geselecteerd. VS en de VK zijn de twee grootste donoren op het terrein van aids. Zweden is erbij gekozen omdat dit land als een 'like-minded' donor beschouwd wordt en tevens een grote srgr-donor is.

<sup>127</sup> Deelvragen uit het concept eindrapport 'Evaluatie van het hiv/aids beleid in Sub-Sahara Afrika'

**Opzet/werkwijze:****Uitvoerders:**

Onderdelen van het onderzoek zullen door verschillende externe consultants (KIT, ETC, e.d) worden uitgevoerd. IOB zal eveneens een aantal werkzaamheden uitvoeren en coördineert de volledige doorlichting. IOB is verantwoordelijk voor de doorlichting: daarmee lijken kwaliteit en onafhankelijkheid gewaarborgd.

Deze terms of reference voor de beleidsdoorlichting zijn op 1 maart vastgesteld door PlvDGIS, hoofdbudgethouder voor de begrotingsartikelen 5.4. en 5.5. Het eindrapport van de doorlichting wordt vastgesteld door IOB. De beleidsreactie daarop zal wederom worden vastgesteld door PlvDGIS c.q. R.

Ten behoeve van deze beleidsdoorlichting zal een klankbordgroep worden ingesteld, die zal bijeenkomsten onder leiding van de Taakgroepcoördinator Aids en Reproductieve Gezondheid (TARG). TARG is geen lijnfunctie en is tevens een tijdelijke functie onder zowel DGRC als DGIS.

Overige leden van de klankbordgroep zijn: IOB (van Ojik, Stegeman) (eindverantwoordelijk/onafhankelijkheid/onderzoeksdeskundigheid), FEZ (Voulon) (beleidsdoorlichtingexpert), DEK (Gosses) (effectiviteit en kwaliteitsdeskundige), DVF/FS (Lintvelt) (kanaaldeskundige VN), DSI/SB (Buijs, Klinkert, Leemhuis) (ervaringsdeskundigen/beleidsuitvoerders). Tevens wordt een aantal externe leden aangezocht.

Doel van de klankbordgroep is verstrekken van informatie, afstemming, voortgangbewaking, commentaar, e.d. De klankbordgroep komt regelmatig bijeen, doch in elk geval na verzoek daartoe van een of meer van de leden.

**Methode van onderzoek**

- Dossierstudie
- (Telefonische-e-mail) interviews met vertegenwoordigers van andere donoren en internationale organisaties, andere ministeries

**Bronnen**

IOB-evaluatie Afrikabeleid: studie hiv/aids - 2007  
Evaluatie van IPPF – done by NORAD en SIDA – 2005/2006  
Evaluation SIDA HIV/AIDS -policy  
Evaluatie van IPAS en Guttmacher Institute (door DfID in 2005)  
Review van internationale advocacy door IWHC door Noorwegen (in 2006)

**Tijdpad:**

maart – juni 2007

In juni 2007 wordt het eerste overall concept rapport van de beleidsdoorlichting verwacht.

Tussenrapportages? Ja, plannen (afhankelijk van mogelijkheden)

Datum Eindrapport? In juli 2007

Budget: nog niet bekend (schatting wordt gemaakt)

Budget: IOB en DSI/TARG

Vastgesteld door PlvDGIS op 1 maart 2007



## **Bijlage 2      Organisatie van de studie**

### **IOB**

Verantwoordelijk voor de uitvoering van de beleidsdoorlichting en de opstelling van het rapport.

Onderzoekers                      Marijke Stegeman, inspecteur IOB  
  Arend Pieper, externe consultant  
  Ashna Nakched, stagiaire Erasmus Universiteit

### **Koninklijk Instituut voor de Tropen**

Beschrijving van het EU-beleid, het beleid van andere Nederlandse ministeries en de coördinerende rol van BUZA (ToR blok ii-3)

Beschrijving van de onderzochte beleidsdoelstellingen ( ToR blok iii)

Onderzoekers                      Jef Heuberger  
  Françoise Jenniskens  
  Mandeep Dhaliwal

### **ETC/Crystal**

Resultaten van het beleid inzake srgr; de rol van NGO's (ToR blok v- 2)

Onderzoekers                      Esther Jurgens  
  Jos van Dusseljee  
  Carolien Aantjes

### **Klankbordgroep**

Siemon Tuinstra (voorzitter)    Coördinator Taakgroep Aids en Reproductieve Gezondheid

Externe deskundigen  
Frans Baneke                      Directeur WPF  
Peter van Rooijen                Directeur International Civil Society Support

Ministerie van Financien  
Hendrik-Jan Heeres/              Inspectie der Rijksfinanciën  
Agnes van Zundert

Ministerie van Buitenlandse Zaken  
Reina Buijs                        Hoofd DSI/SB  
Antionette Gosses                DEK/BA  
Els Klinkert                        DSI/SB  
Elly Leemhuis-de Regt            DSI/SB  
Nathalie Lintvelt                 Hoofd DVF/FS  
Jaap Rooimans/                  FEZ/FM  
Erica Voulon

### Bijlage 3      Overzicht van de uitgaven

In deze bijlage zijn de tabellen opgenomen die ten grondslag liggen aan de figuren in hoofdstuk 6. De tabellen geven een meer gedetailleerd overzicht van de uitgaven per regio, per CRS-code, per SBE.en per kanaal.

Tabel horende bij figuur 6.1: Regionale spreiding van de uitgaven voor srgr en hiv/aids; 2004-2006

<b>Regio</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Totaal uitgaven</b>
Afrika ten zuiden van de Sahara	81.144.687	83.373.345	112.578.473	277.096.505
Azië en Oceanië*	12.952.457	14.809.385	15.283.661	43.045.503
Westelijk halfrond*	5.556.458	9.311.288	9.583.858	24.451.604
Noord-Afrika en Midden-Oosten*	4.151.253	5.888.237	4.524.405	14.563.895
West- en Midden-Europa*	692.357	734.069	346.675	1.773.101
Zuid- en Zuidoost- Europa*	3.552.747	6.846.539	4.624.501	15.023.787
Wereldwijd	178.126.157	182.786.691	246.700.305	607.613.153
<b>Totaal</b>	<b>286.176.116</b>	<b>303.749.554</b>	<b>393.641.878</b>	<b>983.567.548</b>

\* In figuur 6.1 zijn deze regio's opgenomen in de categorie overig.

Tabel horende bij figuur 6.2: Uitgaven srgr en hiv/aids per CRS code; 2004-2006

CRS code	Omschrijving	2004	2005	2006	Totale uitgaven
12110	Health policy and administrative management	49.916.410	36.771.515	54.713.860	141.401.785
12220	Basic health care	19.140.681	23.183.554	20.246.557	62.570.791
12250	Infectious disease control	14.064.721	63.414.836	65.513.333	142.992.890
13020	Reproductive healthcare	19.794.628	14.516.074	28.252.314	62.563.017
13030	Family planning	84.519.474	58.711.585	59.883.240	203.114.299
13040	STD control including hiv aids	66.975.127	57.668.435	76.226.175	200.869.737
16064	Mitigation of hiv aids	2.900.171	13.435.980	21.924.639	38.260.789
12000	Health*	-	116.868	4.015.000	4.131.868
12100	Health general*	2.017.207	6.631.789	18.276.603	26.925.599
12181	Medical education/ training*	372.616	510.285	1.456.954	2.339.855
12182	Medical research*	2.750.000	1.800.000	23.225.284	27.775.284
12191	Medical services*	78.251	723.383	-	801.634
12200	Basic health care*	-	2.600.000	1.613.800	4.213.800
12230	Basic health infrastructure*	20.000	770.660	-	790.660
12240	Basic nutrition*	5.013.920	8.205.580	2.808.137	16.027.638
12261	Health education*	10.714	6.676	228.290	245.679
12281	Health personel development*	604.761	217.269	153.984	976.014
13010	Population policy and administrative management*	2.992.953	2.923.719	2.772.263	8.688.935
13081	Personnel development for population and reproductive health *	253.759	250.000	500.000	1.003.759
11240	Ealry childhood education**	96.500	160.000	281.000	537.500
11300	Secondary education**	-	-	575.000	575.000
13000	Population policies/ programmes and Reproductive Health**	-	50.000	-	50.000
14030	Basic drinking water supply and basic sanitation**	1.299.741	2.108.699	2.352.766	5.761.206
15130	Legal and judicial development**	350.000	490.240	32.486	872.726
15150	Strengthening civil society**	75.000	150.000	150.000	375.000
15162	Human rights**	-	333.680	103.680	437.360
15230	Post-conflict peace-building**	36.673	8.536	-	45.209
23050	Gas distribution**	-	435.252	-	435.252
32168	Pharmaceutical production**	-	32.364	-	32.364
42000	Women in development**	205.800	490.721	943.589	1.640.110
42010	Women in development**	1.524.657	960.968	1.101.576	3.587.201
73010	Reconstruction relief**	4.500.000	-	-	4.500.000
	CRS code onbekend**	6.662.351	6.070.887	6.291.348	19.024.586
<b>Totaal</b>		<b>286.176.116</b>	<b>303.749.554</b>	<b>393.641.878</b>	<b>983.567.548</b>

\* Deze CRS codes zijn in figuur 6.2 opgenomen in de categorie Overig Gezondheid.

\*\*Deze CRS codes zij in figuur 6.2 opgenomen in de categorie Overig.

Tabel horende bij figuur 6.3: Uitgaven srgr en hiv/aids per begrotingseenheid; 2004-2006

Sub BE	Sub BE omschrijving	2004	2005	2006	Totaal uitgaven
0610S05	Gezondheidszorg: Algemeen	81.613.047	75.058.811	85.790.566	242.462.424
0610S19	HIV/Aids	27.436.364	37.865.844	72.439.098	137.741.305
0610S20	RG	536.425	4.739.276	6.805.618	12.081.319
0803S00	UNFPA	84.058.000	58.538.000	63.538.000	206.134.000
0805S00	UNAIDS	24.224.000	24.224.000	30.524.000	78.972.000
0812S04	Partnership programma WHO	20.000.000	14.029.868	17.762.000	51.791.868
1919S00	GFTA	-	46.000.000	60.000.000	106.000.000
1908S00	MFS/TMF: hiv/aids, TB, malaria	15.595.948	13.892.027	23.688.110	53.176.085
1909S00	MFS/TMF: RGR	7.678.836	6.135.522	9.777.849	23.592.207
0115S00*	Geen omschrijving	6.662.351	6.070.887	6.291.348	19.024.586
0310S00*	Noodhulp ontwikkelingslanden	162.119	85.034	-	247.153
0420S04*	MATRA projecten programma	1.502.497	1.145.287	297.658	2.945.442
0440S00*	Gemeente-initiatieven	-	179.907	117.000	296.907
0610S04*	Ondernemingsklimaat	172.700	112.545	10.850	296.095
0610S11*	Onderwijs: Algemeen	502.797	572.657	1.762.856	2.838.310
0610S17*	Sector doornijdende programma's	826.338	1.754.218	1.009.634	3.590.190
0610S23*	Wederopbouw (Decentraal)	-	-	88.976	88.976
0610S24*	Gender decentraal	-	-	300.112	300.112
0610S99*	Afbouw sectoren	99.000	-	-	99.000
0612S04*	Themadoornijdende progr. in GMV-landen	302.494	78.990	-	381.484
0613S0*	Exit programma's	4.403.743	3.280.741	874.230	8.558.714
0620S01*	Thema: Vrouwen en ontwikkeling	128.889	495.267	508.530	1.132.686
0620S03*	Thema: Sociale Ontwikkeling	2.104.186	-	-	2.104.186
0620S11*	Milieu centraal: klimaat, energie en milieutechnologie	-	237.450	40.000	277.450
0804S00*	UNIFEM	1.000.000	-	-	1.000.000
0813S01*	Assistent- deskundigenprogramma	1.545.882	2.311.711	1.689.758	5.547.352
1040S01*	Spec. act.: Vrouwen en ontwikkeling	642.930	151.500	20.377	814.807
1040S03*	Spec. Act: Sociale Ontwikkeling	2.561.632	-	-	2.561.632
1040S14*	Spec. act.: DGIS algemeen	5.000	59.066	80.138	144.204
1041S00*	BOF	24.697	174.668	770.126	969.491
1070S00*	Onderzoeksprogramma	-	468.860	637.106	1.105.966
1311S00*	Programma kleine projecten ODA	-	7.474	1.946	9.421
1312S00*	FSA mensenrechten ODA	-	183.430	-	183.430
1904S00*	MFS/TMF: institutionele ontwikkeling	-	410.625	410.625	821.250
1907S00*	MFS/TMF: gender- gelijkheid	650.241	1.073.457	1.479.009	3.202.707
1922S00*	MFS/TMF: gezondheidszorg (algemeen)	1.736.000	4.412.430	6.926.359	13.074.789
<b>Totaal</b>		<b>286.176.116</b>	<b>303.749.554</b>	<b>393.641.878</b>	<b>983.567.548</b>

\* Deze SBE's zijn in figuur 6.3 opgenomen onder de categorie Overig SBE.

Tabel horende bij figuur 6.5: Uitgaven srgr en hiv per kanaal; 2004-2006

<b>Kanaal</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Totaal uitgaven</b>
Multilateraal	142.525.396	109.136.644	126.888.565	378.550.605
Bilateraal	93.678.283	101.613.847	129.048.051	324.340.181
NGO	32.589.405	29.961.025	43.570.238	106.120.668
PPP	11.319.186	54.518.696	90.796.139	156.634.021
Acoz*	2.700.000	2.974.710	1.373.219	7.047.929
Wereldbank*	1.170.000	3.280.741	874.230	5.324.971
MATRA*	1.502.497	1.767.787	690.158	3.960.442
Overige*	691.350	496.103	401.278	1.588.731
<b>Totaal</b>	<b>286.176.117</b>	<b>303.749.553</b>	<b>393.641.878</b>	<b>983.567.548</b>

\* In figuur 6.5 zijn deze kanalen opgenomen in de categorie overig.