

Vergaderjaar 2006–2007

29 648

Het Nederlandse internationale aids-beleid

Nr. 7

VERSLAG VAN EEN HOORZITTING

Vastgesteld 22 mei 2007

De vaste commissie voor Buitenlandse Zaken¹ heeft op 14 mei 2007 een hoorzitting gehouden in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag over **delInternational HIV/Aidsproblematiek**.

Van deze hoorzitting brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Buitenlandse Zaken,
Ormel

De adjunct-griffier van de vaste commissie voor Buitenlandse Zaken,
Van Toor

¹ Samenstelling:

Leden: Leden: Van Bommel (SP), Van der Staaij (SGP), Wilders (PVV), Waalkens (PvdA), Van Baalen (VVD), Çörüz (CDA), Ormel (CDA), voorzitter, Ferrier (CDA), Van Velzen (SP), De Nerée tot Babberich (CDA), Blom (PvdA), Eijssink (PvdA), Van Dam (PvdA), Dezentjé-Hamming (VVD), Irrgang (SP), Knops (CDA), Bokestijn (VVD), Voordewind (ChristenUnie), Pechtold (D66), ondervoorzitter, Van Gennip (CDA), Ten Broeke (VVD), Peters (GroenLinks), Van Raak (SP), Gill'ard (PvdA) en Thieme (PvdD).

Plv. leden: De Wit (SP), Van der Vlies (SGP), Bosma (PVV), Vermeij (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Omtzigt (CDA), Jules Kortenhorst (CDA), Roland Kortenhorst (CDA), Jasper van Dijk (SP), Ten Hoopen (CDA), Besselink (PvdA), Leerdam (PvdA), Arib (PvdA), Neppérus (VVD), Lempens (SP), Schermers (CDA), Griffith (VVD), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Van der Ham (D66), Jonker (CDA), Van Beek (VVD), Halsema (GroenLinks), Gesthuizen (SP), Samsom (PvdA) en Ouwehand (PvdD).

Aanvang 10.00 uur.

Aanwezig zijn de volgende Kamerleden: Bokestijn (VVD), Irrgang (SP), Ferrier (CDA), Koşer Kaya (D66), Ormel (CDA), Van der Staaij (SGP) en Voordewind (ChristenUnie), alsmede de heer Van Toor, griffier.

Voorzitter: Ormel

Rondetafelgesprek met:

Aids Fonds/SOA Aids Nederland/Stop Aids Now

- mevrouw S. Dijkers (directeur Stop Aids Now);
- mevrouw I. Keizer (manager Aids Fonds);
- mevrouw M. van der Kroef (beleidsadviseur Stop Aids Now!, Aids Fonds, SOA, Aids Nederland);
- de heer E. Naterop (Share Net, algemeen coördinator Royal Tropical Institute (KIT));
- mevrouw F. Jenniskens (Share Net);
- mevrouw M. Wegelin-Schuringa (Share Net);
- prof. Coutinho, directeur Centrum Infectiebestrijding, RIVM en hoogleraar epidemiologie en preventie van infectieziekten, AMC/Universiteit van Amsterdam).

De **voorzitter**: Dames en heren. Ik heet u welkom op deze hoorzitting georganiseerd door de vaste Kamercommissie voor Buitenlandse Zaken, zowel het publiek als de inleiders, die hier allemaal fris zitten op dit vroege uur op de maandagochtend. Dit is een openbare bijeenkomst. Ook al zit er geen pers, er wordt in de perstoren meegeluisterd. Er wordt een stenografisch verslag gemaakt van deze bijeenkomst dat naderhand wordt toegezonden. Ik zal de aanwezige Kamerleden even kort voorstellen: de heer Irrgang van de Socialistische Partij, die voorzitter is van het meerpartijeninitiatief van de Kamer over aids; mevrouw Ferrier die lid is van de CDA-fractie; de heer Voordewind, lid van de ChristenUnie, de heer Van der Staaij, lid van de SGP, en mevrouw Koşer Kaya van D66. Omdat wij maar één uur hebben, stel ik voor dat u een korte inleiding houdt van maximaal drie minuten over wie u bent en wie u vertegenwoordigt, gevolgd door een aantal prikkelende stellingen, zodat wij daarna met elkaar kunnen discussiëren.

De heer **Coutinho**: Mijn naam is Roel Coutinho. Ik ben directeur van het centrum infectieziektebestrijding en daarnaast hoogleraar epidemiologie en preventie infectieziekten bij het AMC. Ik heb in een schriftelijk overzicht een korte schets gegeven van de situatie in de wereld. In de Europese Unie is een toename van het aantal infecties bij homoseksuele mannen. Dat is de drijvende factor achter de epidemie. Bij heteroseksuele infecties gaat het voornamelijk om mensen die binnenkomen uit Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara.

Het is misschien goed om extra aandacht te geven aan Oost-Europa, waar de situatie op het gebied van gezondheid in veel opzichten vrij dramatisch is. De levensverwachting neemt daar gemiddeld af. Het is daar voornamelijk een probleem van drugsgebruikers, maar er is ook sprake van heteroseksuele verspreiding. Het is moeilijk te voorspellen in hoeverre deze zich door zal zetten. Dat is voor ons wel van belang, omdat het oostelijk gedeelte van de Europese Unie, bijvoorbeeld de Baltische staten, daarin mee wordt getrokken. Ik denk dat dit gebied wat meer aandacht moet krijgen dan het nu heeft, vooral vanwege de grote marginalisatie van drugsgebruikers.

Ik neem aan dat Afrika door vele anderen uitgebreid ter sprake zal komen, dus daar zal ik niet al te veel aandacht aan besteden. Veel mensen denken dat heel Afrika hetzelfde is, maar het is goed om je te realiseren dat Afrika

ten zuiden van de Sahara niet een geheel is. Er zijn enorme verschillen. In het zuiden is een zeer hoge prevalentie, maar in het westen is het percentage infecties veel lager. Het is overigens onduidelijk hoe dat zit. Geschat wordt dat het percentage geïnfecteerden in Suriname tussen 1 en 2 ligt. Dat is aanzienlijk hoger dan in Nederland. Je moet de Surinamers in Nederland en in Suriname in feite als één groep beschouwen, omdat er zeer veel wordt gereisd en er zeer veel onderling contact is. Daarom is dat voor ons van groot belang. Het is niet altijd makkelijk om in Suriname dingen van de grond te krijgen. Er gebeurt wel het een en ander, maar ik denk dat er toch meer aandacht kan zijn voor preventie. Voor de toekomst is van belang dat de vaccinontwikkeling vast zit. Daar zullen anderen ook vast het een en ander over zeggen. Er zal niet snel een effectief vaccin komen. Een van de grote terugslagen is dat kortgeleden een belangrijk onderzoek met microbicide, dat wordt gebruikt om overdracht bij vrouwen te voorkomen, is gestopt, omdat er meer infecties voorkwamen bij degenen die dat gebruikten. Dat is een ernstige situatie en zeker een terugslag voor het onderzoek op dat terrein. Verder vraag ik aandacht voor de onderzoekskant. Nederland heeft in het verleden, tot ongeveer tien jaar geleden, een toonaangevende rol gespeeld op het gebied van onderzoek naar hiv en aids. Daarna is dat enorm snel verminderd, omdat er minder geld beschikbaar was. Ik denk dat het onderzoek in ontwikkelingslanden onvoldoende wordt gestimuleerd door Nederland en dat een stimulans zeer nuttig zou zijn.

Mevrouw **Van der Kroef**: Als wij willen reageren op wat iemand zegt, moeten wij dan wachten tot wij aan de beurt zijn? Hoe werkt dat?

De **voorzitter**: U moet even wachten op uw beurt. U kunt een korte reactie geven in uw eigen inleiding. Straks komt er een discussie tussen de Kamer en de sprekers. Als zij onderling willen discussiëren, is dat ook mogelijk.

De heer **Naterop**: Ik dank de vaste Kamercommissie voor de uitnodiging om de visie van Share Net te kunnen presenteren. Share Net heeft een presentatie ingezonden namens alle Share Net-leden. Die presentatie is tot stand gekomen na onderlinge afstemming tussen de leden van ons netwerk. Wij staan voor een aantal kernpunten. Een groot aantal kwetsbare groepen in de samenleving heeft nog steeds onvoldoende toegang tot informatie en preventieve middelen. Het betreft dan vooral vrouwen. Er vindt in toenemende mate feminisering van de aidsproblematiek plaats. Daarnaast gaat het om homoseksuelen, transgenders, drugsgebruikers en etnische en culturele minderheden. Er is meer inzet nodig om hen te bereiken. Dezelfde kwetsbare groepen hebben meer toegang nodig tot preventieve middelen, zoals condooms voor mannen en vrouwen en andere nieuwe middelen.

Daarnaast is er onvoldoende toegang tot behandeling en zorg, omdat er slechts door een kwart van de mensen die het echt nodig hebben, gebruik van wordt gemaakt. Er zijn goedkopere behandelregimes nodig voor de tweedelijnszorg en speciaal gericht op kinderen. Daarnaast zijn er nieuwe preventieve middelen nodig, zoals vrouwencondooms en microbicide. Er is ook een integrale aanpak nodig bij andere epidemieën, zoals TBC en malaria.

Er is een totale geïntegreerde aanpak van de aidsproblematiek nodig, waarbij wordt geïnvesteerd in de opbouw van een systeem voor gezondheidszorg en in de braindrain, het tekort aan gezondheidszorgpersoneel in ontwikkelingslanden. Wij moeten bekijken hoe wij kunnen voorkomen dat mensen die goed zijn opgeleid en die wat kunnen betekenen, wegtrekken uit die landen.

Het is belangrijk dat er bij de bestrijding van aids aandacht is voor de integratie met seksuele reproductieve gezondheid en rechten. De millen-

nium development doelen worden niet gehaald als die twee losgekoppeld worden, omdat zij onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

De Nederlandse overheid heeft in het verleden een heel sterke rol gespeeld en doet dat nog steeds. Wij zouden graag zien dat deze behouden blijft. Nederland zou die leiderschapsrol in de EU en ook internationaal op zich moeten nemen. Wij moeten ervoor pleiten dat de aidsambassadeur deze rol blijft vervullen. Op Europees niveau moet worden uitgedragen wat wij van belang vinden, dus de integratie tussen aids en sexually reproductive health, de opbouw van gezondheidssystemen en de nadruk op kwetsbare groepen.

Kamerleden kunnen ook een rol spelen door steeds te vragen naar mensenrechten en vrouwenrechten of door condooms voor mannen en vrouwen mee te nemen. Zij moeten gewoon uitdragen waar Nederland goed in is. Het gaat ook om strategieën voor harm reduction. Er moet nadruk worden gelegd op en worden geïnvesteerd in nieuwe preventieve technologieën.

Nederland heeft altijd een openhartige aanpak gehad. Ik denk dat wij daar trots op moeten zijn. Wij moeten vooral het leiderschap nemen om dat uit te dragen binnen de EU en internationaal.

Namens een aantal leden die niet zijn uitgenodigd, maar die wel een belangrijke rol spelen bij aidsbestrijding, wil ik het belang onderstrepen van strategieën voor harm reduction waarvan is bewezen dat zij werken. Het gaat dan om spuitomruilprogramma's en methadonverstrekking voor drugsgebruikers om het risico van infectie te verkleinen.

Nederland is ook heel goed bij nieuwe technologieën. Wij moeten inzetten op de ontwikkeling van het vrouwencondoom en van microbicide. Er is een aantal organisaties in Nederland werkzaam op deze terreinen.

Namens hen onderstreep ik het belang om daar in Nederland mee verder te gaan.

De komende jaren is er veel meer geld nodig: 22 mld. De leden van Share Net pleiten ervoor dat de Nederlandse overheid nog meer geld investeert in de aidsbestrijding en in seksueel reproductieve gezondheid en rechten. Het aidsbudget moet in de jaren tot 2010 worden verhoogd van 391 naar 600 mln.

Ik kan niet nalaten om nog iets op te merken over het huidige financieringsstelsel voor Nederlandse ngo's. De beleidsregels van het ministerie van Buitenlandse Zaken zijn veranderd met de komst van het mfs-systeem, dat op een aantal punten tekortschiet. Ik heb al gezegd dat deze brief tot stand is gekomen na afstemming met leden van het netwerk. Er is behoefte aan om via netwerken en innovatie te werken aan behoud en versterking van de capaciteit, maar met de introductie van het mfs is er geen mogelijkheid meer voor netwerken. Ik pleit ervoor om hier op korte termijn iets aan te doen.

Mevrouw **Dijkers**: Ik ben Sjoera Dijkers, directeur van Stop Aids Now. Wij werken met de organisatie van SOA Aids Nederland, het Aids Fonds en Stop Aids Now aan de nationale en internationale bestrijding van soa's, hiv en aids, omdat daar veel relaties tussen zijn. Mensen met een soa hebben een grotere kans op een hiv-besmetting en mensen met een hiv-besmetting hebben een grotere kans op soa. Wij integreren dat in één organisatie. Ik spreek mede namens mijn twee collega's, die instemmend knikken bij alles wat ik zeg, want ik ben de baas.

De **voorzitter**: U krijgt drie minuten.

Mevrouw **Dijkers**: Er is al veel gezegd over de ontwikkeling van de aids-epidemie. Feminisering is daarbij een belangrijk onderwerp, net als harm reduction. Een collega van ons is net terug uit Indonesië, met schrijnende foto's van jonge mensen die op vuilnisbelten verblijven. Zij hebben geen geld om te eten, maar wel voor intraveneus drugsgebruik. Zij zijn druk

bezig om met dat kleine beetje geld dat zij hebben, dope te kopen. Je ziet ze bij elkaar het hiv-virus injecteren. Er is heel weinig aandacht en geld voor programma's voor deze groepen waar zij heel erg nodig zijn. In Afrika zijn wij op grote schaal bezig met het verlenen van zorg. In Indonesië valt de pandemie nog te remmen. Er moet veel meer worden gedaan aan preventie bij dat soort kwetsbare groepen, waar over het algemeen weinig aandacht voor is, omdat zij zijn gemarginaliseerd in de samenleving. Nederland is goed in het opzetten van spuitomruilprogramma's en methadonprogramma's. Het is heel belangrijk om dat uit te dragen en voldoende te financieren.

Wat ook heel erg belangrijk is, en wat altijd lastig is, is praten over seks. Als je het over aids hebt en je durft niet over seks te praten met je counterparts, is dat heel lastig. Als wij het van een regenbuitje zouden krijgen, zou het al veel simpeler zijn. Dan zou de aidsepidemie al een stuk verder zijn in haar ontwikkeling. Maar dat is het niet. Dat maakt aids ook voor ontwikkelingsorganisaties gewoon een ingewikkeld onderwerp om met hun partners over te praten. Ik neem aan dat dit ook voor de politiek geldt. Er ligt een heel belangrijke relatie tussen armoede en aids. Wij moeten met z'n allen de mdg's halen. Dit kabinet wil ook een inhaalslag maken. Dat ondersteun ik van harte. Maar het heeft niet zo veel zin om een inhaalslag te maken als je niet aan elke mdg een aidscomponent toevoegt. Geen economische ontwikkeling zonder aandacht voor aids. Niet alle kinderen naar school zonder aandacht voor aids van de onderwijzers, waardoor op grote schaal onderwijzend personeel uitvalt. Mdg's worden niet gehaald als wij op dat gebied onze inzet niet verhogen.

Wij weten nog niet helemaal wat de prioriteiten van de nieuwe minister zullen zijn, maar wij zouden het heel erg fijn vinden als hij ook vanuit de Kamer gevoed wordt om aids hoog op de agenda te houden. Daar heeft hij jullie heel erg hard voor nodig. Wij doen een beroep op jullie om deze minister bij de les te houden waar het gaat over hiv en aids. Ik ken zijn voorkeur voor internationale vrede- en veiligheidsonderwerpen, maar dat is natuurlijk de Verhagen-agenda. Je weet het niet bij hem. Ik vind het erg spannend. Maar als ik jullie een advies mag geven: alsjeblieft, pak hem! Hij heeft het volgens mij zo nodig om vanuit de Kamer en vanuit het maatschappelijk middenveld op dit gebied ondersteund te worden.

Ons werd gevraagd om een stelling. Aids vergt een pragmatische aanpak. Je ziet dat de Bush-regering met heel veel geld en heel veel mensen in Afrika en andere plekken op de wereld kan helpen, maar er zit altijd nog een «maar». Seks binnen het huwelijk wordt als juist gezien; seks buiten het huwelijk niet. Als je dan hiv oploopt, stigmatisering, er komt van alles omheen. Het gaat om een pragmatische aanpak. Dat vergt het durven doen van uitspraken over de katholieke kerk die niet zo heel erg pragmatisch is in zijn aanpak van het probleem. Dat vergt het lef om uitspraken te doen over de Bush-agenda waarbij de aanpak niet zo pragmatisch is. Dat vergt een specifiek gevoel over wat je wel en niet kunt zeggen. Maar wat móét er vooral gezegd worden? Er moet wat gezegd worden over harm-reductie, er moet wat gezegd worden over de veiligheid. Aids vergt een pragmatische aanpak.

Mevrouw **Keizer**: Ik sluit mij aan bij alles wat de vorige sprekers hebben gezegd. Daarnaast wil ik graag nog het volgende opmerken. Er werd gevraagd om stellingen. Wat kunnen jullie van de Nederlandse regering vragen? Het is heel belangrijk om de minder ontwikkelde landen te ondersteunen in hun strijd tegen aids. Daarnaast moeten Westerse landen investeren in meer kennis over aids. Dan gaat het bijvoorbeeld over vaccins en microbicide, maar ook over meer kennis over medicijnen en dergelijke. Daarnaast werd net al even de link tussen de epidemie in Nederland en Suriname genoemd. Diezelfde link bestaat tussen Nederland en de Nederlandse Antillen. Hoewel er geen formele verantwoordelijkheid bestaat, wil ik ook wel de stelling poneren dat Nederland wel

verantwoordelijkheid zou moeten nemen voor deze epidemie op de Antillen. Op dit moment wordt daar bijvoorbeeld niet op een constructieve manier aan preventie gedaan. De medicijnen zijn heel duur en men kan niet rekenen op hulp. Illegalen krijgen absoluut geen zorg.

De **voorzitter**: Dank u wel voor deze toevoeging.

Dan gaan wij nu over naar de vertegenwoordigers van het Koninklijk Instituut voor de Tropen. Daarvoor zijn mevrouw Jenniskens en mevrouw Wegelin-Schuringa aanwezig. Een van hen krijgt het woord.

Mevrouw **Jenniskens**: Met uw toestemming, wij willen ieder ongeveer anderhalve minuut spreektijd nemen.

Er zijn hier al een heleboel dingen genoemd die voor ons ook buitengewoon belangrijk zijn. Het KIT onderschrijft de brief die door Share Net is gezonden. Alle aspecten die daarin naar voren komen, zijn voor ons ook heel erg belangrijk. Wij willen specifiek nog aandacht vragen voor de health systems. Onder druk van het zorgen voor een goede behandeling, preventie en zorg speelt de health sector een heel belangrijke rol. Wij zien dat de health sector, door de druk als gevolg van alle nieuwe programma's die ze moeten uitvoeren, er op dit moment eigenlijk een beetje aan onderdoor gaat. De braindrain is al aangestipt, maar in een heleboel landen worden er bijvoorbeeld ook te weinig gezondheidswerkers opgeleid. Ik wil dus ook graag aandacht vragen voor een versterking van de opleidingscapaciteit voor gezondheidswerkers in het zuiden. Daarmee bedoel ik zowel nurses als midwives. Maar het geldt ook voor artsen, laboranten en farmaceuten. Je ziet op het moment dat veel van die functies niet ingevuld kunnen worden. Mensen worden uit andere Afrikaanse landen of vanuit het noorden weggetrokken. Ik denk dus dat het heel belangrijk is om geld te geven om te kunnen investeren in die tertiaire opleidingen. Dat is er namelijk over het algemeen niet.

Een ander belangrijk aspect is dat de National AIDS Coordination Committees, die de heel brede aanpak van hiv/aids in de landen moeten aansturen, moeite hebben om dat op een geharmoniseerde manier te doen vanwege het verschil in aanpak door de verschillende donoren. PEPFAR, Global Fund, allerlei andere bilateralen en de UN hebben allemaal hun eigen regels, hun eigen accounting systems en hun eigen monitoring en evaluationsystems. Je ziet dat de mensen op nationaal niveau er eigenlijk aan onderdoor gaan, omdat zij dat bijna niet meer kunnen doen. Ze komen alleen maar toe aan de taak van rapporteren en hebben geen tijd voor de taak van coördineren. En die coördinatie is juist zo hard nodig om de uitvoering van al die programma's goed voor elkaar te krijgen. Wij vragen dus ook speciale aandacht voor de ondersteuning van de nationale coördinatiemechanismen.

De heer Coutinho heeft ook al gewezen op het onderzoek. Er is op dit moment veel meer onderzoeksgeld nodig, met name ook om te kijken naar de drivers van de epidemie. Wij weten eigenlijk nog veel weinig over de wijze waarop met name lokale epidemieën zich gedragen en wat daarbinnen de drivers zijn. Er is over het algemeen vrij weinig geld om daarachter te komen. Wij willen erop wijzen dat dit belangrijk is, juist om op dat lokale niveau zinvolle en effectieve programma's uit te voeren.

Mevrouw **Wegelin-Schuringa**: Ik wil iets zeggen over de lokale epidemieën. Wij zien op dat niveau dat als communities en gemarginaliseerde groepen empowered worden om hun eigen plan en preventie te trekken, dat veel beter werkt dan een top-downapproach van ABC (Abstinence, Being faithful and use Condoms), omdat er op lokaal niveau culturele verschillen zijn. Waarom hebben mensen seks? Dat is niet alleen maar omdat het leuk is om seks te hebben, maar seks heeft ook een heleboel andere functies. De ABC-methode die veelal gebruikt wordt, zowel in Afrika als in Azië, geeft weinig ruimte voor die culturele aspecten. De

methode waarmee de ngo's via het mfs-systeem gefinancierd worden, geeft ook weinig ruimte. Dat is allemaal een vrij kortetermijnfinanciering. Wij zien dat het voor groepen een heel langdurig proces is om hun eigen plan te trekken. Die kortetermijnfinanciering helpt daar absoluut niet bij. Een van de mogelijkheden die je dan zou kunnen hebben, is dat je Small Grants Programs organiseert. Maar die moeten dan een veel langere termijn hebben. Wij zien dat veel geld op lokaal niveau naar de grotere ngo's gaat. Die worden dan weer aangestuurd door andere ngo's. Daardoor ontstaat er een soort van top-downmechanisme, terwijl je liever een bottom-upmechanisme zou willen hebben. Maar door het hele accountabilitysystem dat ook in het mfs is voorgeschreven, krijg je daarvoor heel weinig flexibiliteit.

De **voorzitter**: Dank u wel voor deze inleidingen. Wij zijn binnen het halfuur gebleven. Er blijft dus een halfuur over voor discussie. Namens de VVD is de heer Bokestijn aangeschoven. Er zijn nu zes Kamerleden aanwezig. Ik stel hen voor om allen één vraag te stellen en ook duidelijk aan te geven aan wie zij deze vraag richten. Als zij twee vragen hebben, kunnen zij er één doorgeven aan hun buurman of buurvrouw. Ik geef het woord aan de heer Irrgang.

De heer **Irrgang**: Ik dank allen voor hun bijdrage aan deze hoorzitting. Ik wil een vraag stellen aan de heer Coutinho. Welke rol kan het vrouwencondoom spelen? Daar hoor je verschillende geluiden over. Kan hij daar iets over zeggen?

De heer **Coutinho**: Ik weet niet of ik degene ben die daar het meeste over kan zeggen. Ik denk dat u dat beter aan een vrouw kunt vragen. Er is veel discussie geweest over het vrouwencondoom. Het is een mogelijkheid, omdat daarmee de bescherming in eigen hand wordt gehouden. Voor zover ik weet, is het vanwege allerlei redenen nooit op grote schaal populair geworden. Volgens mij kun je niet van het vrouwencondoom verwachten dat daarmee het antwoord wordt gegeven. Ik laat het graag over aan iemand anders die daar vast meer over zal kunnen zeggen.

Mevrouw **Van der Kroef**: Het vrouwencondoom is nog niet op grote schaal in gebruik. In sommige Afrikaanse landen is dat overigens wel het geval. Er zijn een paar problemen met het vrouwencondoom. Het is onder andere veel te duur. Het zou geproduceerd moeten worden op een goedkopere manier in goedkopere landen. Het wordt in Londen geproduceerd. Dat ligt natuurlijk wel in het duurste land van de wereld. Het is niet voor iedereen ideaal, maar het blijkt bijvoorbeeld voor veel prostituees heel prettig bruikbaar. Ik denk dus ook dat je gewoon een mix van preventieve middelen moet hebben. Ook in de anticonceptie blijkt dat hoe meer keuzes men heeft, hoe meer mensen dingen gebruiken kunnen. Niet alles is immers toegesneden op één soort persoon. Ik denk dus dat het vrouwencondoom belangrijk is. Het moet ontwikkeld en gepromoot worden en het moet goedkoper worden. Een bepaald soort microbicide heeft in een onderzoek weliswaar een terugslag gekregen, maar er zijn andere microbicides in productie die veel beloftevoller zijn. Nederland financiert juist die microbicides. Dat zijn microbicides waarin een lage dosis virusremmend middel zit. Op dat gebied is er dus meer hoop. Dat duurt wel langer. Dat betekent wel dat Nederland de financiering moet volhouden, ook als er zo nu en dan een bericht is over een ander minder veelbelovend product dat tegengevallen is. Dat betekent niet dat je meteen met ander microbicideonderzoek moet stoppen. Ook microbicides geven vrouwen een keuze. Het belangrijkste is dat het een vrouw de mogelijkheid geeft om zwanger te worden terwijl zij zich wel kan beschermen tegen hiv. Voor

heel veel vrouwen is dat buitengewoon belangrijk. Dat is een van de belangrijkste redenen om te proberen een goede microbicide te ontwikkelen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Ferrier van de CDA-fractie.

Mevrouw **Ferrier**: Ik dank alle inleiders voor hun betrokkenheid, voor hun belangrijke informatie. Het is erg jammer dat wij maar één vraag mogen stellen. Verschillende woordvoerders hebben aangegeven hoe belangrijk de rol is van de lokale overheden en de counterparts bij bijvoorbeeld de harmreductie, de preventie in Suriname en op de Nederlandse Antillen en de capaciteitsopbouw van gezondheidswerkers ter plaatse. Waar schort het nu precies aan? Waar zouden wij als volksvertegenwoordigers op moeten inzetten om vanuit Nederland dat punt aan te pakken? Ik stel deze vraag aan mevrouw Dijkers. Misschien willen ook anderen er iets over zeggen.

Mevrouw **Dijkers**: Het is belangrijk om aids prioritair te maken in de sectorbenadering. Dat kan vanuit de Kamer worden gedaan. Ook bij ontwikkelingsorganisaties die binnen het mfs gefinancierd worden, moet aids voor het voetlicht worden gebracht. Verder zijn er clubs die momenteel nog weinig doen met aids maar wel veel met lokale organisaties werken. Ik noem bijvoorbeeld VNG en SNV. Die organisaties werken op lokaal niveau aan het mobiliseren van lokale overheden. Als daarin wordt geïnvesteerd, specifiek op het gebied van hiv en aids, dan zou dat kunnen helpen.

Mevrouw **Wegelin-Schuringa**: Ik ben op dat niveau bezig geweest. In veel landen is sprake van een decentralisatiestructuur waardoor de verantwoordelijkheid bij lokale overheden is gelegd. Daar is echter vaak geen budget aan verbonden. Bovendien weten die lokale overheden vaak niet hoe zij hun rol in harmonisatie en coördinatie het beste kunnen aanpakken. Een reden hiervoor is ook dat niet alle geldstromen via de overheid lopen maar via de ngo's op dat niveau. Die worden daardoor veel machtiger. Als de lokale overheden geen geld krijgen om het harmonisatieproces op gang te brengen, dan spreek je over kikkers in een emmer. Dat is heel slecht. Ook binnen het Wereldbank/MAP wordt erkend dat op lokaal niveau veel meer capaciteit moet worden opgebouwd. Dat komt echter te weinig naar voren, mede omdat het op lokaal niveau vaak geen prioriteit is; aids wordt toch weggedrukt.

De heer **Coutinho**: In het algemeen is het niet gemakkelijk om een antwoord op de vraag te bedenken. Het is van belang om te kijken naar de kracht van de lokale overheden. Die kracht is in Afrika heel gering in bepaalde situaties. Helaas moet je het in veel omstandigheden ook niet hebben van die overheden omdat deze in bepaalde landen slecht functioneren of corrupt zijn. Dat speelt in een aantal landen een rol. Het moet dus niet altijd allemaal via de overheden gaan. Er is dus ook geen eenduidig antwoord mogelijk. Per land verschilt dat antwoord en is het afhankelijk van de lokale situatie.

De **voorzitter**: Dit is een belangrijk onderwerp maar er zijn veel Kamerleden die vragen willen stellen. Ik stel dus voor om naar de volgende vraag te gaan. Als er tijd overblijft, kunnen wij op dit punt terugkomen.

De heer **Voordewind**: Ik dank de aanwezigen ook van mijn kant voor hun komst en voor het delen van de buitengewone ervaringen. Ik stel graag een vraag aan de heer Naterop over het medefinancieringssysteem, het mfs. Ik begrijp dat het themasysteem wordt uitgefaseerd. Ik neem aan dat

de heer Naterop met zijn kritiek op het huidige stelsel refereert aan het themastelsel dat wij voorheen hadden waarin wel de mogelijkheid zat om aids gebundeld te coördineren. Ik hoor graag van de heer Naterop waar in het huidige stelsel de mankementen zitten. Zijn de afvaardigingen van de ngo's die hier aanwezig zijn van mening dat er te weinig geld naar de ngo's gaat om op lokaal niveau, buiten de overheden om, te stimuleren ten voordele van het multilaterale kanaal? Ik probeer vandaag onder meer te achterhalen hoe die balans is en wat de meningen daarover zijn.

De heer **Naterop**: Hartelijk dank voor deze vraag. Ik zal daar graag een antwoord op geven. Ik wilde hierop al bij de vorige vraag ingaan. Ik benadruk op het punt van budgetfinanciering naar de lokale overheden dat Nederland in het verleden ook rechtstreeks geld gaf aan buitenlandse ngo's. Het was een enorm voordeel om op die manier de capaciteit in die landen te versterken. In veel ontwikkelingslanden is de overheid niet een heel machtige of effectieve speler. Ik beschouw het als een kans om opnieuw te bezien of dat weer mogelijk is.

Over het mfs merk ik het volgende op. Er is inderdaad een aantal tekortkomingen ten opzichte van het voorgaande tmf, waardoor een aantal ngo's benadeeld wordt. Het gaat dan met name om netwerkorganisaties en om organisaties die innovatief werken. Het mfs is eigenlijk een financieringsstelsel waarbij grote en kleine organisaties op één hoop zijn gegooid op basis van goede argumenten, dat wel, namelijk verhoging van de effectiviteit en meten van het resultaat. Dat zijn nog steeds belangrijke argumenten en daar moet aan worden vastgehouden. Dat zijn de goede aspecten van het mfs. Als tekortkomingen gelden voor een aantal organisaties de drempelcriteria; die zijn aangescherpt waardoor sommige netwerkorganisaties niet meer kunnen meedoen binnen het nieuwe financieringsstelsel. Het gaat om organisaties die werken aan capaciteitsversterking en -vergroting binnen Nederland van de ngo's die in Nederland vertegenwoordigd zijn en onder meer werken op het gebied van hiv/aids. Wij werken aan het effectiever maken van ngo's binnen Nederland en aan het vergroten en behouden van hun kennis. Wij werken ook aan afstemming binnen de ngo's. Een netwerkorganisatie valt nu gewoon buiten het mfs.

Het mfs is een financieringsstelsel dat speciaal bedoeld is voor een aantal jonge en innovatieve organisaties. Veel jonge en innovatieve organisaties kunnen echter niet voldoen aan de eisen. Daarmee krijgen nieuwe jonge organisaties, die goed werk kunnen verrichten, eigenlijk geen kans om financiering te krijgen. Ik meen dat opnieuw bekeken moet worden op welke manier de eisen voor deze jonge organisaties aangepast kunnen worden.

De heer **Voordewind**: Ik stelde nog een vraag, over de verhouding tussen multilateraal en particulier.

Mevrouw **Van der Kroef**: Bij aids en seksuele gezondheid moet «out of the box» gedacht worden. Eigenlijk moet met criteria worden gekeken of geld op de goede plekken terecht komt. Die plekken kunnen multilateraal of lokale ngo's zijn, maar er moet vooral naar die criteria worden gekeken. Daarop moet steeds worden getoetst. Overigens gaat het dan niet alleen om expliciete aidsprojecten. Een project voor vissers in Afrika kan een workplace policy bevatten zodat het aantal vissen dat een vrouw krijgt om op de markt te verkopen niet afhangt van haar bereidheid om met de visser naar bed te gaan. Die geïntegreerde manier van kijken, is best gecompliceerd en past niet in een vakje. Aids past zich niet aan aan goed bestuur en houdt zich niet aan grenzen. De mondialisering pompt aids de wereld rond. Daarom moet op nieuwe manieren moet naar alle projecten worden gekeken.

De **voorzitter**: Ik dank u voor deze toevoeging. Ik geef het woord aan de heer Van der Staaij van de SGP-fractie.

De heer **Van der Staaij**: Ik stel graag een vraag aan mevrouw Dikkers naar aanleiding van de stelling die zij innam namens een groot aantal organisaties dat het geld dat door de Nederlandse overheid beschikbaar moet worden gesteld, moet groeien naar 600 mln. in 2010. Kan zij die stelling nader toelichten? Is die absorptiekwaliteit daadwerkelijk aanwezig? Waar is dat bedrag op gebaseerd? In het verleden is sprake geweest van een verdubbeling. Om te prikkelen, vraag ik: is de reactie op de constatering dat het om een belangrijk onderwerp gaat niet steeds dat het beschikbare bedrag verdubbeld moet worden?

Mevrouw **Dikkers**: Ik zie een verdubbeling van de verdubbeling van de verdubbeling heel graag tegemoet. De heer Naterop van Share Net gaf al aan dat er veel meer geld nodig is. Het bedrag moet naar verschillende plekken. Het kan voor een belangrijk deel naar het Global Fund; die organisatie kan de noden goed overzien. Een deel van het geld moet naar ontwikkelingsorganisaties, die zorg kunnen verlenen en preventieprogramma's organiseren. Er moet veel meer geld naar vaccinonderzoek. Er is dus in totaal veel meer geld nodig. Om die reden is een verdubbeling noodzakelijk.

De heer **Van der Staaij**: Gelet op hetgeen allemaal aan beleid gebeurt op het terrein van preventie, zorg et cetera, zoals de aidsnotitie die een aantal jaren geleden door de Kamer is besproken, vraag ik mevrouw Dikkers of het vooral een kwestie van nieuw geld is. Zijn er wellicht ook nieuwe accenten nodig in het bestaande beleid?

Mevrouw **Dikkers**: Er zijn interessante nieuwe ontwikkelingen gaande, zoals het Health Insurance Fund waarmee mensen een ziektekostenverzekering krijgen. Ik zie de heren van het Health Insurance Fund aan de overkant zitten en ik neem aan dat zij in de volgende ronde nog aan bod komen. Er zijn nieuwe innovatieve ontwikkelingen gaande, zoals het workplace policy; organisaties, bedrijven en overheid voeren daarmee een eigen beleid waarmee de eigen mensen van medicijnen worden voorzien, voorlichting krijgen aangeboden en preventieprogramma's kunnen volgen. Er zijn dus veel nieuwe, innovatieve ontwikkelingen. Het gaat echter vooral om het opschalen van wat al gebeurt. Er moet echt veel meer gebeuren en daar is echt veel meer geld voor nodig.

Mevrouw **Koşer Kaya**: Ik maak mij grote zorgen om Oost-Europa, onze achtertuin, waar veel meer gebeurt waarin veel meer geïnvesteerd moet worden. Ik wil precies weten wat wij kunnen doen en hoe de problemen daar het beste kunnen worden aangepakt. Daarbij zijn ook de culturele seksuele aspecten aan de orde. Die moeten uitgebreider aan de orde komen omdat ik niet weet met welke culturele, al dan niet Westerse, blik daarnaar moet worden gekeken. Ik meen dat op dat punt een groot probleem aan de orde is.

De **voorzitter**: Tot wie richt u zich?

Mevrouw **Koşer Kaya**: Met mijn laatste vraag tot mevrouw Dikkers.

De **voorzitter**: En met het eerste gedeelte van uw vraag?

Mevrouw **Koşer Kaya**: Ik geloof dat de heer Coutinho daarover heeft gesproken.

De **voorzitter**: Ik geef dan eerst het woord aan de heer Coutinho.

De heer **Coutinho**: In ongeveer 1995 is door het uiteenvallen van de Sovjet-Unie een grote epidemie van injecterend druggebruik ontstaan in de meeste landen in Oost-Europa. Dat gebruik heeft grote vormen aangenomen, vooral omdat er veel handel in heroïne heeft plaatsgevonden. De drugsgebruikers in Oost-Europa zijn sterk gemarginaliseerd en leven onder zeer slechte omstandigheden. In Europa zijn die omstandigheden al slecht maar deze zijn niet te vergelijken met die in de landen van de voormalige Sovjet-Unie. Het delen van spuiten en naalden speelt daarin een belangrijke rol. In een aantal Oost-Europese landen zijn wel wat initiatieven geweest voor spuitenomruil maar er is grote weerstand tegen methadonverstrekking. In China gebeurt dat op dit moment wel op grote schaal. De reden van de weerstand is het idee dat met methadonverstrekking het druggebruik wordt geaccepteerd. De mogelijkheden om daar vanuit andere landen wat aan te doen, zijn beperkt. Het gaat immers om politieke beslissingen. Ik meen wel dat beïnvloeding heel nuttig is. Nederland zou daarin een rol kunnen spelen, zolang niet al te moraliserend wordt gedaan in de zin van dat wij het zoveel beter doen dan andere landen. Er moet meer een lijn worden gevolgd waarvoor ook door andere landen is gekozen: methadon verstrekken en integraal hulp verstrekken aan drugsgebruikers. Het gaat dus niet alleen om het opzetten van spuiten-omruil of methadon, maar om geïntegreerde programma's met hulp aan drugsgebruikers.

Daarnaast bestaat het grote risico van verspreiding naar heteroseksuelen, allereerst naar partners van drugsgebruikers. Dat zijn relatief vaak vrouwen waardoor er veel transmissie van moeder op kind plaatsvindt. Het is niet goed te voorspellen of dit leidt tot een grote, heteroseksuele epidemie in Oost-Europa. De meeste mensen verwachten dat dat niet het geval zal zijn, maar het is ook niet uitgesloten; er komen toch veel seksueel overdraagbare aandoeningen voor. Om een indruk te geven van de getallen merk ik op dat in bepaalde Baltische staten wordt ingeschat dat meer dan 1% van de hele bevolking injecterend druggebruiker is. Het gaat om gigantische aantallen. Voor ons is dat zeker van belang, met name vanwege de Oostkant en de relatie daarmee.

Mevrouw **Keizer**: Het is heel belangrijk om in Oost-Europa in «harm reduction» te investeren. Het is echter jammer dat van «harm reduction» altijd heel snel een politiek discussiepunt wordt gemaakt, waarbij je voor of tegen bent, omdat het om heel praktische maatregelen gaat. Er is niet altijd meteen sprake van substitutiebehandeling; het kan ook gaan om het promoten van veiliger drugsgebruik. In Oost-Europa en de voormalige Sovjetrepublieken is de gezondheidszorg slecht. De toegang tot behandeling ligt heel laag en er is geen samenwerking tussen de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg. Daarin kan veel worden geïnvesteerd.

De **voorzitter**: Het is moeilijk in dit huis ertoe op te roepen, de zaak niet al te politiek te maken.

Voor een reactie op het tweede deel van de vraag van mevrouw Koşer Kaya, over seksuele culturele aspecten, geef ik het woord aan mevrouw Wegelin.

Mevrouw **Wegelin-Schuringa**: Voorzitter. Ik geef een praktisch voorbeeld. Bij het KIT geven wij masteropleidingen Public Health, vooral aan mensen die uit Afrika komen. Dit zijn veelal dokters, die een jaar bij ons blijven. Daardoor leren wij hen goed kennen. Een studente uit Zambia, een arts, zei na zeven maanden tegen mij: ik kan gewoon zien aan alle vrouwen hier dat zij heel lang geen seks hebben gehad, want sperma geeft niet alleen levensvreugde, maar maakt mensen gezond. Dat is een heel culturele manier om naar seks te kijken, en dan ga je dus geen condoom gebruiken, want dan word je niet gezond. Op elke locatie zijn er

weer andere redenen om seks te hebben. Al die redenen spelen een rol in de wijze waarop mensen bepalen hoe zij hiermee omgaan. Daarom is het zo belangrijk om de gemeenschappen te faciliteren hun eigen plan te trekken. Een buitenstaander kent niet hun specifieke culturele omstandigheden.

De **voorzitter**: Op uw prikkelende stelling heeft mevrouw Van der Kroef iets te zeggen, evenals professor Coutinho. Het woord is aan mevrouw Van der Kroef.

Mevrouw **Van der Kroef**: Het is goed dat mensen hun culturele verschillen hebben, maar er zijn wel grenzen. Die worden bepaald door de mensenrechten en de rechten van vrouwen, en hun gezondheid. Je kunt dus wel degelijk met pragmatische oplossingen komen en aanbieden wat nodig is om een en ander veilig te doen. Ook kun je mensen handvatten geven om binnen de culturele context het nodige te doen. Het zou niet goed zijn om met elke culturele beweging mee te gaan.

De heer **Coutinho**: Binnen de Europese Unie vraagt met name Duitsland nogal krachtig aandacht voor Oost-Europa. Men heeft daar ook belang bij, omdat men daar dicht in de buurt zit. Tijdens een conferentie in Bremen is niet zo lang geleden de situatie in Oost-Europa opnieuw heel nadrukkelijk over het voetlicht gebracht. Het lijkt mij heel zinvol om bij dat initiatief aan te sluiten. Niet alleen Nederland, maar met name ook de Europese Unie zou in Oost-Europa een rol kunnen spelen. Voor een deel gaat het over politieke aangelegenheden, en het beïnvloeden van de politiek in Oost-Europa met betrekking tot drugsgebruikers is van groot belang. Het is zinvol om de «harm reduction approach» op kleine schaal te stimuleren, maar daarnaast is de politieke beïnvloeding van de landen om dit toe te staan ook zonder meer zinvol.

Mevrouw **Koşer Kaya**: Natuurlijk moet je rekening houden met culturele aspecten en de mensenrechten en de rechten van vrouwen voorop stellen, maar ik hoor mevrouw Wegelin nu wel zeggen dat wij af moeten van de ABC-methode en een veel pragmatischer oplossing moeten zoeken.

Mevrouw **Wegelin-Schuringa**: De ABC-methode is een van de methoden; daar moeten wij niet van af. Ik ben het met mevrouw van der Kroef eens dat wij binnen het kader van mensenrechten, vrouwenrechten en «empowerment» moeten werken. Dit betekent echter ook dat je aangeeft welke mogelijkheden er zijn om jezelf te beschermen. Binnen het scala van mogelijkheden moeten de mensen vervolgens zelf hun plan trekken. Dit is een langdurig proces, want mensen weten zelf het beste hoe zij met een en ander kunnen omgaan. Als je de politie en andere «gate keepers» niet mee betreft in de aanpak van de «harm reduction», gaat het ook fout.

De heer **Bokestijn**: Ik wil een vraag stellen aan professor Coutinho. Om aids daadwerkelijk te bestrijden heb je niet alleen de beschikbaarheid van meer preventieve middelen en aidsremmende medicijnen nodig, maar ook een mentaliteitsverandering. Uit sociaalwetenschappelijk onderzoek weten wij dat een mentaliteitsverandering het allermoeilijkste is wat je kunt bewerkstelligen. Dit maakt dat wij vrij somber zijn over de slagingskansen. Culturele verankering maakt het nog veel moeilijker. Dit heeft te maken met de positie van de vrouw in de samenleving en met het feit dat men over seks niet wil praten. Natuurlijk zijn mensenrechten heel belangrijk, maar niet in alle culturen wordt daarover hetzelfde gedacht. Professor Coutinho schrijft dat in West-Afrika hiv/aids veel minder wijd verspreid is dan in Zuid-Afrika. Zou het wellicht verstandig zijn om, naast het bewandelen van de medische weg, onderzoek te doen naar de culturele factoren

die aanvaarding van preventieve middelen in de weg staan? Waarom lukt het in West-Afrika wel? Waarom is het mogelijk geweest om in landen als Oeganda, Kenia en Ethiopië het gedrag te veranderen? Dat is geen medisch onderzoek, maar antropologisch sociaalwetenschappelijk onderzoek. Dit is heel belangrijk.

De heer **Coutinho**: Ik ben het met u eens dat het bewerkstelligen van een mentaliteitsverandering heel moeilijk is. Het is nog steeds onduidelijk waarom in bepaalde gebieden van Afrika de verspreiding zo veel sneller heeft plaatsgevonden dan in andere gebieden. Er is op dat terrein een groot aantal onderzoeken verricht, waarbij vergelijkingen zijn gemaakt tussen alle mogelijke factoren, onder ander gedrag. Uit dit onderzoek is echter niet heel duidelijk gebleken waarom er zulke enorm grote verschillen zijn. Bepaalde factoren zijn van belang, zoals mannen-besnijdenis. Ook spelen andere zaken een zekere rol. Het is echter ook heel goed mogelijk dat allerlei genetische factoren een rol spelen, die moeilijk beïnvloedbaar zijn.

Het is een interessante vraag waarom bepaalde landen het beter doen dan andere. Voor een aanzienlijk deel heeft dat volgens mij te maken met het voorbeeld dat de leiders geven. U kent de situatie in Afrika: een deel van de landen wordt buitengewoon slecht bestuurd, door leiders die alleen uit zijn op hun eigen voordeel of dat van hun naasten. Er zijn ook andere voorbeelden, van Afrikaanse leiders die een belangrijke rol hebben gespeeld door te laten zien dat zij de aanpak van hiv belangrijk vinden. Zij durven bijvoorbeeld ook te zeggen dat hun familieleden of anderen zelf hiv hebben gehad. De voorbeeldfunctie is volgens mij in Afrika altijd zeer belangrijk. De landen die het het beste doen, zijn de landen waar de voorbeeldrol belangrijk is. Het is nog steeds onduidelijk waarom de situatie in Zuidelijk Afrika bijzonder slecht is. Zuid-Afrika zelf heeft een zeer slechte voorgeschiedenis, maar het blijft moeilijk om er precies de vinger op te leggen.

Uw pleidooi voor meer onderzoek ondersteun ik krachtig. Ik weet niet of dit alleen sociaalwetenschappelijk onderzoek betreft; het moet vooral binnen de eigen context plaatsvinden, want buitenlanders kunnen moeilijk ter plaatse belangrijk sociaalwetenschappelijk onderzoek uitvoeren. Ik denk dat er voor Afrika zelf mogelijkheden liggen, die wij zouden moeten zien te versterken.

Mevrouw **Jenniskens**: Ik wil graag nog even ingaan op een vraag van de heer Van der Staaij over het besteden van steeds meer geld aan aids. Op dit moment werkt de preventie niet goed genoeg; er komen steeds nieuwe infecties bij. Elk jaar stijgt dit aantal nog. Het aantal mensen dat behandeld kan worden stijgt ook, maar dit blijft ver achter bij de nood. Het bedrag dat nodig is om te proberen de epidemie effectief te bestrijden zal daarom de komende jaren exponentieel moeten groeien. Vorig jaar was er voor het eerst min of meer genoeg geld, gemeten naar de internationale schattingen van de behoefte. Veel programma's zijn veel beter gaan lopen en er zijn veel meer mensen bereikt. Dit jaar is er alweer een tekort van meer dan 10 mld. Volgend jaar is dat 22 mld. en het jaar daarop 28 mld. De stijging blijft er dus in zitten. De Kamer zal dan ook steeds het verzoek blijven krijgen om meer geld te besteden aan hiv/aids, en te bezien welke kanalen daarvoor het meest geschikt zijn. Het Global Fund, bijvoorbeeld, wordt door een heleboel Nederlandse organisaties gesteund, omdat dit een groot bereik heeft, uiteenlopend van de publieke sector tot de ngo's.

De **voorzitter**: Er is nog tijd voor een tweetal opmerkingen, van mevrouw Keizer en van de heer Naterop.
Het woord is aan mevrouw Keizer.

Mevrouw **Keizer**: Ik wijs op de consensus van Kopenhagen uit 2004. Bekende ontwikkelingseconomen uit de hele wereld zijn toen bij elkaar gaan zitten om te bezien welke investering het meest bijdraagt tot het oplossen van de armoede in de wereld. Zij hebben toen met elkaar vastgesteld dat een investering in de bestrijding van aids het meeste rendabel zou zijn.

De heer **Naterop**: Ik wil nog een korte aanvulling geven op het punt van de culturele aspecten. Het is inderdaad enorm moeilijk om gedragsverandering te bewerkstelligen. Daarom is het volgens mij van groot belang om te investeren in goed onderwijs voor jongens en meisjes. Als je vroeg begint, kun je veel bereiken. Ik denk dat jonge vrouwen getraind moeten worden om zich weerbaarder op te stellen en om nee te durven zeggen en te onderhandelen in de seksuele relatie. Dat kan door middel van trainingen op school. Er moet al vroeg voorlichting worden gegeven. Dat geldt ook voor jonge mannen. Zij moeten worden gewezen op hun verantwoordelijkheid en op het gebruik van condooms. Wat betreft de impact van het hiv-virus merk ik op dat uit een van de onderzoeken naar voren komt dat er in Zuidelijk Afrika misschien sprake is van een andere variant van het hiv-virus, met een kortere incubatietijd. Er zijn ook heel veel andere onderzoeken, die het tegenovergestelde uitwijzen. Onderzoek op het gebied van cultuur is belangrijk, evenals onderwijs. Investeren in onderwijs maakt deel uit van de integrale aanpak die wij moeten nastreven.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van de eerste ronde. Namens de aanwezige Kamerleden bedank ik de inleiders voor hun bijdragen.

De hoorzitting wordt enkele ogenblikken geschorst.

Rondetafelgesprek met:

World Population Foundation (WPF)

- mevrouw Y.C.M. Bogaarts;

WEMOS

- mevrouw E. Verheul;
- mevrouw A. den Boer.

Health Insurance Fund/Pharmaccess International

- prof. J. Lange;
- de heer O. Schellekens;
- de heer C. van der Vorm.

Oxfam/Novib

- mevrouw A. Peters;
- mevrouw S. Dewkalie.

International Civil Society Support (ICSS) / GFATM

- de heer P. van Rooijen (manager ICSS en pport ICSS) en ngo-delegatielid van het Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM).

KNCV Tuberculosefonds

- de heer M. Borgdorff (directeur).

De **voorzitter**: Ik heropen deze hoorzitting. Wij zitten met veel mensen aan tafel. Ik heet u allen hartelijk welkom hier. Wij zijn als Kamer zeer verheugd met uw komst. Helaas hebben wij slechts een uur de tijd en daarom verzoek ik u allen om kort enkele prikkelende stellingen aan de Kamer door te geven. Ik geef voor ieder blokje drie minuten. Als eerste geef ik het woord aan professor Lange namens het Health Insurance Fund.

De heer **Lange**: Ik praat zowel voor de Pharmaccess Foundation als voor het Health Insurance Fund. Ik zal eerst in het kort iets vertellen over de Pharmaccess Foundation die in 2000 is opgericht om aidsbehandeling naar Afrika te brengen. Dat was in een tijd dat daar nog heel veel scepsis over bestond: de middelen waren te duur, het was allemaal veel te ingewikkeld. Wij wilden laten zien dat het kon en zijn daarom begonnen, het Nederlandse bedrijfsleven dat actief was in Afrika te betrekken bij de behandeling van aids. Wij begonnen met Heineken, later kwamen daar andere bedrijven bij. Dat waren succesvolle programma's, maar gaandeweg zijn wij geëvolueerd en tot de overtuiging gekomen dat je zo het probleem niet gaat oplossen. Het was mooi om dat neer te zetten, maar als je echt miljoenen mensen moet gaan behandelen, kun je dat niet doen vanuit bedrijven. Dus zijn wij geleidelijk opgeschoven naar meer duurzame initiatieven.

Pharmaccess is nog steeds actief in heel veel landen, Tanzania bijvoorbeeld, met bedrijven en in de publieke sector, maar wij zijn steeds meer gaan nadenken over de financiering van de gezondheidszorg. Dat is een van de grote problemen in de bestrijding van aids. Iedereen roept steeds dat er meer geld voor nodig is. Alles wat wij nu hebben, is in feite noodhulp. Alle grote initiatieven zoals Pepphar of Global Fund worden gefinancierd door noodhulp, donorgeld dat misschien een keer ophoudt. Wat wij eigenlijk zouden moeten doen, is in Afrika zelf duurzame financieringsmechanismen voor gezondheidszorg vestigen. Daar is het Health Insurance Fund op uit. Het is in 2005 opgericht en heeft vorig jaar van het Ministerie van Buitenlandse Zaken 100 mln. subsidie gekregen om gesubsidieerde ziektekostenverzekeringen in een aantal Afrikaanse landen op te zetten.

In de huidige situatie in Afrika zijn de gezondheidssystemen bijzonder zwak. Bij infectieziektes bijvoorbeeld draagt Afrika 40% van de wereldwijde ziektelast, en van het totale budget dat wereldwijd aan gezondheidszorg wordt besteed, wordt slechts 1% besteed in Afrika. Mensen, ook arme mensen, besteden heel veel geld uit eigen zak. Het is een misvatting dat de publieke sector zorgt voor alle arme mensen. Arme mensen gaan ook heel vaak niet naar de publieke sector, omdat de publieke sector vaak niet functioneert. Ik zou u niet willen aanraden om in de gemiddelde Afrikaanse hoofdstad naar een publiek ziekenhuis te gaan als u ziek bent. Mensen besteden geld uit eigen zak om gezondheidszorg elders te kopen en vallen daardoor vaak onder de armoedegrens. 60% van de bestedingen aan gezondheidszorg wordt out of pocket gedaan in Afrika.

Het is ook een mythe dat de publieke sector er vooral voor arme mensen is. Onderzoek van de Wereldbank uit 2005 toont aan dat de 20% rijkste mensen in Subsahara-Afrika meer gebruik maakt van de publieke voorzieningen dan het armste deel van de bevolking. Dus met name arme mensen leggen relatief veel geld op tafel om gezondheidszorg te kopen. Er wordt bijna niet geïnvesteerd in gezondheidszorg in Afrika. Het IFC, de private tak van de Wereldbank, heeft in 2004 5,6 mld. uitgegeven. Daarvan ging maar 1,12% naar gezondheidszorg in Afrika. Omdat er bijna niet wordt geïnvesteerd in gezondheidszorg in Afrika blijven die systemen ook zo zwak. Ziektekostenverzekeringen zijn er bijna niet. Slechts 3% van de totale health expenditure in Subsahara-Afrika – Zuid-Afrika buiten beschouwing gelaten – gaat via ziektekostenverzekeringen. Uiteindelijk kun je alleen nog gezondheidszorg financieren door het solidariteitsprincipe te hanteren, door mensen het risico te laten delen en door het opzetten van ziektekostenverzekeringen. Health Insurance Fund is daar nu mee begonnen. Nigeria is het eerste land. In Lagos komt een vrij grote groep van 75 000 marktvrouwen in aanmerking voor die verzekering. Daarnaast is er nog de rurale bevolking. De cijfers weet ik niet precies.

De heer **Van Rooijen**: Het zijn 40 000 marktvrouwen en 75 000 boeren.

De heer **Lange**: Dat gebeurt in Kwana State en daarna gaan wij naar Tanzania. Ik kan daar later nog op terugkomen als er vragen zijn.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Rooijen van International Civil Society Support.

De heer **Van Rooijen**: Dank u wel. Ik zal hier vooral spreken vanuit de ervaring die ik in de afgelopen twee jaar heb opgedaan als bestuurslid van het Global Fund. Dat lijkt mij voor nu het meest nuttig. Ik heb meegewerkt aan een van de documenten die u gekregen hebt, dus ik zal mij beperken tot een paar opmerkingen.

Ik wil de verdubbeling nog even terughalen waar in het vorige uur om gevraagd is. Wij ngo's staan hier in Den Haag bekend als Rupsje Nooit-genoeg, maar ik wil dit toch graag in een context plaatsen. Collega's van mij hebben het al over de inhoud gehad. Als u het rapport leest van Global Fund – het ligt bij u op tafel, zag ik tot mijn grote genoegen – dan gaat het om resultaten die wij kunnen boeken met geld. Dat roze rapport laat zien welke resultaten wij kunnen boeken in de strijd tegen hiv en aids, maar ook tegen malaria en TB. Dat is heel belangrijk. Het Global Fund zelf heeft een heel ingewikkelde discussie achter de rug die is afgerond met de constatering dat wij, als wij effectief willen zijn – en dat willen wij – in de periode tot 2010 onze inspanningen moeten verdrievoudigen, dus ook het budget. In de recente update van de VN – één jaar na de UNGA plus five, waar enkelen van u, geloof ik, vorig jaar ook aan deelgenomen hebben – hebben ook de VN onderschreven dat wij dit jaar al een tekort van 10 mld. hebben en dat maar 50% van het benodigde budget beschikbaar is. Dat zijn belangrijke contextuele argumenten die onder de vraag naar verdubbeling liggen.

Ik wil heel graag iets zeggen over wat ik het «ja-maarpakket» noem. Het is al een paar keer genoemd vanmorgen: er is een braindrain gaande, er is misschien geen absorptive capacity in het Zuiden, de health systems zijn zwak. Vaak worden deze argumenten gebruikt tegen het vergroten van de investeringen en dat zou echt een schande zijn. Er is nu dus maar de helft beschikbaar van wat wij nodig hebben, maar er is meer geld beschikbaar dan ooit. Als je meer geld gaat investeren, zie je dat er een braindrain ontstaat, dat er gebrek is aan absorptive capacity, dat de health systems te zwak zijn. Je ziet echter ook dat dit het moment is – ik zou bijna zeggen in de menselijke geschiedenis – dat je eindelijk eens moet gaan investeren in het oppakken van die problemen.

Wat heb je daartoe nodig? De kwaliteit van programma's die ontwikkeld worden, moet vergroot worden, de capaciteit van aanvragers om aanvragen te maken en te implementeren, moet vergroot worden, en wij moeten naar grootschaligere aanvragen toe nu er meer geld beschikbaar is en de internationale gemeenschap kennelijk ook bereid is, het te financieren. Dat pakket van maatregelen is hard nodig. Dat vraagt absoluut om politiek leiderschap. U ontmoet binnenkort Peter Piot. Ik zou die vraag ook aan hem stellen. Wat doen wij eraan om het niveau van de aanvragen te verhogen, om de absorptive capacity te vergroten, om de health systems te versterken? Dat zijn ook vragen die u moet stellen aan Bert Koenders. Ik vind het een schande dat de Wereldbank en Global Fund – dat zijn organisaties die u mede financiert en waar u grote invloed op moet uitoefenen – nog geen overeenstemming hebben bereikt over de vraag wie er nu verantwoordelijk is voor health systems en op welke wijze. Dat zijn onderwerpen die in uw schoot liggen en waar u een heel belangrijke rol in kunt vervullen. Een laatste opmerking is dat er naar mijn mening ook een taak ligt voor ons. Moeten wij onze taak niet ook anders invullen als wij zeggen dat er te weinig geld beschikbaar is, maar toch ook veel meer geld dan ooit? Dan heb ik het over de overheid, over ngo's en over hoe wij dat samen doen.

Als een van de grootste problemen zie ik dat wij te weinig kijken naar wat landen nu nodig hebben om toegang te krijgen tot de nu beschikbare middelen en tot de middelen die er hopelijk nog bij zullen komen. Dan heb ik het over technical assistance. Dat betekent dat ngo's in Nederland hun activiteiten veel meer zullen moeten focussen op het toerusten van civil society organisaties, zodat deze toegang krijgen tot de middelen. Het betekent echter ook dat ambassades wat kunnen doen en dat minister Koenders daar in zijn programma, in zijn prioriteitenreeks, aandacht aan zou moeten besteden. Als wij geloven in financiële mechanismen, dan moeten wij ze ook mogelijk maken.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Borgdorff namens het Tuberculosefonds.

De heer **Borgdorff**: Goedemorgen. Ik zal heel kort zijn. Ik zal proberen mijn bijdrage in vijf zinnen samen te vatten. De eerste is: tuberculose is de belangrijkste doodsoorzaak van hiv/aidspatiënten. Dat betekent dat een goede tuberculosebestrijding een essentiële component is van de aidsbestrijding. Die dubbele epidemie is extra bedreigend door het optreden van multiresistente en extensief resistente tuberculose, niet alleen in Zuidelijk Afrika, maar ook in Azië en Oost-Europa. KNCV Tuberculosefonds bevordert de samenwerking tussen hiv/aidsprogramma's en tuberculoseprogramma's in Afrika, Azië en Oost-Europa. Wij pleiten niet alleen voor meer geld voor hiv/aids- en tuberculosebestrijding, maar ook voor internationale pleitbezorging, bijvoorbeeld via de Europese Unie. Er komt in oktober in Berlijn een ministeriële conferentie over de tuberculosesituatie in Oost-Europa. Dat is een bijeenkomst waarin de Nederlandse politiek een belangrijke rol kan spelen in de internationale pleitbezorging.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan zijn namens WEMOS aanwezig mevrouw Verheul en mevrouw Den Boer. In deze introductie zal mevrouw Verheul het woord voeren.

Mevrouw **Verheul**: Ik zal starten. Mijn collega neemt het straks over. U hebt als het goed is onze schriftelijke bijdrage gelezen. Die begint met de financiering van gezondheidszorg en medisch personeel. Het is al een aantal keren genoemd: de zwakke gezondheidssystemen in ontwikkelingslanden maken de bestrijding van aids überhaupt onmogelijk, maar het gaat natuurlijk niet alleen om aids. Ik krijg soms de indruk dat aids het enige gezondheidsprobleem is in de wereld. Helaas is dat niet het geval. Elk jaar overlijden er 500 000 vrouwen aan de gevolgen van zwangerschap en bevalling, omdat er überhaupt geen zorginstelling aanwezig is waar zij naartoe kunnen gaan. 10 miljoen kinderen per jaar sterven door voorkombare oorzaken, die vaak te maken hebben met een gebrek aan schoon drinkwater, ondervoeding en noem maar op. Dat zijn allemaal oorzaken die te voorkomen zijn en die te wijten zijn aan een gebrek aan investering in de gezondheidssystemen.

In een heleboel landen zie je dat er relatief veel geld beschikbaar is voor aidspreventie, en dat de andere gezondheidsprioriteiten er eigenlijk heel bekaaid vanaf komen. Ik zeg niet dat er geld genoeg is voor aidsbestrijding. Ik probeer te zeggen dat andere gezondheidsproblemen evengoed aandacht verdienen en dat de balans in het budget van ministeries van gezondheid en ook de balans in het budget van uitgaven van de donoren op dit moment volkomen zoek is waar het om gezondheid gaat. Ook de bijdrage die Nederland geeft aan gezondheid in ontwikkelingslanden wordt voor driekwart toegeschreven aan aids en aidsbestrijding. Ik vraag mij af of dat de beste manier is. Zou Nederland niet ook meer balans in het budget moeten brengen? Je ziet immers dat de donorgelden voor gezondheid in ontwikkelingslanden – die gelukkig in de afgelopen jaren zijn toegenomen – voornamelijk ten goede zijn gekomen aan aids en in

mindere mate aan TB en malaria. De andere gezondheidsprioriteiten kregen echter weer geen aandacht. Dan worden dus de ministeries van gezondheid met een onmogelijke opdracht opgezadeld. Zij hebben in Afrika zelf een budget van gemiddeld 20 dollar en daar kun je geen systeem van runnen. Dat lukt gewoon niet. Het is een onmogelijke opdracht. De budgetten die voor aids beschikbaar zijn en het aantal donoren dat op dat gebied actief is met sterk geoormerkte gelden, maakt het landen zoals Kenia of Zambia feitelijk onmogelijk om de zaak goed te coördineren. Het lijkt soms wel alsof wij vanuit Nederland de zieken daar gaan behandelen en aan preventie doen, maar de nationale overheid en de lokale overheden zijn ontzettend belangrijk en verdienen echt veel maar aandacht, ook in dit debat.

Mevrouw **Bogaarts**: World Population Foundation (WPF) voert campagne onder het label «MYBODY», met de daarbij behorende slogan «My Life – My Choice – My Body». Mijns inziens is deze slogan zeer toepasselijk voor de bijeenkomst van vandaag.

In 80% van de gevallen van hiv is de aandoening door seksueel verkeer overgedragen en in 10% is zij overgedragen van moeder op kind. Dit maakt de relatie tussen hiv/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten direct duidelijk.

Nederland is altijd een pleitbezorger geweest voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Het is belangrijk dat Nederland deze rol blijft spelen, tegen alle verdrukking, religieuze en politieke oppositie in. Dit is ook belangrijk om de feminisering en verjonging van de groep mensen met hiv/aids tegen te gaan. Mensen hebben vaak geen kennis over zaken die hun eigen lijf en dat van hun partner betreffen. Zij weten vaak niet hoe zij zich moeten beschermen tegen ongewenste zwangerschappen, soa's en hiv. Wereldwijd heeft slechts 19% van de jonge vrouwen de juiste informatie over hoe hiv wordt overgedragen. Mensen hebben de vaardigheden niet en er wordt niet gesproken over seksualiteit, relaties, liefde, respect en het gebruik van een condoom. Anticonceptiemiddelen zijn verder niet beschikbaar. Wereldwijd hebben 122 miljoen vrouwen geen toegang tot anticonceptie, terwijl zij die wel zouden willen hebben. In Afrika zijn maar tien condooms per man per jaar beschikbaar. Het vrouwencondoom is nagenoeg niet beschikbaar. De mensen van Oxfam Novib gaan hierop straks nader in en ik sluit mij daarbij graag bij voorbaat aan. Hoe kun je jezelf en je partner beschermen tegen ongewenste zwangerschappen, hiv en andere soa's zonder kennis, vaardigheden en middelen? Hoe kun je op die manier genieten van seksualiteit en een goede relatie opbouwen?

Mijns inziens is het in het huidige klimaat erg belangrijk dat Nederland, maar ook jullie, parlementariërs, deze strijd voortzetten. Ik hoorde daarnet het laatste staartje van de discussie over ABC. ABC-voorlichting leidt niet tot een goede ABC-uitkomst. Juist goede en volledige seksuele voorlichting leidt tot een goede ABC-uitkomst, leidt ertoe dat mensen zich kunnen beschermen en weten hoe zij dat moeten aanpakken, en leidt tot uitstel van het seksueel debuut en tot minder partners. Het is belangrijk dat daarop wordt ingezet.

Seksuele en reproductieve rechten zijn geen luxe maar bittere noodzaak. Kijk daarvoor naar al het geweld en het misbruik dat er in deze wereld plaatsvindt. Kijk verder naar de cijfers die laatst over India bekend werden; ruim de helft van alle kinderen wordt daar op de een of andere manier seksueel misbruikt. Kijk ook naar het geweld na de tsunami. Seksuele en reproductieve rechten zijn een bittere noodzaak voor de vrouw in het vluchtelingenkamp en haar dochter van tien. Ik vraag Nederland en de Kamerleden om dit uit te dragen.

De gezondheidssystemen zijn diverse malen aan de orde geweest. In onze haast om iets aan hiv/aids te doen, zijn er een soort nieuwe verticale structuren opgebouwd, los van de bestaande gezondheidssystemen. Dit draagt

ook weer bij aan de feminisering van de groep mensen met hiv/aids. Vrouwen gaan naar de kliniek voor moeder- en kindzorg of naar de family-planningkliniek, als die er tenminste nog is en nog functioneert en er nog mensen werken. Zij hebben echter niet de tijd om ook nog naar de hiv/aidskliniek of het Voluntary Counseling and Testing Centre te gaan. Zij zijn er vaak zelfs bang voor daar naar toe te gaan. Er moet daarom voor worden gezorgd dat deze nieuwe verticale structuren voorkomen worden, dat hiv/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in het gezondheidssysteem geïntegreerd worden. Dit gebeurt niet automatisch; heel veel landen deinzen terug voor dit gevoelige thema. Het is van belang om de feminisering van de groep mensen met hiv/aids tegen te gaan.

Ik heb nog een opmerking over de leidende rol van Nederland. De beschikbare menskracht op dit terrein neemt af. Ook in Nederland moeten er nu weer ambtenaren weg op dit beleidsterrein. Dit baart mij zorgen. Bij de Wereldbank is momenteel niemand die het thema seksuele en reproductieve gezondheid en rechten behandelt en bewaakt. Bij de Europese Commissie is daarvoor één persoon beschikbaar, maar die moet ook nog alle andere health issues bewaken. Ook bij de partnerlanden van Nederland en op de ambassades is gebrek aan expertise op dit terrein. Nederland zou concreet veel meer op deze menskracht moeten inzetten. Het budget dat Nederland inzet voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, is al een paar jaar min of meer gelijk gebleven. Het budget voor hiv/aids is in de afgelopen vijf jaar echter ongeveer verdubbeld. In de begroting voor 2007 is 93 mln. uitgetrokken voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en 272 mln. voor hiv/aids. Het geld dat wordt besteed aan seksuele en reproductieve gezondheid, family planning en seksuele voorlichting wordt al jaren minder, terwijl er meer geld naar de bestrijding van hiv/aids gaat. Juist op wat blijkt te werken, zet de wereld dus relatief weinig in. Ditzelfde zien wij terug bij de Europese Commissie. De retoriek is prachtig, maar het budget valt zwaar tegen. Het is nu aan de Kamerleden om de minister hierop aan te spreken, omdat de Raad Algemene Zaken en Externe Betrekkingen hierover de meeste zeggenschap heeft.

Mevrouw **Dewkalie**: Wij willen allemaal de milleniumontwikkelingsdoelen in 2015 halen. Daarvoor is het opbouwen en versterken van publieke diensten essentieel. Die zijn namelijk de basis waarop rijke landen functioneren. Let wel: in rijke landen komt veel minder aids voor dan in ontwikkelingslanden, waar die publieke diensten vaak niet functioneren. Overheden moeten daarom hun verantwoordelijkheid nemen door het recht op een goede gezondheidszorg en goede gezondheidsdiensten te garanderen. Maatschappelijke organisaties en de private sector kunnen daaraan een belangrijke bijdrage leveren, maar zij moeten wel goed gereguleerd en geïntegreerd worden in een sterk publiek systeem. Zij moeten niet gezien worden als een vervanging van het publieke systeem. Alleen regeringen zijn in staat om de noodzakelijke schaalgroottes te bereiken en de gratis diensten te leveren die arme mensen nodig hebben.

Er is al veel gezegd. Daarom kom ik direct op wat Oxfam Novib wil. Het vindt dat Nederland op internationaal vlak een voortrekkersrol moet spelen. Dat heeft Nederland al gedaan op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en het zou dit ook moeten doen bij het versterken van publieke systemen. Hoe kanaliseer je het geld? Waarin investeer je? De geldstromen moeten gecoördineerd worden en voorspelbaar en duurzaam zijn. Oxfam Novib pleit voor een Fast Track Initiative (FTI). Er bestaat al zo'n initiatief op het punt van het basisonderwijs. Dit functioneert, als enige gecoördineerd mechanisme in de wereld, op een voortreffelijke manier. Natuurlijk zijn er ook wat zwakke kanten te noemen, maar dit FTI functioneert en het is voor het eerst dat de internationale

orde vooruitgang boekt op het millenniumdoel over basisonderwijs voor iedereen.

Naast bestaande fondsen zien wij veel nieuwe fondsen ontstaan. Deze fondsen zouden veel meer moeten gaan samenwerken met de publieke diensten.

De EU gaat een voorstel doen voor mdg-contracten, dat zijn langetermijncontracten. Wij willen dat ook de Nederlandse overheid daarop inzet, hoewel het nog onduidelijk is hoe een en ander geconstrueerd wordt. Ik geef nu het woord aan mijn collega.

De **voorzitter**: Nee mevrouw, het woord wordt hier gegeven door de voorzitter. Wij zijn bezig met de introductie. Tijdens de discussie krijgt u allen de kans om nog punten te maken. Het woord is nu aan de Kamer. De leden krijgen ieder de kans één vraag te stellen.

De heer **Irrgang**: Ik dank u voor al uw bijdragen. Ik vond het erg belangrijk te horen hoe essentieel het versterken van de basisgezondheidszorg is. Dat lijkt mij een rode draad die in alle bijdragen naar voren kwam. Ik heb een vraag aan mevrouw Verheul. Zij en mevrouw Peters maakten wat opmerkingen over de patentwetgeving. Wat is de huidige stand van de discussie over TRIPS in WTO-verband?

De **voorzitter**: Mevrouw Verheul geeft het woord aan haar collega mevrouw Den Boer.

Mevrouw **Den Boer**: Wij zien op dit moment dat landen met een behoorlijk ontwikkelde generieke farmaceutische industrie die vóór 1 januari 2005 een andere patentwetgeving hadden dan de TRIPS-wetgeving, bijvoorbeeld India, Brazilië en Thailand, per 1 januari 2005 «TRIPS-compliant» zijn geworden. Dit betekent dat zij moeten voldoen aan de TRIPS-wetgeving. Daardoor is in deze landen het produceren van generieke geneesmiddelen moeilijker geworden. Vanaf ongeveer het jaar 2000 is de prijs van de eerstelijns hiv/aidsgeneesmiddelen van ongeveer \$10 000 per jaar, door generieke concurrentie van onder andere Indiase producenten gedaald naar iets meer dan \$100 per jaar. De nieuwe, tweedelijns hiv/aidsgeneesmiddelen, waar geen generieke variant van beschikbaar is, blijven veel duurder. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat de generieke productie in landen zoals India en Brazilië bemoeilijkt is. Thailand heeft bijvoorbeeld onlangs onderhandelingen gevoerd met Abbott, een Amerikaans farmaceutisch bedrijf, om de prijs van een bepaald hiv/aidsgeneesmiddel naar beneden te krijgen. Daar is men niet uitgekomen. Thailand heeft toen een dwanglicentie afgegeven. Als een soort «strafmaatregel» heeft Abbott nu aangekondigd dat het bepaalde belangrijke hiv/aidsgeneesmiddelen niet meer in Thailand wil gaan registreren. Je ziet dus dat landen die aanspraak maken op de mogelijkheden die het TRIPS-verdrag biedt om hun volksgezondheid te beschermen, onder druk worden gezet door farmaceutische bedrijven om die aanspraak niet te maken. Wij vinden dit erg zorgwekkend.

Er is vorig jaar een rapport verschenen van de Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health van de Wereldgezondheidsorganisatie. Daaruit blijkt dat patenten eigenlijk irrelevant zijn bij het ontwikkelen van geneesmiddelen voor ziekten die met name voorkomen in ontwikkelingslanden. Daarnaast blijkt dat er in de afgelopen twintig jaar – een periode waarin patenten enorm zijn beschermd – niet alleen voor armoedeziekten, maar ook voor de westerse markt erg weinig vernieuwende geneesmiddelen met een daadwerkelijk toegevoegde waarde beschikbaar zijn gekomen. Dat is zorgwekkend. De prijzen zijn hoog en er is weinig innovatie.

Naar aanleiding van de rapportage van deze commissie hebben de WHO-lidstaten een intergouvernementele werkgroep in het leven

geroepen die zich moet buigen over een oplossing voor dit probleem van gebrek aan innovatie en hoge prijzen. Nederland heeft bij de totstandkoming van deze werkgroep vorig jaar een belangrijke voortrekkersrol gespeeld. Wij zien deze werkgroep als een belangrijke mogelijkheid om structurele oplossingen te vinden voor het gebrek aan innovatie en de hoge prijzen. Wij hopen dat de nieuwe regering zich ook dit jaar weer op dezelfde manier inzet voor deze werkgroep.

De **voorzitter**: Dank u. Professor Lange wil ook nog iets zeggen over TRIPS en patenten.

De heer **Lange**: Ik wil slechts een kanttekening plaatsen, want in grote lijnen ben ik het met de woorden van mevrouw Den Boer eens, hoewel de situatie iets minder somber is. Immers, de dwanglicentie biedt wel degelijk mogelijkheden. De Clinton Foundation heeft een zeer belangrijke stap voorwaarts gezet door met name de prijs van tweedelijns geneesmiddelen belangrijk naar beneden te krijgen, niet alleen voor de landen met lage inkomens, maar ook voor de landen met middeninkomens. Ook het betere eerstelijnsregime kan nu generisch worden geproduceerd voor een bodemprijs. Daarbij moet wel gezegd worden dat het goedkoopste eerstelijnsmiddel dat nu het meest gebruikt wordt, heel slecht en buitengemeen toxisch is. Eigenlijk zouden wij dit middel niet mogen gebruiken. Tweedelijns geneesmiddelen zijn inherent duurder dan eerstelijns geneesmiddelen. Dit heeft te maken met productiekosten en kosten van materialen. Ook de generieke fabrikanten is het te doen om geld. Op de stoep van de Indiase bedrijven gaan mensen dood omdat de producten in India niet voor bodemprijzen te koop zijn.

Mevrouw **Peters**: Er wordt ongelofelijk veel discussie, ongelofelijk veel geld en ongelofelijk veel energie gestoken in het praten over patenten en het in toom houden van de farmaceutische industrie. Dat is hartstikke zonde. Daar moet het niet om gaan. Er zit één lijn achter: wij houden het lekker verschrikkelijk ingewikkeld, zodat niemand het meer snapt en zodat wij onze gang kunnen gaan. Namens de mensen in de ontwikkelingslanden pleit ik ervoor om het veel simpeler te houden. Ik kan niet aanzien dat er zoveel geld wordt besteed aan alleen een discussie over een patent. Laat de overheden zeggen dat zij het zo niet langer willen. Eerder had ik al willen zeggen dat in bijvoorbeeld in Malawi net een evaluatie door het Global Fund heeft plaatsgevonden, waar uit is gekomen dat een derde van de bevolking, dat al toegang had tot de gezondheidszorg, nu ook toegang heeft tot AMaViS. Dat is heel goed. Twee derde had nog geen toegang tot de gezondheidszorg en heeft nu ook geen toegang tot AMaViS. Er is in Afrika en in andere ontwikkelingslanden een goed systeem van gezondheidszorg nodig en dat kan. In mijn ogen hoeft er maar op twee indicatoren afgerekend te worden die ontzettend belangrijk zijn voor de gezondheidszorg, waarvan de vaccinatiegraad van kinderen de eerste is. Het is schandalig dat er nu nog kinderen in Afrika zijn die niet gevaccineerd zijn. Dat heeft niets met nieuwe technologie en niets met patenten te maken. Kinderen moeten gevaccineerd zijn. Twintig jaar geleden werkte ik zelf in Afrika. Wij zijn daar druk bezig geweest. Na twintig jaar is het nog niet georganiseerd. Hetzelfde pleidooi houd ik voor moedersterfte. Om die tegen te gaan zijn geen nieuwe technieken en geen farmaceutische industrie nodig. Daarvoor is een goed gezondheidszorgsysteem nodig, met goed personeel. Geef de overheden de kans om het zelf in te vullen, zoals zij dat zelf willen, op hun eigen manier. De donoren moeten daar niet ontzettend veel condities aan verbinden. In Rwanda bijvoorbeeld mag een aidsarts geen andere patiënten zien dan aidspatiënten. De minister van gezondheidszorg van Rwanda vindt dat verschrikkelijk. Wij moeten zulke condities niet willen stellen, maar werken aan het systeem van gezondheidszorg.

Mevrouw **Ferrier**: Ook van mijn kant heel veel dank voor uw bijdrage aan onze kennisvergroting. Ik heb een vraag aan mevrouw Dewkalie over het Fast Track Initiative. Wat zij zegt is heel interessant, want daarmee wordt tegemoetgekomen aan wat door verschillende andere sprekers is gezegd, als ik het goed begrijp ook door de heer Van Rooijen, over een inzet op een aantal inhoudelijke zaken, het tegengaan van braindrain, het verhogen van de absorptiecapaciteit en het versterken van de health assistance. Wie zou daartoe het initiatief moeten nemen? Wij horen dat de Wereldbank überhaupt niets doet, terwijl die wel initiatiefnemer is voor het Fast Track Initiative onderwijs. Welke precondities zouden er moeten zijn om ermee te kunnen beginnen? Wat is de rol van lokale overheden, aansluitend bij wat mevrouw Peters heeft gezegd, en de civil society?

Mevrouw **Dewkalie**: Het Fast Track Initiative kan worden genomen door de Wereldbank. Ik denk dat er bij de Wereldbank genoeg ervaring is om vanuit het Education Fast Track Initiative een start te maken. Er kan worden gebouwd op de aanwezige ervaring. Het functioneert. Nederland kan dat voorstellen in de komende jaarvergadering, the annual summit van de Wereldbank. Nederland moet dat doen samen met andere landen. De G8 komt er aan. Ik denk dat de heer Koenders nu al met een aantal counterparts een health fast track initiative kan opzetten, het liefst in EU-verband.

Mevrouw **Peters**: De accountability moet er zijn tegenover de eigen bevolking. De bevolking moet de regering kunnen aanspreken en nu kan dat niet. De minister van volksgezondheid van Rwanda heeft maar zeggenschap over een derde van de gelden die zijn land binnenkomen. Over twee derde heeft hij niets te zeggen. Kan de bevolking, de civil society, dan zeggen dat het ministerie voor een betere organisatie moet zorgen? Dat kan niet. De minister moet voor de volle honderd procent de verantwoordelijkheid kunnen dragen, zonder condities. Wij zouden daar meer over kunnen zeggen, maar op dit moment ligt de accountability echt bij de westerse donoren en niet bij de eigen bevolking. Het is niet zo moeilijk om na te gaan of er moeders sterven of kinderen niet gevaccineerd worden. Dat kan worden gecontroleerd en de eigen regering kan daarop dan worden aangesproken.

De heer **Van Rooijen**: Ik ben altijd in voor gekke ideeën en ik vind dit een charmant idee. Ik doel vooral op hetgeen door Oxfam wordt gezegd. Wat kunnen wij leren van Fast Track Initiative in Education? Hoe kunnen wij dat toepassen? Ik denk dat die vraag bedoeld is om zo'n Fast Track response van de grond te trekken.

Een tweede vraag is of wij de multi-steakholderbenadering voor bedrijfsleven en civil society voorstaan. Laten wij er nu niet iets nieuws naast zetten, maar laten wij wel kijken welke lessen wij kunnen implementeren. Dat lijkt mij het belangrijkste.

Er is wel een verschil tussen onderwijs en aids. Aids gaat over multi-multi-steakholders. Onderwijs is ook complex, maar aids gaat over veel en veel meer groepen in de samenleving die wij willen mobiliseren. De Wereldbank doet niets, maar laten wij er nu voor zorgen dat de Wereldbank wel wat doet, want die heeft de mogelijkheid en de verantwoordelijkheid om iets te doen voor Health Fast Track Initiative, maar hij doet het nu niet. Hij houdt ook geen samenspraak met de WHO.

Mevrouw **Verheul**: Het initiatief waarvoor wordt gepleit, een Health Fast Track Initiative, is in feite al genomen. Het ligt echter nog steeds op zijn gat. Het heet Scaling up for better health. Het is een voortzetting van een aantal internationale conferenties over een health initiative. Dat initiatief bestaat uit het idee om met een aantal bilaterale donoren samen met Wereldbank en WHO, te beginnen in een aantal landen, de fondsen voor

de gezondheidszorg enorm te vergroten en dat op een geharmoniseerde manier te doen, in samenhang met de agenda voor de Verklaring van Parijs voor aidsbestrijding. Daarbij zou ervoor gezorgd moeten worden dat de gezondheidssystemen eindelijk eens goed gefinancierd worden. Ik weet dat de Wereldbank dwars ligt. Ik denk dat het een taak voor jullie is om te bekijken of dit op de een of andere manier kan worden vlotgetrokken. Dit lijkt mij ontzettend belangrijk.

Mevrouw **Ferrier**: Ik ben het natuurlijk helemaal eens met de heer Van Rooijen dat de Wereldbank iets moet gaan doen, maar hoor ik hem nu zeggen dat de beste plek om een Fast Track Initiative of een Scaling up nieuw leven in te blazen het Global Fund zou zijn?

De heer **Van Rooijen**: Dat is te kort door de bocht en te gemakkelijk. Drie grote spelers zouden hierbij betrokken moeten worden, uiteraard de Wereldbank, uiteraard het Global Fund en uiteraard de WHO. Een goede suggestie van een van mijn collega's is dat er lessen te leren zijn die wij hier zouden kunnen toepassen. Daarover moet een fatsoenlijk gesprek worden gevoerd. Een fatsoenlijk gesprek tussen de Wereldbank en het Global Fund heeft nog niet plaatsgevonden. Hoe gaan wij er samen verticaal en horizontaal – dat zijn twee verschillende benaderingen – voor zorgen dat het Health Initiative wordt versterkt? De WHO hoort daar uiteraard bij. Dit zou een leuk vertrekpunt voor een debat kunnen zijn. Zij moeten dan samen maar kijken wat de beste club is om zoiets onder te brengen en hoe die samenwerking kan werken.

De heer **Voordewind**: Ook ik wil u allen bedanken voor uw bijdragen, vooral ook uw schriftelijke bijdragen. Ik werd wel geprikkeld door het door professor Lange voorgestelde gesubsidieerde ziektekostenverzekeringstelsel. Hij gooide de knuppel in het hoenderhok door te stellen dat alle andere projecten nu eigenlijk maar noodhulp waren en dat dit systeem het enige houdbare en duurzame systeem was. Dat is altijd leuk voor de discussie. Hij zegt dat de gezondheidszorg op den duur alleen maar kan worden gefinancierd door een solidariteitsfonds zoals wij dat ook in het Westen kennen. Nu is Afrika natuurlijk heel anders. Er wordt daar geprobeerd een belastingsysteem op te zetten. Dat is al een ramp. Hoe ziet hij de uitvoering van zijn systeem? Heeft hij al pilotprojecten uitgeprobeerd? Hoe zijn die betaalbaar te maken om uiteindelijk solidariteit in zo'n systeem te krijgen?

De heer **Lange**: Ik dank u voor deze vraag, want daar zat ik op te wachten. In deze landen is de publieke sector heel zwak. In landen waar op dit moment een redelijk gezondheidssysteem bestaat, is dat altijd begonnen met initiatieven in bepaalde groepen, bijvoorbeeld de vakbonden. In de Middeleeuwen had je al de gilden. Het is nooit de overheid geweest die ermee is begonnen. Die kwam er pas bij in het eindstadium. Je kunt een zwakke overheid niet verantwoordelijk maken voor het invoeren van zoiets omvangrijks.

In de praktijk moet je als je gaat verzekeren keuzes maken. Dat is al heel moeilijk in de ontwikkelingssamenwerking. Men begint daar altijd bij de allerarmsten. Als je een systeem wilt opbouwen, moet je vooral niet bij de allerarmsten beginnen. Dat klinkt vreselijk, maar uiteindelijk begint een politiek om de allerarmsten te helpen bij de mensen die zelf iets kunnen bijdragen. Er zal nog heel lang subsidiëring nodig zijn. Als je ziektekosten-systemen gaat opzetten, kunnen morgen die mensen dat niet zelf betalen. De mensen geven ieder jaar al geld uit. Dat kun je beter in een pot stoppen waarin ook de rijke mensen geld zullen moeten stoppen. Die bied je dan een beter product aan. Er wordt altijd gesproken over equity, gelijkheid, maar equity is een doel en geen middel. Als je gelijkheid wilt bereiken, zul je keuzes moeten durven maken.

In Namibië zijn wij begonnen met geld van de Postcodeloterij. Wij hebben daar om te beginnen met een lokale ziektekostenverzekeraar een goedkope ziektekostenverzekering in de markt gezet. Die was er niet. Slechts 16% van de werkende bevolking was verzekerd. Toen wij ons product in de markt hebben gezet, zijn er vier nieuwe goedkope producten bij gekomen. Wij hebben dus een enorme opbloei van het aanbod van goedkope producten gezien. Bovendien zijn de verzekeraars met elkaar gaan praten, om de risico's van de behandeling van aids te spreiden.

De heer **Van der Vorm**: Ik kan daaraan toevoegen dat de oude pocket-uitgaven voor de gezondheidszorg nu zorgen voor een enorm schokeffect onder de bevolking. De mensen rond de armoedegrens zakten dieper weg door het systeem van de oude pocket. Als er een verzekering wordt geïntroduceerd, zien wij dat aanzienlijk afnemen. De duurzaamheid van de programma's komt daardoor beter tot haar recht.

In de infrastructuur kan worden geïnvesteerd doordat als gevolg van de invoering van de verzekeringssystemen continue inkomstenstromen gegenereerd zullen worden, die door de oude pocketexpenses juist niet aanwezig waren. Daarvoor is op initiatief van het Health Insurance Fund en Pharmaccess een investeringsfonds geïntroduceerd, het Investment Fund for Health in Africa. Dat richt zich op investeringen in de lokale infrastructuur. De verzekeraars investeren in de klinieken, maar ook in de distributiekanaalen en de verplaatsingen die ertoe moeten leiden dat de mensen een goede toegang krijgen tot de algemene gezondheidszorg. Het Health Insurance Fund staat samen met het IFC en de Wereldbank, die daar een fonds voor hebben geïntroduceerd, op het punt om voor een periode van vijf jaar een doelgroep van 30 000 mensen in Nigeria te ondersteunen, op basis van het principe dat professor Lange zojuist aan u heeft voorgelegd.

Mevrouw **Peeters**: Ik denk dat wij nu weer oplossingen aan het bedenken zijn zonder lokale overheden erbij te betrekken, het voorstel van de heer Van Rooijen om de WHO en de Wereldbank hiervoor bij elkaar te laten komen. Dat moet echt niet, je moet de verantwoordelijkheid leggen bij de lokale overheden. Als er een ziektekostenverzekering in past, is het aan die mensen om dat aan te geven, het is niet aan ons om oplossingen te bedenken. Zij weten heel goed hoe zij dat kunnen en moeten doen. Nog een opmerking over moedersterfte. Er is geen moedersterfte onder marktvrouwen in Lagos, omdat die allemaal toegang hebben tot een goed gezondheidszorgsysteem. Wij willen de moedersterfte absoluut terugdringen, want dat is de eerste indicator dat er iets heel erg mis is met een gezondheidszorgsysteem. Ik wil dus niet dat wij hier oplossingen gaan bespreken zonder dat ministeries van gezondheid het recht hebben om hun gezondheidszorgsysteem in te richten zoals ze dat willen. Vaak zitten wij met Oxfam-GB aan tafel, onze collega's, die een ander gezondheidszorgsysteem hebben. Wij moeten telkens zeggen dat wij het in Nederland anders geregeld hebben: publiek/privaat. Het is goed dat er in Engeland een gratis publiek systeem is, maar ontwikkelingslanden hebben allemaal hun eigen systeem, dus laat ze zelf bepalen hoe zij dat zo goed kunnen maken dat er geen moedersterfte optreedt en dat kinderen gevaccineerd worden. De rest komt vanzelf.

De **voorzitter**: Uw punt is duidelijk. Ter afsluiting van dit blokje geef ik professor Lange nog de kans voor een laatste reactie. Het panel is duidelijk niet eensgezind.

De heer **Lange**: In de rurale setting, waarin wij ook actief zijn en waar meer mensen in het verzekeringssysteem komen dan in Lagos, is moedersterfte een van de indicatoren. Sexual and reproductive health is een van de belangrijkste terreinen die wij bekijken als indicator van de output. Verder is dit initiatief in nauw overleg met de Nigeriaanse overheid tot

stand gekomen. President Obasanjo heeft dit project gelanceerd en hij heeft ook gezegd dat hij voor de matching zal zorgen. Het geldt dat Nederland voor Nigeria beschikbaar stelt, wordt gematcht door de lokale overheid. Ik denk dat wij nu juist af moeten van het systeem dat alles via de grote moloch moet verlopen, die dat helemaal niet aankan. In alle landen waar wij actief zijn, is er wel degelijk een zeer nauwe band met de overheid. Zo heb ik in Namibië het hele project samen met de premier gelanceerd, in Nigeria was het de president en in Tanzania zal het ook weer de president zijn. De overheid heeft een normatieve rol in de gezondheidszorg, zij hoeft niet per se de hele uitvoering voor haar rekening te nemen.

De heer **Van der Staaij**: Ik zou nog graag een vraag aan mevrouw Boogaarts stellen over seksueel geweld, dat in het kader van de aidsproblematiek ook een heel belangrijke factor is. In hoeverre worden overheden erop aangesproken om het terugdringen hiervan via de wetgeving meer vorm te geven? De weerbaarheid is natuurlijk van groot belang, maar zijn er ook goede voorbeelden van de repressieve kant van deze zaak?

Mevrouw **Bogaarts**: Deze vraag vind ik heel moeilijk te beantwoorden, omdat wij met name met het maatschappelijk middenveld werken aan empowerment van jongeren en vrouwen. Bij de projecten gericht tegen gender based violence proberen wij de diverse partijen wel samen te brengen. Wij proberen een soort blijf-van-mijn-lijfhuizen voor vrouwen op te richten waarbij politie, justitie en gezondheidsdiensten samenkomen, opdat vrouwen niet meer van het ene loket naar het andere hoeven te gaan. Daarnaast zijn wij begonnen met programma's voor daders, want daders zijn zelf vaak slachtoffer geweest. Als je bent opgegroeid in een situatie waarin geweld normaal is, houd je automatisch vast aan dat patroon. Wij proberen met pilotprojecten best practices vast te leggen, die daarna een vervolg kunnen krijgen bij de overheid. Wij merken dat overheden dit soort initiatieven heel nauwlettend volgen. Overheden zitten vaak zelf met de handen in het haar, zij weten niet wat zij aan deze problematiek moeten doen. Zij zijn dan ook erg bereid om dit soort initiatieven voort te zetten. Het bespreken van seksualiteit is voor overheden wel een probleem, men deinst ervoor terug. Men vindt dat dit tot de privésfeer behoort, dat men zich er niet mee behoort te bemoeien. Tegelijkertijd weten wij dat de problemen blijven bestaan, als je er niet over praat. Ze zijn er en ze worden in tijden van hiv/aids alleen nog maar erger. Juist met openheid over seksualiteit en politieke wil om erover te praten kan er een klimaat ontstaan waarin vooruitgang geboekt kan worden. De goede resultaten bij de bestrijding van hiv/aids zijn puur te danken aan politieke openheid over seksualiteit en aan goede seksuele voorlichtingsprogramma's voor allerlei verschillende groepen. Nu zie je dat een overheid onder invloed van het beschikbaar stellen van Pepfar-geld alleen maar over onthouding en huwelijkse trouw spreekt. Je ziet dat de cijfers achteruit kachelen; als je de mensen niet de kennis en de vaardigheden geeft en hun de benodigde middelen niet aanbiedt, boek je geen resultaten.

Mevrouw **Koşer Kaya**: Ik dank u allen voor de verstrekte informatie. Ik ben als laatste aan de beurt, met als gevolg dat ik eigenlijk vragen heb op elk punt dat naar voren gekomen is, maar daar is te weinig tijd voor. Mij intrigeert de opmerking van de heer Lange dat het alleen maar pleisters plakken is, zolang wij niets doen aan de infrastructuur en de systemen. In aanvulling daarop zegt mevrouw Peeters dat je dit dan wel samen met de lagere overheden moet doen, omdat het anders niet werkt. Ik denk dat dit wel klopt.

Verder ben ik er toch wel nieuwsgierig naar waarom de Wereldbank en de WHO er nog steeds niet uitgekomen zijn hoe er een global fund tot stand zou kunnen worden gebracht. Ik vind dit raar, het zijn toch volwassen mensen die inzien wat het probleem is, zodat zij er een oplossing voor

zouden moeten kunnen vinden. Dus waarom heeft men de politiek hiervoor nodig?

Ook is er gezegd dat er wel voldoende middelen zijn om aandacht te besteden aan de seksuele en reproductieve rechten, maar op het andere vlak komt er juist steeds minder geld beschikbaar. Wat zijn de problemen daarbij, waardoor komt er minder geld beschikbaar?

De heer **Van Rooijen**: Ik wil graag vooral ingaan op de vraag waarom wij de politiek nodig zouden hebben. Wij hebben hierbij te maken met een wereld waarin men goed probeert te reageren op de uitbreiding van aids. Daarbij gaat het om grote internationale instellingen, «jullie» instellingen, niet «onze» instellingen. Deze wereld is afhankelijk van het mandaat van landelijke overheden, onder andere van de Nederlandse overheid. Je ziet nu dat er een architectuur gebruikt is die niet goed werkt. Het is echt de taak van de politiek om dit aan de kaak te stellen en bijvoorbeeld te zeggen: «Koenders, zorg dat het werkt!»

Mevrouw **Bogaarts**: De financiering van projecten op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten verloopt langs twee lijnen: een voor hiv/aids en een voor de zorg voor moeder en kind, voor family planning, seksuele voorlichting en dergelijke. Het komt erop neer dat het thema's zijn die men moeilijk in alle openheid bespreekt, het is gewoon makkelijker om geld uit te geven aan aidsremmers, aan counseling en testing. Heel veel geld wordt er besteed aan nieuwe preventie-technieken en wij zien dat juist dingen waarvan wij weten dat ze werken, minder «sexy», minder interessant zijn, zodat er weinig aan wordt gedaan. Een voorbeeld is het vrouwencondoom, momenteel het enige beschikbare middel waarover vrouwen zelf zeggenschap hebben en dat bescherming biedt tegen hiv en tegen ongewenste zwangerschap. Je ziet een feminisering van hiv en aids, maar met het enige middel hiertegen wordt helemaal niets gedaan. Wij zetten er totaal niet op in en ik begrijp zelf eigenlijk ook niet waarom. Ik denk dat het heel belangrijk is om dit juist wel te doen en ik zou dan ook willen aandringen op een motie om het budget voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg substantieel te verhogen.

De heer **Borgdorff**: Er is natuurlijk niet voor niets prioriteit gegeven aan de financiering van de bestrijding van hiv/aids, tuberculose en malaria, het heeft te maken met de grote sterfte aan deze drie ziekten en aan de beschikbaarheid van kosteneffectieve middelen om er iets aan te doen. Maar het is ook duidelijk dat er geen sprake is van een keuze tussen het een en het ander, want bestrijding van deze ziekten is ondenkbaar zonder goede gezondheidszorg. En er zijn uiteraard ook nog andere onderdelen van de gezondheidszorg die prioriteit verdienen. Het is dus meer een kwestie van de juiste balans, maar kosteneffectiviteit, het aantal gewonnen levensjaren en dergelijke indicatoren zullen hierbij natuurlijk van belang zijn.

De **voorzitter**: Hiermee sluit ik dit tweede blok van de hoorzitting af. Ik dank de inleiders zeer voor hun komst en voor hun bijdragen.

Rondetafelgesprek met:

Youth Incentives

- mevrouw T. Bronner.

Stichting Woord en Daad

- de heer E. Brouwer;
- de heer L. Van Schothorst.

Choice for Youth and Sexuality

- mevrouw Kroes;
- de heer J. Van Vliet.

Vereniging Prisma

- mevrouw drs. D. Kupers-Oving;
- de heer drs. L. de Jong.

Children affected by Aids (CABA)

- mevrouw A. van Lookeren Campagne;
- mevrouw M. Stolte.

Stichting Schorer

- de heer F. Strijthagen.

Mevrouw **Bronner**: Voorzitter. Youth Incentives is een internationaal programma op het gebied van seksualiteit van de Rutgers/Nissogroep. Deze groep heeft in meer dan 150 landen seksuele gezondheidsklinieken. Ik wil het belang van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten aansnijden. Omdat in de vorige sessie daar al uitgebreid op is ingegaan, zal ik het kort houden.

Ik benadruk het belang van de rol van vrouwen en jongeren. Vrouwen zijn biologisch en vaak ook cultureel gezien veel kwetsbaarder voor nieuwe infecties. Daarom is het van groot belang om te investeren in hun seksuele empowerment, waardoor ze weerbaarder worden en meer zeggenschap krijgen over hun eigen lichaam en hun eigen keuzes. Daarnaast wil ik de rol van jongeren naar voren halen. In het Nederlandse beleid worden jongeren her en der wel genoemd, zonder dat kan worden gesproken van een uitgebreid, vaststaand beleid. Ik pleit ervoor om dat wel te doen.

Ik heb zelf geen enkel probleem om over seks en seksualiteit te praten, waarbij ik met name noem het geven van goede voorlichting. Als iemand met een probleem bij u komt, voorzitter, zult u daar ook aandacht aan geven, of kunt u hem of haar doorverwijzen naar iemand die u goed vertrouwt. Dit is heel kenmerkend voor de Nederlandse aanpak van seksualiteit, en het is een grondslag voor de goede cijfers die wij hebben op het gebied van seksuele gezondheid. Daarmee kunnen wij precies laten zien dat wij een internationale verantwoordelijkheid hebben te dragen. Daarom is het zo belangrijk dat wij met onze kennis, onze expertise, onze openheid en onze terughoudendheid als het gaat om moralisme, onze verantwoordelijkheid op dit gebied nemen, en dit delen met andere landen. Daarom ben ik voor een grotere investering in seksuele en reproductieve gezondheid. Wij ondervinden op dit moment vrij veel tegenwind uit andere landen, terwijl wij aan de andere kant door grassroot-organisaties worden overspoeld met verzoeken om hulp.

Als wij bij onze partners op bezoek gaan, zien wij vaak dat zij weinig tijd hebben, overspoeld als zij worden door andere missies. Daar moet eens goed naar worden gekeken. Verder kom ik vaak een gezondheidsinfrastructuur tegen die niet voldoende is. Hier valt nog veel te winnen.

De heer **Brouwer**: Voorzitter. Wij hebben de Tweede Kamer al een brief gestuurd, waarin wij uitgebreid op een aantal zaken ingaan. Ik noem nog een paar korte punten die wat extra aandacht behoeven in deze ronde. Wij vragen om te beginnen aandacht voor de noodzaak van een gezinsgerichte aanpak. In de partnerlanden waar wij werkzaam zijn, is geen sprake van zo'n samenleving als in Nederland. Wij werken in gebieden waar 80% van de mensen gehuwd is, en waar seksualiteit dus alles te maken heeft met huwelijksrelaties. Dan is het erg belangrijk om te kijken naar de relationele context, waarbinnen seksualiteit plaatsvindt, en dus niet om het huwelijk heen te gaan.

Mijn tweede punt is de rol van de religie. Uit onderzoek dat in opdracht van de WHO vorig jaar is verricht, is gebleken dat bijvoorbeeld in Zambia en Lesotho 40% van de zorg aan aidspatiënten wordt verleend door religieuze organisaties. In Kamerdebatten wordt religie wel eens voorgesteld als een soort belemmering bij het zoeken naar oplossingen. Wij vinden echter dat je niet om religie heen kunt. Zie het niet als een vijand, als een

soort blok aan het been, maar probeer samen te werken met die organisaties. Wij als christelijke organisatie hier hebben erg goede ervaringen met het samenwerken met christelijke organisaties daar. Het is van groot belang dat niet louter voor een technische benadering wordt gekozen, waarbij het gaat om voorlichting alleen. Onze projecten moeten worden ingebed in de plaatselijke religieuze situatie.

Als derde punt wil ik aandacht vragen voor de positie van jongeren. Een minister voor jeugd en gezin zoals wij hier hebben zou je in het buitenland ook bijna nodig hebben. Woord en Daad vraagt aandacht voor het belang van lifeskills onderwijs: je leert jongeren plannen te maken voor de toekomst. Ze moeten niet alleen worden voorgelicht over risicovol gedrag, maar ook over relatievorming, de goede verhouding tussen man en vrouw, etc. om zo echt te werken aan duurzame preventie. Bij de aidswezen gaat het om een groep van 15 à 16 miljoen kinderen. Vanuit de Tweede Kamer is in 2005 hiervoor aandacht gevraagd, en is 8 mln. vrijgemaakt op de begroting van 2006 voor projecten op dit gebied. Woord en Daad ziet graag dat die steun wordt gecontinueerd. Die categorie kinderen groeit gestaag, zeker de komende jaren, en wij zouden het heel goed vinden als politici daarvoor aandacht blijven houden.

Mevrouw **Kroes**: Voorzitter. Choice is een jongerenorganisatie, bestaande uit zo'n twintig krachten, op vrijwillige basis. Choice komt op voor seksuele en reproductieve rechten, met name voor jongeren, en voor betekenisvolle jongerenparticipatie in het veld. Meer dan de helft van de wereldbevolking is jongere, zodat dit een groep is die niet te negeren valt. Maar wij merken dat er veel stigmatisering in het veld is. Het blijkt niet makkelijk om over seks en seksualiteit te praten, terwijl wij dat erg belangrijk vinden.

Wij pleiten voor een comprehensive sexuality education. Het is heel erg belangrijk dat jongeren worden geïnformeerd over alle mogelijkheden die er zijn in het gevecht tegen hiv/aids, zodat zij daarin zelf een verantwoorde keuze kunnen maken. Daarnaast vinden wij het erg belangrijk dat jongeren niet langer als een probleemgroep worden aangeduid, maar dat ze vooral worden gezien als gerespecteerde partners in het gevecht tegen hiv en aids. Jongeren hebben zeker een eigen visie en hun eigen behoeften.

Mevrouw **Kupers-Oving**: Voorzitter. Dank voor deze uitnodiging. Wij zijn blij, hier aanwezig te mogen zijn. De Kamer heeft ons schrijven ontvangen; ik zal daar een aantal punten uit noemen. Prisma gelooft in een geïntegreerde, multisectorale benadering, omdat wij geloven dat hiv/aids geen losstaand medisch of maatschappelijk probleem is. De aandacht moet liggen op het gebied van destigmatisering, preventie, zorg, ondersteuning en vermindering van de impact. Sectoren als gezondheidszorg, onderwijs, politiek en maatschappelijk middenveld, waaronder kerken en bedrijfsleven moeten worden gemobiliseerd om deze uitdaging gezamenlijk aan te gaan. Daarbij is het van belang dat de strijd tegen aids geen strijd wordt tussen verschillende gezichtspunten van verschillende partijen, maar dat een harmonisatie met bestaande programma's van overheden of andere ngo's moet plaatsvinden. Ook moet worden samengewerkt met de reguliere gezondheidszorg.

Wij leggen de nadruk op de rol die religie speelt, vooral in het zuiden. Religie speelt daar een enorme rol in het dagelijks leven van mensen. Wij erkennen dit, en Prisma zet zich dan ook in om de invloed van religieuze leiders te benutten. De kerk heeft als opdracht te staan voor recht en gerechtigheid. Vele organisaties zien in dit licht een taak bij de bestrijding van hiv/aids. Daarnaast heeft de kerk zich door de geschiedenis heen vaak sterk gemaakt voor de opvang van wezen en weduwen, een natuurlijke taak, waarvan de kerk zich heeft gekweten, waarvoor waardering is

getoond. Religieuze leiders en kerken kunnen een belangrijke rol vervullen bij het beïnvloeden van de eigen overheden en de eigen doelgroep, waar zij zaken aan de kaak kunnen stellen als harmful cultural practices, geweld tegen vrouwen, discriminatie en stigmatisering. Ook de negatieve rol die religie heeft gehad of heeft in de bestrijding van hiv/aids erkennen wij. Daarom vinden wij het van belang om een open dialoog te hebben met religieuze leiders en groeperingen. Gelovigen die zelf besmet zijn met het virus, spelen hierin een cruciale rol. Wij betreuren het dat in de Aidsnotitie van 2004 de positieve rol van religieuze organisaties en van religie in het algemeen niet wordt genoemd. Graag zien wij dit aangepast. Als laatste punt. Een groot deel van het nationale budget wordt weggezet via het multilaterale kanaal. Er is twijfel over de effectiviteit hiervan. Is besteding via bilaterale kanalen en/of maatschappelijke organisaties niet effectiever? Onderzoek daarnaar moedigen wij aan.

Mevrouw **Van Lookeren Campagne**: Goedemiddag. De CABA Werkgroep is geen organisatie, maar een werkgroep waar verschillende en veel kindgerichte organisaties aan deelnemen zoals Plan Nederland, Save the Children, Unicef, maar ook het ministerie van Buitenlandse Zaken en Stop Aids Now! Wij houden ons bezig met de situatie van kinderen die slachtoffer worden van de aidsepidemie, de zogenaamde aidswezen. Wij vinden simpel gezegd dat de situatie van die kinderen te weinig op de verschillende politieke agenda's staan. Daarmee doel ik niet op de Nederlandse regering als zodanig, maar ik bedoel het meer in het algemeen. Op dit moment zijn er 12 miljoen aidswezen. Als het beleid ongewijzigd blijft, dan zijn dat er ongeveer 20 miljoen in 2010. Eén op de tien kinderen krijgt geen medicatie waardoor de meeste kinderen al voor hun tweede levensjaar sterven. Eén op de tien zwangere vrouwen krijgt geen medicatie om de besmetting op haar kind te voorkomen. 1500 kinderen sterven per dag. 95% van deze aidswezen wordt opgevangen in families en gemeenschappen. Dit vangnet is aan het knappen door de aanhoudende armoede en door de hoeveelheid kinderen en ouders die sterven of opgevangen moeten worden. Ook hierbij geldt dat als het beleid zich niet wijzigt, steeds meer kinderen verwezen en uiteindelijk geen opvang meer vinden. Deze kinderen worden dus zeer kwetsbaar voor uitsluiting en uitbuiting in de vorm van prostitutie, geen onderwijs, geen gezondheidszorg, discriminatie en stigmatisering. De meeste organisaties hebben al aangegeven dat als je deze kinderen een kans wilt geven, er veel meer geïnvesteerd moet worden in onderwijs, gezondheidszorg en preventie en voorlichting. De CABA Werkgroep voegt hier een vierde element aan toe, namelijk het recht op sociale bescherming. Wij vinden sociale bescherming een mensenrecht. Dat staat ook omschreven in de verschillende verdragen. Deze kinderen hebben dat nodig. Wij verstaan onder sociale bescherming dat gemeenschappen dan wel regeringen systemen op gang brengen waarbij kinderen die getroffen worden door aids worden beschermd. Daardoor kunnen zij onderwijs volgen, hebben zij toegang tot de gezondheidszorg en alle basisvoorzieningen en worden zij beschermd tegen uitbuiting en andere vormen van onvriendelijk kindgedrag. Deze socialebeschermingssystemen zijn al in bepaalde landen ingevoerd. Wij bepleiten ook dat kinderen die worden opgevangen door ofwel oudere broers of zussen, ofwel tantes, gemeenschap of opa en oma, een inkomenssteun krijgen. Nu zie ik overal belletjes rinkelen dat het dan zou betekenen uitkeringen en fraude. Deze bedragen worden gegeven aan ouders of verzorgers van aidswezen zodat deze kinderen in ieder geval gevoed kunnen worden en sterk genoeg zijn om naar school te gaan. Verschillende organisaties zijn in het veld al veel bezig met dit soort projecten waarbij er zeer positieve resultaten te zien zijn. Mijn collega zal daar straks verder over vertellen. Wat vragen wij de Kamer dus? Wij vragen steun voor innovatieve ideeën zoals de implementatie van sociale-

De heer **Strijthagen**: Voorzitter. Stichting Schorer is niet voor iedereen een begrip. Ik zal het kort toelichten. Wij houden ons bezig met homoseksualiteit, gezondheid en welzijn in Nederland en daarbuiten. Het meerpartijeninitiatief dat achter deze hoorzitting ligt, is een goed initiatief. Vanochtend was Share-Net aanwezig. Schorer is lid van Share-Net en schaart zich dus geheel aan die zijde, maar vandaag vraag ik speciaal aandacht voor de kwetsbare groep van homoseksuelen mannen en vrouwen, biseksuelen en transgenders. Voor de meesten is bekend dat deze groep extra kwetsbaar is voor hiv en andere soa in verband met hun gedrag of identiteit. De organisaties die deze mensen in het Zuiden steunen, zitten vaak in de marge van de samenleving en ontvangen weinig of geen budget om het werk te doen. Het is echter niet alleen een kwestie van geld waarvoor wij hier bij elkaar zitten. Het gaat ook om agendasetting, om ervoor te zorgen dat er aandacht is voor deze groep en dat er openheid is over seksualiteit, dus ook over andere seksuele voorkeuren en identiteiten.

Een belangrijke randvoorwaarde om deze groepen goed te bereiken voor de hiv/soa-preventie is dat de marginalisering en discriminatie van deze groep wordt opgeheven. Dat is misschien een open deur, maar dat is nog steeds zeer belangrijk. Gelijke rechten zijn voor deze groep enorm belangrijk, dus ook het recht op gezondheid, gezondheidszorg en toegang tot gezondheidsfaciliteiten. Uiteraard speelt geld dan wel een rol; geld voor onderzoek en geld voor programma's. Dat zal duidelijk zijn. Wij vinden het buitengewoon plezierig dat door het nieuwe financieringsstelsel van het ministerie van Buitenlandse Zaken Stichting Schorer de komende vier jaar in staat is om in negen landen in het Zuiden, in Latijns Amerika en zuidelijk Afrika, zeventien partnerorganisaties te steunen om heel gericht de hiv/soa-preventie voor deze groepen op te pakken.

Ik noem nog één zorg als laatste. Je ziet meer en meer dat er een algemene budgetfinanciering is van donoren naar landen in het Zuiden.

Belangrijk knelpunt daarbij is dat er geen garantie is dat een deel van het budget wordt besteed aan seksuele minderheden. Dat punt wil ik graag op de agenda zetten, want dit soort waarborgen moet bij de financiering van deze constructies worden ingericht.

Ik heb mijn bijdrage ook op schrift gesteld. Die zal ik aan de griffier overhandigen.

De **voorzitter**: Ik geef nu gelegenheid aan de Kamerleden om ieder één vraag te stellen.

De heer **Boekestijn**: Voorzitter. Ik wil alle inleiders graag bedanken. Het mooie van dit soort hoorzittingen is dat je een heel palet krijgt van allerlei opvattingen die leven in de samenleving. Als je tussen de regels door luistert, dan proef je verschillende opvattingen ten aanzien van de wijze waarop je dit probleem zou kunnen aanpakken.

Als Kamerlid moet je met schaarse middelen zo effectief mogelijk omgaan. In dit verband stel ik vast dat er over de effectiviteitsvraag verschillend wordt gedacht. Sommige groeperingen hechten veel belang aan huwelijk en onthouding terwijl anderen kiezen voor meer preventieve middelen. Als Kamerlid zou ik die vraag evenwel uit het ideologische stramien willen halen om na te gaan wat nu eigenlijk wel en niet werkt. Ik ben eigenlijk alleen meer geïnteresseerd in empirische evidentie. Aan de stichting Prisma en de stichting Woord en Daad is mijn vraag of zij menen dat hun opvatting over aidsbestrijding de meest effectieve manier is om aids te bestrijden.

Mevrouw **Kupers-Oving**: Prisma focust zich niet slechts op onthouding en huwelijk. Wij werken ook met preventiemethoden. Ik neem aan dat u met uw vraag specifiek doelt op condoomgebruik. Dat is uiteraard ook bij ons ter discussie geweest maar dat is in principe geen punt van discussie meer. Het is een van de onderdelen van onze bredere aanpak. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat veel religieuze organisaties en kerken zich hebben verzet of nog steeds verzetten tegen condoomgebruik als preventiemiddel. Hierbij spelen vooral culturele factoren en niet zozeer religieuze factoren een rol. Eerder werd bijvoorbeeld al genoemd dat sperma door sommigen wordt gezien als het levenssap dat vooral veel kracht en goedheid brengt.

Prisma stelt dit punt dus wel breed aan de orde. Haar leden bediscussieren dit ook met hun partners. Het is dus wel degelijk een punt van aandacht.

De heer **Van Schothorst**: Onze stichting heeft inderdaad een ideologische inslag maar tegelijkertijd benadrukken wij dat iedere vorm van preventie van hiv en aids gewenst is. Als bijvoorbeeld prostituees meer condooms gaan gebruiken, zijn wij van harte bereid om een project daarvoor te steunen, omdat het een risicogroep betreft. Alleen, wij geven er een extra dimensie aan door een prostituee de kans te bieden haar leven te veranderen. Het is uiteraard haar keus om die kans te gebruiken, maar die kans willen wij haar zeker geven. Wat wij niet willen, is dat er denigrerend gedaan wordt over abstinentie en trouw zijn. Er zijn binnen christelijke gemeenschappen heel veel goede voorbeelden van mensen die abstinente en trouw zijn en daardoor ook beschermd zijn. Voor mensen die dat niet willen, moeten condooms beschikbaar zijn. Ook in Prisma-verband onderzoeken wij of het hameren op normen en waarden ook werkt en of er bijvoorbeeld in evangelische geloofsgemeenschappen werkelijk minder hiv en aids is dan in andere geloofsgemeenschappen. Dat onderzoek is helaas nog niet afgerond.

De heer **Brouwer**: Om het misverstand weg te nemen dat dit een puur christelijke agenda zou behelzen, zou ik nog een aanvulling willen geven. Ik heb ook goed geluisterd naar wat de vertegenwoordigster van de World Population Foundation heeft gezegd. Zij benadrukte ook de waarde van het uitstellen van het seksuele debuut en het verminderen van het aantal partners. Dat is iets wat je eveneens terugvindt in de beleidsstukken van de Nederlandse regering, zij het summier. Het betreft dus een punt dat breder gedragen wordt dan alleen door onze organisaties.

Mevrouw **Koşer Kaya**: Voorzitter. Ik dank iedereen voor de informatie die wij hebben gekregen. Als ik hoor hoeveel aidswezen er zijn en hoeveel kinderen er sterven aan deze ziekte, draait mijn hart om. Dat brengt mij tevens op een vraag over condoomgebruik. Ik weet dat er heel veel kerkelijke instellingen zijn die meewerken en die meedenken en hulp bieden. De vorige week las ik in de krant dat Turks-Nederlandse imams in de gebedshuizen opriepen om massaal tegen eerwraak op te treden. Juist dat massale aspect vind ik uitstekend. Ik vraag mevrouw Kupers en de heer Brouwer om hun achterban of in ieder geval de kerkelijke instellingen massaal te willen oproepen om condoomgebruik toe te staan, ook in de zin dat iedereen over condooms kan beschikken.

In de toelichting van mevrouw Van Lookeren proefde ik het idee van een soort kinderbijslag. Wil zij een dergelijke toeslag direct koppelen aan bepaalde voorwaarden, zoals het naar school gaan van een kind?

De **voorzitter**: Het valt mij op dat vertegenwoordigers van liberale fracties graag vragen stellen aan christelijke organisaties.

Mevrouw **Koşer Kaya**: Het is zeker niet mijn bedoeling om denigrerend over het geloof te doen. Ik ben zelf gelovig. Maar of je nu gelovig bent of niet, wij moeten staan voor al die mensen die dagelijks sterven. Dat zij sterven komt ook omdat het gebruik van condooms nog steeds niet normaal gevonden wordt.

Mevrouw **Kupers-Oving**: Ik ben niet voor een massale oproep voor het gebruik van condooms. Wij streven naar eerlijke en volledige voorlichting. In dat kader komt ook het condoomgebruik aan de orde. Volgens mij is het condoomgebruik niet meer zo'n heet hangijzer. Wij zijn er ook niet tegen. Het is onderdeel van een bredere preventieve aanpak.

Mevrouw **Koşer Kaya**: Roept u religieuze leiders op om dit te zeggen?

Mevrouw **Kupers-Oving**: Wij zijn ook in gesprek met kerkelijke leiders en met christelijke organisaties ter plaatse. Daarbij is dit een bespreekbaar issue.

De heer **Brouwer**: Wij doen geen massale oproep, maar wij maken het wel bespreekbaar. Wij delen de visie van PRISMA op dit punt. Woord en Daad organiseert projecten in het zuiden waarbij geestelijk leiders in contact worden gebracht met dokters en anderen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Het is daarbij de bedoeling om dit soort dilemma's op tafel te leggen en bespreekbaar te maken. Dat is hard nodig omdat beide werelden vaak langs elkaar heen leven. Je kunt niet om de religieuze organisaties heen vanwege hun grote invloed op de plaatselijke samenleving.

Ik wil echter de politiek en ook de fractie van D66 vragen om het belang van dergelijke organisaties te erkennen en daar in het beleid vorm aan te geven. Religie moet niet alleen gezien worden als een blok aan het been.

Mevrouw **Koşer Kaya**: Ik heb met nadruk gezegd dat religieuze instellingen wel degelijk een rol kunnen spelen. Religieuze instellingen die vinden dat er geen condooms gebruikt mogen worden, moeten dan ook hun verantwoordelijkheid nemen voor al die kinderen die sterven. Waarom is een massale oproep niet mogelijk? Ik was juist zo blij dat de imams zelf het initiatief namen en massaal opriepen om tegen eerwraak op te komen.

De **voorzitter**: Wij zijn allemaal verantwoordelijk voor het sterven van die kinderen en niet alleen bepaalde organisaties.

De heer **De Jong**: In de tijd dat de vereniging PRISMA dit beleid geformuleerd heeft, is er veel samengewerkt met een van de leden in Zuid-Afrika, namelijk World Vision. Eén van de beleidsmakers, een predikant, was zelf besmet met hiv. Hij zag het als zijn roeping om in de lokale en kerkelijke gemeenschappen propaganda te maken voor het nieuwe beleid. Dat is dan wel niet massaal, maar wel heel effectief. Hij maakte daar min of meer een campagne van. World Vision en andere lidorganisaties vertellen dit verhaal niet massaal, maar wel heel gericht in de lokale gemeenschappen.

Mevrouw **Stolte**: Wij pleiten voor kinderbijslag voor de meest kwetsbare kinderen. Kinderbijslag is een van de manieren om steun te verlenen. Dit kan ook door middel van pensioenen of fondsen. Dergelijke fondsen stellen dan wel voorwaarden, zoals de eis dat de kinderen naar school gaan. Er zijn verschillende pilots voor het verlenen van steun aan de meest kwetsbare groepen. De landen zelf maken uit wat voor hen de meest effectieve manier is. Er zijn bewijzen dat universele kinderbijslag,

dus niet gerelateerd aan de mate van armoede in een gezin, het meest effectief is en het minst kost.

De heer **Van der Staaij**: Zijn er landen waarvan het beleid ten aanzien van aidswezen als voorbeeld kan dienen? Er zijn landen die bewust niet kiezen voor grootschalige institutionele opvang, zoals weeshuizen. Deelt CABA die benadering?

Kunnen de vertegenwoordigers van Woord en Daad vertellen of de Nederlandse instellingen uit de voeten kunnen met de huidige wijze van financiering? Is het wenselijk om dat uit te breiden?

Mevrouw **Stolte**: Onderzoek wijst uit dat kinderen het beste opgevangen kunnen worden in gezinnen en niet in instituten. Dat geldt ook voor Nederlandse kinderen die wees worden.

Via vormen van kinderbijslag kunnen meer kinderen beter opgevangen worden in gezinnen. Veel kinderen worden opgevangen door grootouders of andere familieleden. Na een aantal jaren worden de kinderen doorgegeven aan een ander gezin omdat het financieel te zwaar wordt. Door de kinderbijslag kunnen de wezen in het gezin blijven totdat zij oud genoeg zijn om zelfstandig verder te gaan.

De heer **Brouwer**: De Kamer moet duidelijkheid krijgen over de keuzes die vorig jaar door de minister zijn gemaakt. De minister heeft ervoor gekozen om alleen buitenlandse organisaties te steunen. De reden daarvoor is mij niet helemaal duidelijk, want er zijn ook Nederlandse organisaties die in ontwikkelingslanden hun expertise kunnen inzetten. Zij kunnen geestelijke bijstand verlenen en medische zorg bieden, maar ook juridische ondersteuning geven bij erfrecht kwesties van wezen. Wat Woord en Daad betreft, moet hierover duidelijkheid komen.

De heer **Van Schothorst**: Als voorbeeld van de rol die organisaties zoals Woord en Daad kunnen spelen, noem ik onze contacten met het maatschappelijk middenveld in Zuid-Afrika. Aidswezen worden in gezinnen geplaatst en vertegenwoordigers van organisaties uit het maatschappelijk middenveld bezoeken de kinderen wekelijks. Bij verdenking van misbruik wordt dit aan de overheid gemeld. In Zambia steunen wij grote koepelorganisaties waardoor kerken en andere gemeenschappen de mogelijkheid krijgen om wezen op te vangen. De overheid kan de opvang van aidswezen niet helemaal op zich nemen en daarom moet het maatschappelijk middenveld worden ingeschakeld.

De heer **Voordewind**: Voor onszelf lijkt het mij van belang dat wij de kwestie religie-aids nader bezien. Daarbij kan het onderzoek van de WHO wellicht een rol spelen. Ik krijg graag het artikel over de effectiviteit van de hulp waar mevrouw Kupers over sprak.

Wat kan de Kamer concreet doen ter bevordering van het middel van kinderbijslag voor aidswezen? Op welke wijze moeten wij dit verder aanpakken?

Mevrouw **Van Lookeren Campagne**: Wij weten dat bepaalde afdelingen op Buitenlandse Zaken zich aan inlezen zijn in het onderwerp. Er zijn al grote donoren, zoals het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Duitsland. In die landen is het opgenomen in het beleid. Het VK investeert in onderwijs, gezondheidszorg, bestrijding hiv/aids en ook in social protection. Aan dit laatste beleid zijn cash transfers gekoppeld in de vorm van kinderbijslag en pensioenen. Het is van belang dat de Kamer dit onder de aandacht van de minister brengt. Dit kan via moties, vragen en in debatten. Wij zijn ervan overtuigd dat het werkt.

In Rwanda is 30% van de kinderen wees als gevolg van aids en van de genocide. Daar zijn structuren opgezet om gezinnen financieel bij te staan.

Dat kan niet meteen door de overheid overgenomen worden, maar een overheid heeft wel de plicht om dit op zich te nemen. Zij moet de opvang overnemen als de ouders dit niet meer kunnen. Dat is in Nederland ook zo. Wij willen dat de donoren deze route volgen. Het gaat om een soort holistische benadering gebaseerd op kinderrechten. Wij weten zeker dat dit kan.

Mevrouw **Bronner**: De heer Voordewind sprak over de kwestie religie-aids. Religie is zeer breed. Vaak is men geneigd, alleen te spreken over het hoofd van de katholieke kerk. Wij kennen allemaal zijn standpunt over het condoomgebruik. Overigens wordt dit standpunt zelfs binnen het Vaticaan ter discussie gesteld. Religie is echter meer. Ook wij werken samen met religieuze groeperingen. In Uganda is homoseksualiteit strafbaar. Samen met een religieuze instelling hebben wij daar geprobeerd om meer begrip voor homoseksualiteit te kweken.

Een religie met sterke moralistische aspecten kan schadelijk zijn. Maar alles heeft altijd twee kanten. Ook een onafhankelijke, niet-christelijke ontwikkelingsorganisatie als de onze kiest in veel gevallen voor samenwerking met religieuze organisaties. En zo hoort het ook.

Mevrouw **Ferrier**: Ik ondersteun van harte het voorstel van collega Voordewind om de relatie tussen religie en aidsbestrijding als een initiatief van het meerpartijeninitiatief op de agenda te zetten. Volgens mij heeft de heer Irgang het idee om daar de Paus zelf meteen maar bij uit te nodigen. Ik wijs er graag nog even op dat afgelopen zaterdag in de Amsterdamse Bijlmermeer een grote bijeenkomst heeft plaatsgevonden van migrantenkerken. Daarover stond vandaag een artikel in Trouw. Zoals dat vaak door religieuze organisaties wordt gedaan, is daarbij ingezet op het totale pakket ter bestrijding van hiv/aids. Dat is een heel belangrijke stap die reflecteert wat er in de thuislanden van deze kerken gebeurt. Ik heb een vraag aan de vertegenwoordigers van de Stichting Schorer en van Choice for Youth and Sexuality. Naar ik heb begrepen, zetten beide organisaties in op preventie. In de bijdrage van de Vereniging PRISMA lees ik wat het probleem is waar men tegen aanloopt: de afzijdigheid van de politiek in veel van de landen waar deze organisaties actief zijn. Ik ben heel benieuwd hoe zij daarmee omgaan. Wat zijn de oplossingen en welke bijdrage kunnen wij daaraan leveren?

De heer **Strijthagen**: In veel landen in het zuiden is homoseksualiteit verboden of strafbaar. In Zuid-Afrika is dat niet het geval, maar dat wil nog niet zeggen dat de contacten met de regering of de lokale overheden daar goed zijn. Ons programma richt zich niet alleen op evidence based preventiestrategieën, althans in de ondersteuning daarvan bij de lokale organisaties. Wij proberen ook de lokale organisaties te ondersteunen en te trainen in het lobbywerk opdat voorzieningen worden opgenomen in de reguliere gezondheidsvoorziening. Dat wordt als onderdeel van het totale programma opgepakt. Soms werkt dat, maar soms ook niet.

De heer **Van Vliet**: Er is gevraagd naar de afzijdigheid van de politiek op het gebied van de preventie van hiv/aids. Naar mijn mening geldt dit in het bijzonder voor seksuele minderheden en voor jongeren. Zo gauw het over seks en jongeren gaat, gaan de oren van de meeste mensen dicht. Daarom stimuleren wij jongerengroepen om actief te worden in de politiek opdat zij hun eigen omgeving kunnen veranderen. Dat kan op lokaal niveau, maar ook op nationaal niveau. Jongeren worden dus gestimuleerd om de beleidsmakers in hun omgeving te beïnvloeden. Dat kan al door iets kleins te doen, bijvoorbeeld doordat er iets over seksualiteit wordt gezegd in het curriculum van een school. Met dat soort dingen zijn wij actief bezig.

De afzijdigheid van de politiek is ook vaak te zien in de manier waarop iets gebeurt. Er is vandaag gesproken over life skills education. Dat is een mooie politieke naam voor een discussie over het leven. Hiv- en aidspreventie zijn daar een klein onderdeel van. Als ik dat woord hoor, wil ik zeggen dat er vooral aandacht moet zijn voor seksualiteit, voor de eigen seksuele vorming, want dat is gigantisch belangrijk voor hiv- en aidspreventie. Mensen moeten weten wat condooms zijn, dat zij beschikbaar zijn en hoe zij die moeten gebruiken en wat de alternatieven zijn voor preventie.

De heer **Irrgang**: Voorzitter. Ik dank alle aanwezigen hartelijk voor hun bijdrage. Ik vond het een bijzonder nuttige ochtend. Sommige mensen zijn nog in de zaal om op deze ochtend ontzettend veel informatie te krijgen over een betere bestrijding van hiv en aids. Voor mij, en naar ik aanneem ook voor de andere Kamerleden, geldt dat deze ervaring voor herhaling vatbaar is: volgend jaar, al dan niet met de Paus of een andere vertegenwoordiger van de Katholieke kerk.

Mijn laatste vraag stel ik aan CABA. Zij gaat over het interessante idee om de opvang van aidswezen te verbeteren via de kinderbijslag. In het paper van CABA werd verwezen naar de Bolsa Familia, een programma dat in Brazilië heel effectief is gebleken. Dit programma is gericht op arme gezinnen, maar niet alleen op gezinnen met kinderen die hiv/aids hebben. Als je je alleen daarop richt, draagt dat volgens mij ook een risico in zich. Misschien kan worden aangegeven hoe CABA dat precies ziet. Is het bedoeld als programma specifiek voor arme gezinnen, en dus niet specifiek voor gezinnen of gebroken gezinnen waarin hiv/aids voorkomt?

Mevrouw **Stolte**: Wij staan voor een vorm van kinderbijslag voor alle gezinnen die kinderen opvoeden, onder een bepaalde armoedegrens leven en geen eigen inkomen kunnen genereren. Natuurlijk is het veel breder dan dit. Wij kennen een systeem voor pensioenen of uitkeringen aan gehandicapte mensen. Het kan zo breed zijn als een land dat kan dragen. Dit idee wordt op dit moment erg gepusht door een lobby vanuit Unicef en Diffit, een Engelse organisatie voor ontwikkelingssamenwerking. Door het groter wordende aantal kinderen dat wees is door aids, zijn zij er voor om nu actie te ondernemen. Wij stellen daarom voor om het mogelijk te maken om niet alleen kinderen die wees zijn door aids, maar alle kinderen die behoefte hebben aan ondersteuning binnen een gezin blijvend op te vangen.

De heer **Van Schothorst**: Niet alleen voor kinderen, maar ook voor andere mensen die geholpen moeten worden hanteren wij kwetsbaarheid als een belangrijk criterium. Dat ouders overleden zijn door hiv/aids kan daarbij een factor zijn, maar de kinderen van ouders die door andere oorzaken overleden zijn moeten net zo goed hulp krijgen. Zo verminder je de stigmatisering.

De **voorzitter**: Wij zijn gekomen aan het einde van een lange hoorzitting. Ik bedank degenen die hier aan tafel zitten voor hun bijdrage aan de discussie in het laatste uur. Ik bedank degenen die in de zaal zitten en die eerder aanwezig waren voor het feit dat zij de hele hoorzitting hebben uitgezet.

Voor de volledigheid wil ik melden dat mevrouw Peters van de fractie van GroenLinks zich heeft verontschuldigd. Zij kon op het laatste moment hier niet bij aanwezig zijn en heeft daarom een bericht van verhindering verzonden. Enkele andere Kamerleden hadden andere verplichtingen en moesten helaas iets eerder weggaan.

Wij hebben een indrukwekkende ochtend gehad. Ik weet zeker dat ik namens alle aanwezige Kamerleden spreek als ik zeg dat wij onder de indruk zijn van uw diepe betrokkenheid bij het afschuwelijke drama dat

hiv/aids is. Bij het spreken over oplossingen moeten wij in ieder geval aan meer factoren denken. Daaraan zijn vele aspecten verbonden en die hebben allemaal met elkaar te maken.

Ik dank u voor dit korte overzicht in sneltreinvaart. De zitting duurde weliswaar drie uur, maar ik denk dat wij hier nog uren over kunnen, moeten en zullen praten, al of niet in het bijzijn van de Paus.

Sluiting 13.06 uur.