

---

Vergaderjaar 2011–2012

---

**32 605**

**Beleid ten aanzien van  
ontwikkelingssamenwerking**

**Nr. 98**

**VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPREK**

Vastgesteld 11 juni 2012

De vaste commissie voor Buitenlandse Zaken heeft op 21 mei 2012 gesprekken gevoerd over **hiv/aids en SRGR**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Buitenlandse Zaken,  
Albayrak

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

**Voorzitter: Ferrier**  
**Griffier: Wiskerke**

Aanwezige leden: De Caluwé, Hachchi, Irrgang en De Lange.

### **Deelsessie 1: preventie, harm reduction en social protection**

#### **Gesprek met:**

- **Ton Coenen, directeur Aidsfonds**
- **Beatrijs Stickers, senior-adviseur Public Affairs, Tuberculosefonds**
- **Eveline Aendekerk, directeur dance4life**
- **Joanne van der Schee-van de Kamp, Advocacy Coördinator Prisma**
- **Caspar Waalewijn, Programme and linking officer Tear**

De **voorzitter**: Ik heet u allen van harte welkom. Het lijkt erop alsof wij ontzettend veel tijd hebben om ons te verdiepen in hiv/aids en SRGR, namelijk drie uur, maar de ervaring leert dat drie uur op zo'n middag heel snel voorbijgaat. Daarom wil ik beginnen. Wij zijn ontzettend blij dat wij dit rondetafelgesprek met u kunnen voeren en dat wij ons als woordvoerders voor buitenlandse zaken en ontwikkelings samenwerking een middag kunnen verdiepen in en gebruik kunnen maken van uw deskundigheid aangaande hiv/aids en SRGR. Zoals u weet, is er in ons parlement een meerpartijeninitiatief dat begonnen is als Meerpartijen Initiatief HIV/Aids. Sinds vorig jaar is dit uitgebreid met SRGR. Ook vanuit het meerpartijeninitiatief hechten wij enorm veel waarde aan dit soort middagen waarin wij ons in het onderwerp kunnen verdiepen. Wij zijn u dus dankbaar dat u uw tijd voor ons beschikbaar hebt gesteld. In het eerste uur zullen we praten over preventie, harm reduction en social protection. Ik zal alle sprekers over dit onderwerp kort de gelegenheid geven om een aantal punten te maken. Ik wil vooral ruimte laten voor de vragen van de Kamerleden.

De heer **Coenen**: Voorzitter. Het is, zeker in deze tijd, erg prettig om van deze gelegenheid gebruik te kunnen maken om een toelichting te geven op datgene waar het om gaat. Er is mij gevraagd om iets te zeggen over preventie, maar ik heb dat iets verbreed om als eerste spreker uiteen te zetten waar het om gaat bij de bestrijding van hiv/aids. Het lukte niet om de powerpoint te laten zien, maar ik begrijp dat de Kamerleden een uitdraai hebben van wat er zou worden gezegd.

De bestrijding van aids is de afgelopen jaren bijzonder succesvol geweest. De afgelopen 30 jaar zijn er grote successen geboekt. Een derde van de mensen die behandeling nodig hebben, krijgt die behandeling ook. Tien jaar geleden was iedereen echter nog in de veronderstelling dat het onmogelijk was om behandeling in Afrika op grote schaal uit te rollen. Dat is echter zeker gelukt. We zien dat de cijfers voor nieuwe infecties onder jongeren in zuidelijk Afrika omlaaggaan. Preventie werkt dus. Dat is heel belangrijk. Wij hebben ook gezien dat politiek leiderschap erg belangrijk is om effectief te zijn. Langzamerhand zijn wij in de loop der jaren op een soort tipping point aangekomen, een punt waarbij wij zien dat wij, als wij nu echt doorzetten met de aidsbestrijding en daarvoor de investeringen kunnen doen, de epidemie echt kunnen keren. Wij zitten dus op een uniek punt. Dat betekent nogal wat, maar daar kom ik zo op terug.

Ook is het cruciaal om aan te haken bij seksuele gezondheid en gezondheidssystemen. Je kunt hiv/aids niet afzonderlijk aanpakken, maar je moet het in een breder kader doen. Ook is het belangrijk dat wij nu weten dat de behandeling van hiv ook uit preventie bestaat. Het is heel technisch, maar als iemand een goede behandeling krijgt, die ook weet vol te houden en medicijnen consequent neemt, vermindert het virus in het bloed. Dan is

iemand vrijwel niet meer besmettelijk. Het is net iets ingewikkelder, maar dit is wel de hoofdboodschap. Het is een heel belangrijke boodschap. Toch zijn wij er nog lang niet. Er zijn nog 34 miljoen mensen met hiv. Jaarlijks komen daar nog steeds 2,7 miljoen nieuwe infecties bij. Ik zei net dat een derde van deze mensen wordt behandeld. Dat betekent dus dat nog steeds twee derde van de mensen die behandeld moeten worden, geen behandeling krijgt. Ook zien wij dat de kwetsbaarste groepen veel minder worden bereikt dan andere groepen. Van de druggebruikers in Oost-Europa krijgt bijvoorbeeld maar 10% behandeling. De percentages van de behandelde daar liggen vele malen lager dan bijvoorbeeld in Afrikaanse landen, terwijl het geld in Oost-Europa niet het probleem is. Daar gaat het om pure discriminatie. Mensenrechten zijn daar een groot probleem. Ook zien wij internationaal dat aids iets minder hoog op de politieke agenda is komen te staan.

Een van de dingen die de Kamerleden op hun tafel hebben liggen, is dat blauwe mapje. Dat is het investment framework. Het gaat erom dat wij bij het aanpakken van deze problemen slim moeten zijn met het weinige geld dat er is. Daarom is er een investment framework ontwikkeld. Dit wordt ondersteund door UNAIDS, door het Global Fund, door The Bill & Melinda Gates Foundation en door PEPFAR, het Amerikaanse programma. Het framework reikt een model aan om effectiever te zijn met dezelfde mogelijkheden en met dezelfde financiële middelen. Als je nog meer zou investeren, zou je dus nog veel effectiever kunnen zijn.

Waar focust het dan op? Het lijkt allemaal heel erg een open deur. Er wordt gekeken naar de dingen die echt werken. We zien in een heleboel landen dat er veel geïnvesteerd wordt in interventies waarvan het effect helemaal niet bewezen is. Dit framework zegt: we hebben genoeg onderzoek om te weten wat wel werkt; zet daar dus op in. De goede randvoorwaarden moeten worden gecreëerd. Stigma's moeten worden bestreden en goede wetgeving moet worden gecreëerd. Daarnaast moet worden geïnvesteerd in de zaken waarop echt problemen zijn. Daarmee doel ik bijvoorbeeld op de meest kwetsbare groepen. In een heleboel Afrikaanse en Aziatische landen zien we dat homomannen, mensen in de prostitutie en drugsgebruikers meer geraakt worden door de epidemie dan andere groepen. Er wordt weinig in geïnvesteerd. Het model geeft aan dat als je dat wel doet, je uiteindelijk veel meer bereikt. Daarbij moet een en ander worden gecombineerd met algemene ontwikkelingshulp. Er moet dus niet worden gekozen voor de stand-aloneaanpak. Op die manier kun je veel meer bereiken met hetzelfde geld.

Waar zou Nederland op in moeten zetten? In de notitie die de staatssecretaris onlangs naar de Kamer heeft gestuurd staan op hoofdlijnen heel goede punten. Af en toe zouden ze echter net een tikje scherper kunnen. Wat mij betreft is de boodschap dat politiek leiderschap van Nederland in de aidsbestrijding belangrijk is en blijft. Nederland heeft altijd een heel vooraanstaande rol gespeeld. De laatste jaren is dat wat minder geworden. Dit zou veel beter kunnen, ook omdat Nederland zich gecombineerd heeft aan het doel om 15 miljoen mensen op behandeling te hebben in 2015. Er moet nog veel gebeuren voordat we dat bewerkstelligd hebben.

Het zou goed zijn als Nederland zich zou aansluiten bij het investment framework. Het sluit heel goed aan bij de uitgangspunten waarmee we werken. Het is goed als daar echt een flinke push aan gegeven wordt en dat Nederland blijft volhouden dat hiv-bestrijding alleen maar kan als je die samen doet met seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en de verbetering van gezondheidssystemen. Er moet ook worden gefocust op de dingen waar Nederland echt uniek in is. De focus op key populations, de groepen die ik zojuist noemde, homo's, drugsgebruikers en sekswerkers, is echt bijzonder. Er zijn weinig landen die daarop focussen. Nederland heeft daarin een goede rol te spelen. Dat zou doorgezet moeten worden.

De betaalbaarheid van behandeling is een thema dat de komende jaren zeer hoog op de agenda zal komen te staan. De oorzaak daarvan is niet alleen het aantal mensen dat op behandeling moet, maar ook de problemen die er zijn om behandelingen goedkoop te houden. Dat wordt een issue. Dat komt later nog terug; ik ga er nu niet te veel op in. Daarom denk ik dat de bijdrage aan het Global Fund weer op het niveau zou moeten komen van twee jaar geleden. Er is flink in gesneden. Inmiddels is zelfs sprake van een halvering. Het zat op het niveau van 90 mln. per jaar. Op dat niveau zou het ook moeten zijn. Voor alle helderheid, het Global Fund gaat over integrale programma's. Het gaat niet alleen over behandelingen, maar ook over preventie en SRGR. Deze punten zouden in een partijprogramma niet misstaan. Ik hoop dat deze daarin terug gaan komen.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Stickers van het Tuberculosefonds.

Mevrouw **Stickers**: Dank u wel voor deze gelegenheid om vandaag onze visie te geven op het hiv/aids- en SRGR-beleid. Mandela zei het al in 2005: we kunnen de strijd tegen aids niet winnen, tenzij we veel meer doen om de strijd tegen tuberculose werkelijk aan te gaan. Ik wilde de gelegenheid vandaag benutten om duidelijk te maken wat de epidemie tbc/hiv in de praktijk inhoudt en wat dit zou kunnen inhouden voor het Nederlandse beleid. Even in aansluiting op wat Ton Coenen zei, hiv wordt nu op grote schaal behandeld. We hebben laten zien dat dit mogelijk is. Nu het zover is, is het heel belangrijk om ook te kijken naar de kwaliteit van de hiv-programma's. Het is heel belangrijk om goed in te spelen op de tb-problematiek. Ik hoop dit vandaag duidelijk te maken.

Ik kom nu op de co-epidemie hiv/aids. Wat betekent het als iemand gediagnosticeerd is met tb als er op de achter- of voorgrond ook nog hiv speelt? Infectie-tb wordt in dat geval ziekte-tb. De tuberculose verloopt dan heel kritisch, vaak met dodelijk gevolg, zeker als iemand resistente tb heeft. Onder de mensen met hiv is tb de belangrijkste doodsoorzaak. Als iemand hiv heeft, moet een arts gewoon weten of er op de achtergrond tb speelt, omdat dit een specifieke behandeling vraagt. Bovendien gaat de progressie van hiv naar de ziekte aids veel sneller, als er sprake is van actieve tuberculose. Dit houdt voor de aanpak van gezondsprogramma's in dat je altijd hiv moet opsporen bij tb-patiënten en dat je bij mensen die geïnfecteerd zijn met hiv altijd actief tb moet opsporen. Je moet niet wachten totdat de ziekte zich manifesteert, maar een geïnfecteerd iemand al direct gaan behandelen.

In de programma's in veel landen is enorm veel voortgang gemaakt. Zowel tuberculose als hiv wordt bestreden, maar deze ziektes moeten nog veel meer in samenhang worden bestreden. Er wordt met name nog veel te weinig actief tuberculose opgespoord onder mensen die leven met hiv. Die kwaliteitsslag moet in de komende jaren zeker gemaakt worden. Er is dus nog een wereld te winnen. Dit vereist vooral ook actieve opsporing onder de key populations waarover Ton Coenen ook reeds sprak, dus onder de drug users en mensen in gevangenissen. Dit speelt echter ook een rol bij de moeder- en kindzorg. Tb staat namelijk nog altijd op de derde plaats van doodsoorzaken van vrouwen in de reproductieve leeftijd. De grootte van de tb-epidemie is door de jaren heen verveelvoudigd. De epidemie is helemaal verworven met de hiv-epidemie. In Swaziland is 82% van de tb-patiënten hiv-positief. In Bangladesh en Pakistan hebben bijna alle hiv-positieve mensen ook tb. De behandeling is complex, evenals de diagnose. Dit alles vereist veel expertise, maar het is wel gewoon mogelijk om dit goed te doen in ontwikkelingslanden. Als het om reguliere tb gaat, is het feitelijk heel eenvoudig om die te genezen. Die behandeling vereist een gestandaardiseerde aanpak en kost

€ 25 per patiënt aan medicijnen. Als je maar goed opspoort, kun je deze vorm van tb behandelen, ook als er sprake is van hiv. Nederland is niet geïsoleerd en daardoor is de problematiek met multiresistente tuberculose ook hier toegenomen. Door de hiv-epidemie is namelijk de resistentieproblematiek in andere landen aangewakkerd en komt die dus ook in Nederland voor. De behandeling van een patiënt met multiresistente tuberculose kost niet de genoemde € 25. In het Nederlandse systeem kost dit al gauw € 200 000 per patiënt. Daarnaast heeft dit heel veel nare bijwerkingen die mensen levenslang bij zich kunnen dragen.

Ik kom nu terug op wat dit inhoudt voor het Nederlandse beleid. De tuberculosebestrijding kost ongeveer 5,2 mld. per jaar in de wereld. Daarvan wordt 85% door de landen zelf gedragen. Ook in arme landen is dat vaak nog 40% tot 50% van de kosten. Toch is er ook een impuls van buitenaf nodig, met name omdat het complexer is. De KNCV heeft een gestandaardiseerde aanpak ontwikkeld die juist geschikt is waar geen gezondheidswerkers zijn. Dat doen wij goed. Als je in het OS-beleid praat over minder pretentie en bekijkt waar we een unieke bijdrage leveren, dan geldt dat zeker ook voor tuberculosebestrijding. Dat is ook relevant voor de hiv-bestrijding. USAID kiest de KNCV juist om die kennis al meer dan tien jaar als hoofdaannemer. Het Global Fund vindt het ook heel belangrijk dat dit soort kennis, evenals die op het gebied van hiv en aids, meegenomen wordt in de investering op landenniveau.

Ons verzoek is dan ook om tb-expertise weer op te nemen als onderdeel van het hiv/aids-beleid en om de effectieve aanwending van de Global Fund-gelden te bevorderen door ervoor te zorgen dat landen die expertise kunnen inkopen en dat ook doen om hun programma's goed uit te voeren en te blijven werken aan bestrijding aan de bron in plaats van de stoep schoon te vegen à raison van € 200 000 per patiënt in Nederland.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Aendekerk, directeur van dance4life.

Mevrouw **Aendekerk**: Voorzitter. Bedankt voor de uitnodiging. Ik vind het erg leuk om bij dit rondetafelgesprek aanwezig te mogen zijn. Ik bouw mijn korte betoog op rondom drie stellingen. De eerste stelling is dat effectieve hiv-preventie niet los kan worden gezien van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. De tweede stelling is dat het effectief verbeteren van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten betekent dat de keten van seksuele voorlichting, gezondheidszorg en een ondersteunende omgeving continu en goed op elkaar moeten worden afgestemd. De derde stelling is dat een actieve inbreng van jongeren voor beide eerder genoemde stellingen cruciaal is. Ik licht de stellingen kort toe, waarbij ik vanuit dance4life de focus op jongeren leg. De onlosmakelijke link tussen hiv en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Ik weet dat het thema SRGR over twee uur apart op de agenda staat, maar eigenlijk kun je ze niet van elkaar scheiden. Ik zal dat goed beargumenteren. Nog steeds wordt het overgrote deel van alle nieuwe infecties, zo'n 80% à 90%, veroorzaakt door onveilige seks en door de overdracht van moeder op kind tijdens de zwangerschap. Ten tweede vergroten de ondergeschikte positie van vrouwen en meisjes, seksueel geweld en onvoldoende informatie over en toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid het risico op hiv. Ten derde treft 45% van alle nieuwe infecties jongeren onder de 24 jaar. Dat heeft deels te maken met een gebrek aan informatie. Nog steeds hebben twee op de drie jongeren wereldwijd onvoldoende kennis over hiv, hoe je het kunt krijgen en hoe je het kunt voorkomen. Nog veel belangrijker is het feit dat hun seksuele rechten niet worden erkend, waardoor jongeren in heel veel landen bijvoorbeeld helemaal geen toegang tot condooms hebben. Wil je hiv dus voorkomen, dan kun je dat niet los zien van SRGR.

Het tweede punt betreft de afstemming tussen gezondheidszorg, seksuele voorlichting en de omgeving. Op zich weten we dat informatie en toegang tot SRGR-services en gezondheidszorg een van de belangrijkste pijlers is in de preventie van hiv. We weten ook dat goede seksuele voorlichting niet alleen maar over de biologische aspecten van seksualiteit maar juist ook over de rechten en vaardigheden gaat, bijvoorbeeld: hoe onderhandel je over een condoom? Dat is ook cruciaal. Maar zelfs in situaties waarin de gezondheidszorg en de seksuele voorlichting beide goede ingeregeld zijn, heb je er eigenlijk nog niets aan. Een jongere die fantastische seksuele voorlichting krijgt, maar vervolgens in een land als Bangladesh woont, waar hij helemaal geen voorbehoedsmiddel mag kopen, heeft er niets aan. Dat geldt ook voor Barbados, waar je wettelijk seks mag hebben vanaf je zestiende, maar je je pas op je achttiende zonder toestemming van je ouders mag laten testen. Dan heeft het niet zoveel zin. Dan is het echt weggegooid geld en ineffectief.

Verder is het extreem belangrijk om in die gezondheidszorg te letten op de rechten van jongeren. In heel veel landen worden jongeren in klinieken op een veroordelende manier te woord gestaan door mensen die daar werken. De klinieken zijn niet open buiten schooltijden. Dergelijke zaken zijn belangrijk voor jongeren om op een goede manier aan hiv-preventie te doen.

Preventie staat dus niet op zichzelf, maar werkt pas goed als zij wordt ingezet in een geïntegreerde benadering. Zowel kijken naar educatie, gezondheidssystemen en services als naar de onderliggende factoren, zoals genderongelijkheid, stigma en discriminatie, en deze op elkaar afstemmen en naar elkaar laten verwijzen.

Ik verwijs naar de recente bijeenkomst van de CPD, de Commission on Population and Development van de VN, in april, waar ook het ministerie bij was, met als thema adolescents and youth. Daarin zijn heel baanbrekende afspraken gemaakt. Ik noem er twee. Voor het eerst hebben de overheden zich geëngageerd aan het recht van jongeren om zelf te beslissen over hun seksualiteit. Een ander voorbeeld is dat adolescenten en jongeren recht hebben op evidence-based comprehensive education on human sexuality. Nederland heeft daarin een grote rol gespeeld. Ik ben ook heel bij dat Nederland die inzet heeft getoond, want dat is de manier om de afspraak op VN-niveau te laten doorvertalen naar de landen. De onderhandelingen verliepen echter niet zonder slag of stoot. Het is extreem belangrijk dat Nederland een voortrekkersrol blijft spelen, omdat ook inzet op SRGR bijdraagt aan een brede ontwikkeling. Dat staat ook heel goed in de Focusbrief beschreven.

Mijn laatste punt is het betrekken van jongeren bij het maken van beleid en programma's. Wij zien dat jongeren eigenlijk zelf heel goed weten waar zij tegen aanlopen en wat zij nodig hebben. Wat je echter nog heel veel ziet, is dat jongeren gezien worden als ontvanger van programma's en niet als een serieuze partij om beleid te maken en te ontwikkelen. Het is essentieel om ze juist ook die rol te geven. UNAIDS pakt dat goed op en is via crowdsourcing een strategie voor jongeren aan het maken. Ons eigen ministerie erkent gelukkig de noodzaak. Binnenkort komt er ook weer een jongerenvertegenwoordiger voor SRGR en hiv en aids. Ook in onze eigen SRGR-alliantie werken wij actief met jongerenorganisaties om de stem van jongeren te kunnen laten horen.

Er worden dus goede stappen gezet en successen geboekt. Jongeren hebben meer kennis over seksualiteit, kennen hun rechten beter, beginnen later aan seks en worden langzaam meer betrokken bij het maken van beleid en programma's. Er is echter nog steeds een grote groep die niet bereikt wordt, in een conservatiever wordende wereld waarin vooral seksuele rechten van jongeren niet erkend worden. Ik ben nog steeds blij te zien dat SRGR, inclusief hiv en aids, één van de pijlers is van ons beleid en dat jongeren daarin een specifieke aandachtsgroep zijn.

Nederland is een van de weinige landen die niet bang zijn om openlijk te spreken over jongeren en seksualiteit. Ik roep Nederland dan ook op om deze rol te behouden, zeker gezien het feit dat er bijna 2 miljard jongeren op deze wereld zijn. Jongeren die potentie hebben en structurele en sociale verandering teweeg kunnen brengen, maar die daarvoor wel de juiste educatie moeten krijgen en de ruimte om te leren en te participeren.

De **voorzitter**. Dank u wel. Het woord is nu aan mevrouw Van der Schee-Van De Kamp van Prisma.

Mevrouw **Van der Schee-Van De Kamp**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Alleen technische oplossingen zijn niet voldoende om een antwoord te geven op de verspreiding van hiv en aids. Een integrale benadering is nodig als antwoord op de verspreiding van hiv en aids. Dit houdt in dat breed naar hiv en aids gekeken moet worden. Onder andere de wijze van verspreiding, levensstijl, beschikbaarheid van medicatie, educatie en voorlichting, seksualiteit en relaties zijn belangrijke factoren. Preventie speelt een heel belangrijke rol in deze benadering, in het bijzonder gedragsverandering, omdat dit bewezen een erg effectieve preventiemethode is, mits gecombineerd met andere methodes. In het bewerkstelligen van gedragsverandering kunnen kerken, moskeeën, religieuze leiders en Faith-Based organisaties, (FBO's), een zeer belangrijke rol spelen. FBO's zijn voor Prisma sleutelactoren om gedragsverandering te bewerkstelligen, omdat zij dichtbij de betreffende doelgroepen staan en veel invloed op hen hebben. FBO's zijn dus essentieel om mee samen te werken als wij de catastrofale verspreiding van hiv en aids willen tegengaan en mensen willen helpen om besmetting met hiv te voorkomen. Ik richt mij in het betoog vooral op de rol van FBO's in de preventie van hiv en aids. En als ik «FBO's» of «kerken» zeg, bedoel ik kerken, religieuze instellingen religieuze leiders. De noodzaak om het belang van FBO's in de aanpak tegen verspreiding van hiv en aids onder uw aandacht te blijven brengen, blijkt uit de brief die u als Kamer hebt ontvangen van staatssecretaris Knapen met daarin het beleid van SRGR inclusief hiv en aids. Nergens in de beleidsnotitie wordt verwezen naar de rol die genoemde actoren kunnen spelen. Het hele veld van levensbeschouwelijke oriëntaties komt niet aan bod. Een gemiste kans, helemaal als je kijkt naar de keuze van Nederland om zich onder andere in te zetten voor jongeren en voorlichting. De effectiviteit hiervan zal vergroot worden als de FBO's een grotere rol krijgen.

Nu hoor ik sommigen van u denken: ja, maar de kerk maakt meer stuk dan ons lief is en komt alleen maar met moraliserende boodschappen over seks en daar lossen we de problematiek niet mee op. Laat ik duidelijk zijn: hoewel de kerken vaak vooraan stonden bij de zorg voor aidspatiënten en pionierswerk hebben verricht in het beschikbaar stellen van basisgezondheidszorg voor aidspatiënten, waren de kerken niet effectief in het adresseren van preventie, stigma, schaamte en discriminatie. Ontkennen van de realiteit van hiv en aids binnen de kerken en de stilte van kerken en religieuze leiders over hivpreventie hebben bijgedragen aan de voortgaande verspreiding van hiv in elke regio in de wereld. Waarom pleit ik dan toch voor meer samenwerking met FBO's? Al decennialang zijn de kerken in beweging. De kerken zijn veranderd. Religieuze leiders zijn opgestaan, komen uit voor hun status en nemen verantwoordelijkheid. FBO's zitten overal, ook in de meest afgelegen gebieden, en hebben een groot bereik bij de doelgroepen. Ook zijn veel culturen nu eenmaal doordrenkt met religie. Daarom moet de overheid de kerken niet uit de weg gaan of veroordelen; de overheid moet juist inspringen op deze ontwikkeling en de kerken ondersteunen in deze rol.

Ik noem enkele mogelijkheden en kansen. FBO's hebben een enorm potentieel om individuen en gemeenschappen te voorzien van kennis, vaardigheden en strategieën die ze nodig hebben voor de juiste attitude

op het gebied van seks, gender en aids. Deze actieve rol die de lokale kerken kunnen spelen als positieve change agents in de brede gemeenschap leidt tot een effectievere respons op de hiv- en aidsproblematiek. De kerk moet open zijn over seks en seksualiteit en moet speciaal de jongeren laten zien dat de Bijbel duidelijke en positieve richtlijnen geeft over seks en relaties. FBO's kunnen een grote rol spelen bij het geven van voorlichting en training van jongeren in life skills of in het geven van bijvoorbeeld contextuele bijbelstudie. Contextuele bijbelstudie is een zeer effectieve methode in de context waar Bijbel en religie een belangrijke rol spelen en leert mensen te spreken over onderwerpen die anders taboe zouden blijven.

De kerk kent de gemeenschap, begrijpt de lokale behoeftes en is vaak ook in de positie om te antwoorden op de noden. De kerk is stabiel en een constante factor. De kerken hebben ook enorme capaciteit om zorg en steun te mobiliseren door de inzet van hun vrijwilligers, hun contacten en hun netwerken.

Ook heeft de kerk een centrale positie om mannen aan te spreken op hun seksueel gedrag. In veel landen is dit een van de grootste oorzaken van hivbesmetting. In de reader vindt u tal van inspirerende voorbeelden van organisaties en netwerken die zich inzetten om kerken te ondersteunen. Kortom, de overheid kan kerken, FBO's, religieuze leiders en religieuze instellingen zien als advocaat voor gedragsverandering die een grote bijdrage aan effectieve preventie kunnen leveren.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Waalewijn van Tear.

De heer **Waalewijn**: Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ook dank voor de uitnodiging. Dit is voor mij de eerste keer om zoiets mee te maken. Dus ik ben natuurlijk een beetje gespannen daardoor, maar ik zal mijn best doen.

De **voorzitter**: Ja, als u het maar kort houdt. Vijf minuten.

De heer **Waalewijn**: Mij is gevraagd om te spreken over social protection als onderwerp in relatie tot hiv. Social protection is een heel erg groot onderwerp. Om het dan kort te houden, wordt helemaal moeilijk. Social protection is wel iets wat ons allemaal raakt. Zo is er bijvoorbeeld in een land als Griekenland grote onzekerheid rond het denken over social protection in het kader van hiv. Hiv maakt mensen kwetsbaar. Wij hebben vaak te maken met landen met heel beperkte middelen. Welke mogelijkheden zijn er dan voor social protection? Ik wil het hebben over Ethiopië omdat ik daar in het kader van Tear ervaring heb opgedaan, samen met onze zusterorganisatie Tear in Engeland. Ik wil mij daarbij focussen op de selfhelp groepen die wij daar ondersteunen.

Een selfhelp groep is een lokale groep die bestaat uit vijf tot twintig mensen die elkaar wekelijks zien en die een band met elkaar opbouwen. De groepen zijn gericht op de onderkant van de samenleving en bieden mensen een structuur waarin zij elkaar kunnen ondersteunen en langzaam iets kunnen opbouwen. Een van de aspecten is het wekelijks sparen. Sparen is vaak heel moeilijk in de rurale context in Afrika. Er zijn geen banken, maar met deze mogelijkheid kunnen mensen ook op dat niveau sparen.

Mensen met hiv zijn vaak gestigmatiseerd en zij voelen zich hulpeloos. Door elkaar op te zoeken, niet alleen mensen met hiv maar ook andere kwetsbare mensen in de samenleving, krijgen zij meer gevoel van eigenwaarde. Zij kunnen een negatieve levensvisie omzetten in een bewustwording van de eigen mogelijkheden en kansen en elkaar daarin ondersteunen.



Ethiopië kent een programma van bovenaf van de overheid, het Productive Safety Net Programm. Dit grote programma wordt door Nederland gesteund. Het biedt veel mogelijkheden, maar heeft ook zijn beperkingen. De selfhelp beweging probeert mensen van onderaf te betrekken bij verandering en hoop te bieden. Naast persoonlijke teleurstelling en de manieren om daarmee om te gaan, heeft iedereen natuurlijk te maken met risico's en in zo'n kleine groep kunnen mensen elkaar daarin steunen.

De economische mogelijkheden bestaan dus onder meer uit het sparen. Na een jaar ontstaat er een klein kapitaal dat mensen kunnen gebruiken om een lokale kleine activiteit op te zetten, een handeltje of een kapperszaak of iets dergelijks. Dat soort kleine activiteiten biedt mensen nieuwe mogelijkheden voor een bestaan.

Wij hebben vanaf 2001 in Ethiopië gewerkt met die selfhelp groepen. In het begin gaat het heel langzaam, want als je daar komt, hebben mensen bepaalde verwachtingen en als dan blijkt dat de nadruk ligt op selfhelp, is de animo soms wat minder. Na een moeizame start zijn er nu toch 12 000 groepen in diverse streken van Ethiopië. Als iedere groep dan uit zo'n vijftien tot twintig mensen bestaat, hebben wij het over zo'n 200 000 mensen. Als zij dan weer een gezin of familie van vijf personen vertegenwoordigen, hebben wij het over één miljoen mensen. Daarom lijkt het mij goed om hiervan kennis te nemen. Het is belangrijk dat de social protection mensen helpt om niet in een gat te vallen. Deze werkwijze biedt hen een bodem en tegelijkertijd kunnen lokale initiatieven die worden gefaciliteerd door partnerorganisaties, mensen helpen om gezamenlijk in verbondenheid tegenslagen te verwerken en hun situatie te verbeteren. Mijn wens is dat Nederland naast de steun die het geeft aan de overheid van Ethiopië voor de grote programma's van bovenaf, ook zeker niet die ontwikkeling van onderop vergeet. Ik loop daar warm voor.

De **voorzitter**: Voordat wij overgaan naar de vragen van de zijde van de Kamer, stel ik de leden aan u voor. De heer Irrgang van de SP, voorzitter van het meerpartijen initiatief, mevrouw De Caluwé van de fractie van de VVD, mevrouw Hachchi van de fractie van D66 en de heer De Lange van de Partij van de Arbeid. De heer El Fassed van GroenLinks heeft zich tot zijn spijt wegens ziekte moeten afmelden. Naast mij zit de griffier, mevrouw Wiskerke.

Ik stel voor dat wij alle vragen verzamelen en misschien kunnen de leden erbij zeggen tot wie zij hun vragen richten. Daarna geven wij weer het woord aan onze gasten.

De heer **Irrgang** (SP): Ik dank alle gasten voor hun presentaties. Ik heb een vraag aan mevrouw Van der Schee. Zij sprak over de positieve rol die de kerk kan spelen. Zij wees erop dat die rol is veranderd. Ik vraag dat, omdat het mijn waarneming is dat op internationale conferenties er een soort bondgenootschap lijkt te bestaan tussen moslimfundamentalisten, de moskee waarover u sprak, enerzijds, en kerken anderzijds. Ik denk dan in het bijzonder aan de katholieke kerk. Er lijkt wel een geheim bondgenootschap, een as van het kwaad, te bestaan die vooruitgang niet stimuleert, maar frustreert. Wat bedoelt u met het oog hierop met uw opmerking dat kerken veranderd zijn? Is mijn waarneming verder wel onjuist dat de kerken de vooruitgang eigenlijk nog steeds vooral belemmeren en dat zij daarbij samenwerken met islamfundamentalisten?

Mevrouw **De Caluwé** (VVD): Voorzitter. Ik heb een vraag voor de heer Coenen. Ik heb met belangstelling naar het framework gekeken. Ik heb dat framework voor dit rondetafelgesprek in zwart-wit ontvangen, maar ik ben toch blij dat hij het nog een keer heeft laten zien, want de staatjes zijn op zijn kleurenplaatjes een stuk beter te zien.

De Verenigde Naties hebben juni vorig jaar vastgesteld dat in 2015 15 miljoen mensen benaderd zouden moeten zijn voor een hiv/aids-behandeling. In het framework wordt echter aangegeven dat met de implementatie ervan 12,5 miljoen nieuwe infecties bereikt zouden kunnen worden. Hoeveel infecties zouden wij dan in totaal kunnen bereiken? In het framework wordt gesproken over een verhoging op korte termijn van de investeringen. Dat zou nuttig zijn, omdat je dan op de langere termijn minder zou hoeven te doen. Hebt u ook uitgerekend wat u binnen het framework zou kunnen doen met een gelijkblijvende bijdrage? Ik vraag dat, omdat het er, gezien de huidige economische situatie, niet naar uitziet dat die bijdrage omhoog zal gaan.

Mevrouw **Hachchi** (D66): Voorzitter. Ik bedank alle gasten uiteraard voor hun introductie.

In 2010 heeft de Kamer aan de drie prioriteiten, water, voedselzekerheid, veiligheid en rechtsorde, SRGR toegevoegd. SRGR heeft uiteraard een relatie met hiv/aids en tuberculose, maar ik vraag mij toch af in hoeverre die prioriteit van de Kamer vertaald is naar de werkzaamheden van de organisaties die hier vandaag aanwezig zijn. Is die samenhang bijvoorbeeld wel geborgd? Ik weet niet wie deze vraag gaat beantwoorden, maar ik zou graag zien dat hij of zij daarbij ook ingaat op het Key Populations Fonds. Ik ben namelijk benieuwd te horen wat daarvan in de praktijk terecht is gekomen.

Ten slotte heb ik nog een vraag voor de heer Coenen. Hij prikkelde mij met zijn opmerking dat er politiek leiderschap in Nederland nodig is om verder te komen. Ik trek mij dat aan en ik hoor daarover dan ook graag wat meer van de heer Coenen.

De heer **De Lange** (PvdA): Voorzitter. Ook ik bedank natuurlijk de sprekers voor hun komst. Verder moet ik natuurlijk mijn excuses aanbieden voor het feit dat ik iets te laat was.

Als je in Afrika woont, woon je eigenlijk altijd in een huis met een bewaker. De bewaker van mijn huis in Kampala had aids, net als zijn vrouw en kinderen. Hij wilde echter geen medicatie, want een preacher uit Alabama had hem verteld dat medicatie van de duivel was. Ik heb heel lang op de goede man ingesproken om hem ervan te overtuigen dat God, als hij alles maakt, ook de medicatie maakt en dat medicatie dus niet van de duivel komt.

Als kerken en faith based organisaties iets anders zouden gaan prediken, zou dat inderdaad een gigantisch effect hebben op het gedrag van mensen. Op dat punt zijn mevrouw Van der Schee en ik het heel snel eens. Inzetten op kerken en faith based organisaties in den brede, in de hoop dat zij iets anders gaan zeggen, kan dus ook in mijn ogen heel effectief zijn. De vraag is natuurlijk wel of dat gebeurt en dan is het weinig positief dat de katholieke kerk in Afrika alleen maar conservatiever lijkt te zijn geworden. Dat geldt overigens niet alleen voor de katholieke kerk, maar ook voor allerlei religieuze stromingen die uit de Verenigde Staten afkomstig zijn. Dergelijke organisaties hebben bijvoorbeeld enorme invloed gehad op president Museveni van Uganda.

Ik heb mevrouw Van der Schee en mevrouw Aendekerk horen zeggen wat er zou moeten gebeuren. Dat is natuurlijk stap één, maar stap twee is: hoe doe je dat dan? Is Dance4Life bijvoorbeeld ook bezig om minder crowdsourcing georiënteerde hippe Facebookjongeren te bereiken? Zo ja, hoe doet Dance4Life dat dan? Mijn tweede vraag heeft betrekking op het bekende debat over de vraag of het mogelijk is om je in ontwikkelingslanden te specialiseren in aids en SRGR als de basisgezondheidszorg nog niet op poten is. Ik heb altijd tegen Knapen gezegd dat ik het helemaal eens ben met dat vierde thema, mits dat wordt uitgebreid naar basisgezondheidszorg. Er moet een basisinfrastructuur zijn. Graag ook hierop wat

reflectie. Ik weet niet wie hier het best op kan reageren, misschien de heer Coenen.

De **voorzitter**: Ikzelf heb ook nog twee vragen. Aan mevrouw Stickers een vraag over het belang van de beleidskoppeling tussen hiv/aids en tuberculose. Ik ben benieuwd naar hoe zij aankijkt tegen de recente ontwikkelingen rond het Global Fund, dé organisatie die ook in de breedte aanpakt. Verder heb ik een vraag over het onderwijs. Mevrouw Aendekerk gaf aan hoe belangrijk dat is, de heer Waalewijn had het over de basisgroepen, de zelfhulpgroepen. In hoeverre wordt hierbij ook het onderwijs betrokken? Is men in die landen, bijvoorbeeld Ethiopië, bereid om het onderwijs in dienst te stellen van betere voorlichting over hiv/aids? Wij gaan nu beginnen met de beantwoording van de vragen, als eerste door mevrouw Van der Schee.

Mevrouw **Van der Schee**: Dank voor de vragen, vooral aan de heren De Lange en Irrgang. Ik denk dat u verwoordt wat veel mensen misschien denken en ik kan ook absoluut niet ontkennen dat er nog steeds ontzettend veel extremistische fundamentalisten en ook de katholieke kerk een beweging vormen die vele dingen tegenhoudt. Daarnet werden al voorbeelden hiervan gegeven. Ik werk voor Prisma, dus mijn expertise ligt niet zozeer bij de katholieke en moslimbewegingen. Ik heb het expres wel over religieuze instellingen, omdat ik in mijn werk niet alleen christelijke voorgangers zie opstaan, maar ook joodse gemeenschappen, hindoes, boeddhisten en moslims. Er zijn heel veel positieve voorbeelden te geven, maar helaas ook bewegingen die tegenwerken. Ik ben daar net zo verdrietig over als u. Wat ik ook heel jammer vind, is dat zij het beeld scheppen dat iedereen zo denkt, of dat alle religieuzen die instelling hebben. Dat is absoluut niet het geval. Ook in Amerika komen er zeer grote bewegingen op, heel evangelisch en heel conservatief, die de brug kapotmaken die in de jaren hiervoor is opgebouwd, waarlangs faith-based organisaties elkaar en andere konden vinden op de internationale conferenties waarnaar u verwees. Ik ben het hier dus helemaal mee eens en vind dit ook erg jammer. Maar in onze eigen achterban, vooral – om het maar zo te noemen – het protestantisme, zie je al decennia een enorme kanteling, of in ieder geval de laatste jaren. Er zijn nog steeds kerken aan te wijzen en voorgangers die helaas verkeerde boodschappen uitzenden, maar er is een enorme omwenteling gaande en er zijn zulke geweldige initiatieven. Het is jammer om ons allemaal naar één kant te schuiven, samen met de katholieken die zo conservatief zijn. Ik weet niet of ik zo de hele vraag heb beantwoord.

De heer **Irrgang** (SP): In ieder geval gaat u hier uitgebreid op in, wat ik waardeer. U wijst terecht op de protestantse achtergrond, maar is mijn indruk verkeerd dat dit soms ook moeilijke punten zijn voor protestantse kerken? Ik doel op de discussies over veilige abortus, seksuele voorlichting. De protestantse kerk staat ook niet bekend om het gemak waarmee over dit soort onderwerpen wordt gesproken.

Mevrouw **Van der Schee**: Zeker is dit ook niet in mijn eigen achterban iets wat opeens heel gemakkelijk gaat, zeker is de praktijk daar ook niet ineens perfect. Er is echter absoluut een verandering gaande. In het curriculum van theologische opleidingen zit bijvoorbeeld hiv, aids en SRGR. De voorgangers worden dus al getraind om met dit onderwerp om te gaan. Er zijn grote netwerken van voorgangers die zelf hiv-positief zijn en hun medevoorgangers leren en handvatten geven voor wat zij moeten zeggen, hoe zij het moeten doen. Er is enorm veel materiaal. Kortom, er gebeurt gewoon heel veel. Dit biedt ook heel veel kansen. Het heeft namelijk een enorme impact als een voorganger ertoe oproept om wél medicatie te nemen, om je wél te laten testen. Het is echter jammer dat er

nog steeds vele verkeerde praktijken zijn, waardoor men dit links laat liggen. Die kans moeten wij wel grijpen, maar dat betekent niet dat alles perfect gaat. Het zal ook zeker nog jaren duren voordat dat hopelijk een eindje op weg is.

De heer **Waalewijn**: De vraag die mij is gesteld gaat over onderwijs binnen de zelfhelpgroepen. Dat zijn wekelijks terugkerende bijeenkomsten voor mensen die helemaal niet kunnen lezen en schrijven. Daarnaast geven zij binnen het kader van hiv ook mogelijkheden om over verschillende onderwerpen te spreken, zoals het preventieve belang om je te laten testen. Wij hebben een evaluatie gehouden van hiv-programma's van 2008 tot en met 2011 waaruit bleek dat het percentage behoorlijk was gestegen van moeders die zich lieten testen in het kader van de zwangerschapscontrole. Dus die kansen worden zeker benut.

De **voorzitter**: Maar zoeken deze basisgroepen ook actief contact met het onderwijs om op scholen al aan preventie te doen, of gebeurt dat niet?

De heer **Waalewijn**: Onze partnerorganisaties zijn kerken. Dat is op zichzelf wel aardig in de discussie die net aan de orde is geweest. Een van hun activiteiten zijn de zelfhulpgroepen. De partnerorganisaties hebben ook wel activiteiten op scholen met wat in Ethiopië «anti-aidsclubs» heten. Het gaat dan meer om de partnerorganisaties dan om de zelfhulpgroepen.

Mevrouw **Aendekerk**: Ik heb twee vragen opgeschreven, ten eerste de vraag van mevrouw Hachchi hoe de link tussen SRGR en hiv-aids in de praktijk uitpakt en de vraag van de heer De Lange hoe je jongeren bereikt, los van Facebook en andere hippe middelen.

Om met de eerste vraag te beginnen, in Nederland hebben wij nu sinds twee jaar de alliantie die zich richt op seksuele en reproductieve rechten en gezondheid, gevormd door AMREF, Simavi, Rutgers WPF, Choice en Dance4Life. In die alliantie richten wij ons sterk op het leggen van de link tussen beide thema's.

Ik geef een voorbeeld uit Kenia waar wij met lokale ngo's werken die zich richten op het verschaffen van health services, die service providers op hun kennis en vaardigheden trainen en die sexuality education en life skills aanbieden, primair aan jongeren. Dan gaat het ook nog om een youth lead organisatie die jongeren juist traint op het rechtenstuk en hoe daarvoor op te komen. Daarbij wordt bijvoorbeeld ook de lokale overheid betrokken om het project echt sustainable te laten zijn. Ik denk dat dat een mooi voorbeeld is hoe in de praktijk de taken binnen de keten goed op elkaar worden afgestemd en hoe je dus op een effectieve manier aan hiv-preventie kunt doen maar ook nog aan veel meer zaken kunt werken. Daarnaast hebben wij ook in Nederland het Hiv/Aids Platform, waar het Aidsfonds, Stop Aids Now en nog meer organisaties in zitten. Wij hebben ook met beide platforms overleg, dus ik denk dat wij er in de praktijk heel sterk op letten dat die thema's goed op elkaar afgestemd zijn.

**Mevrouw De Caluwé** (VVD): U zegt dat u de jongeren ook helpt door hen te wijzen op hun rechten, maar er zit natuurlijk ook een andere kant aan. U signaleerde namelijk terecht dat er vaak geen toegang tot condooms is, alleen als je getrouwd bent, of dat je pas boven je achttiende een test kunt ondergaan zonder toestemming van je ouders. Wat wordt er aan de andere kant gedaan, namelijk aan de overheidskant? Signaleert u dat bij andere organisaties en bij overheden die u steunen, of werkt u daarin samen met andere organisaties? Wat doet u daaraan of welke hulp roept u daarvoor in?

Mevrouw **Aendekerk**: Dit ligt in het verlengde van het voorbeeld van Kenia. Het is heel belangrijk dat je inderdaad niet alleen maar jongeren op

pad stuurt, want dat kan ook nog eens heel gevaarlijk zijn als je niet oppast, maar dat je inderdaad ook met health providers werkt. Als jongeren naar een kliniek komen, moeten daar ook mensen zitten die hen ontvangen en die snappen wat er speelt, in plaats van hen naar huis te sturen of meteen contact met de ouders op te nemen. Samenwerken met lokale overheden en met faith-based organisaties proberen wij altijd, want als dat lukt, wordt het alleen maar effectiever. Dat is echter niet altijd mogelijk. Je moet bekijken wat er mogelijk is in een land. Idealiter pak je de hele keten mee.

Dan kom ik bij de vraag van de heer De Lange. Vanuit het perspectief van Dance4Life geloven wij dat je jongeren nooit alleen op school of in een andere educatieve setting moet benaderen omdat het dan school wordt en jongeren niet graag met volwassenen op school praten over seks. Dat doe je niet als jongere. Dus wij proberen heel sterk in te tappen op de jongerencultuur. Dat is in sommige landen inderdaad digitaal. Er is net een onderzoek gedaan in Zuid-Afrika. In korte tijd zijn ruim 50 000 jongeren op de been gebracht om mee te werken. Een paar jaar geleden was dat niet mogelijk geweest. Dit kan ook in landen waar dat nog helemaal niet aan de orde is, met andere elementen van jongerencultuur, of het nu gaat om celebrities of een bepaalde muziekstroming. Op die manier proberen wij om in contact te komen met jongeren, opdat zij al openstaan en geïnspireerd zijn als wij het educatieve traject starten. Wij werken met lokale peer educators die net iets ouder zijn. Jongeren hebben met hen een andere vertrouwensband. Wij werken ook binnen communities, met lokale partners. Waar mogelijk zetten wij Facebook en dergelijke zeker in. Waar dat niet kan, zoeken wij naar andere middelen. Is dat een antwoord op uw vraag, mijnheer De Lange?

De heer **De Lange** (PvdA): Dank. Dat is deels een antwoord op mijn vraag. Ik maak uit uw antwoord op dat u op zoek bent naar een antwoord op de vraag wat werkt in een bepaalde context. U spreekt over jongeren, maar als wij over Afrika spreken – dat geldt ook voor Latijns-Amerika of Azië – kunnen wij niet over jongeren in het algemeen spreken. Hoe is het maken van onderscheid ingebouwd in uw organisatie? Je moet ook leren wat in het ene land werkt en wat in het andere.

Mevrouw **Aendekerk**: Door heel goed samen te werken met lokale partners en naar hen te luisteren; ervaring dus. Voordat wij beginnen, maken wij in ieder land een contextanalyse. Jongeren die op school zitten, zijn over het algemeen niet de jongeren die interventie het hardst nodig hebben. Je probeert uit te vinden waar de jongeren zitten die interventie nodig hebben. Wat zijn de belangrijkste thema's, bijvoorbeeld op het gebied van SRGR? Hoe bereik je die jongeren? In iedere context kan dat weer anders zijn. Laat ik een grappig voorbeeld geven. In Zimbabwe is het krijgen van een certificaat het gaafste wat een jongere kan overkomen. Daar hoeft je in Nederland niet mee aan te komen! Je moet dus goed kijken naar de jongerencultuur in een land. Hoe speel je daar het effectiefst op in? Daarvoor heb je lokale partners nodig, anders kom je er niet uit.

De **voorzitter**: Dat is duidelijk; bedankt. Het woord is aan de heer Coenen.

De heer **Coenen**: Voorzitter. Ik heb vier vragen gekregen. Ik begin met de vraag van mevrouw De Caluwé over het investment framework. Het is prettig om te merken dat men er al wat gedetailleerder naar gekeken heeft. Ik denk dat dit, met wat wij nu weten en met de beperkte middelen die er zijn, een goede manier is om in de toekomst aan aidsbestrijding te doen en hierin echt een slag te maken.

Laat ik eerst iets zeggen over de status van het framework. Het is een oefening om een model te ontwikkelen op basis van wat wij nu weten.

Voor een deel is het dus een wat academische exercitie, wat niet wil zeggen dat een en ander in de praktijk niet toepasbaar is. Wat de aantallen die genoemd worden betreft: stel dat je dat in één keer zou doen, wat zou je dan kunnen bereiken? Daar komt ook die ruim 12 miljoen vandaan. Overigens leven nu 34 miljoen mensen met hiv, van wie er nog maar 6 miljoen echt een behandeling krijgen. Als je een aantal jaren verder bent, heb je meer dan alleen die 15 miljoen over wie vorig jaar in New York afspraken zijn gemaakt. Je moet dus al hoger gaan. Het is een model dat in een aantal landen getest wordt om te zien of het feitelijk ook zo werkt. Ik denk dat Nederland hieraan een bijdrage kan leveren, waardoor de cijfers veel beter gevalideerd worden. Dat beantwoordt voor een deel de vraag wat er gebeurt als je niet meer geld hebt maar net zo veel. Het model beschrijft heel gedetailleerd dat je met hetzelfde geld veel meer kunt bereiken. Let wel, wij zouden eigenlijk nog veel meer moeten doen. Hiermee hebben wij de problemen immers nog niet opgelost. Zeker als je over het tipping point heen wilt, als je echt een omslag wilt, zul je iets extra's moeten doen. Ik snap heel goed dat dit een moeilijke boodschap is in deze tijd, maar daar gaat het wel om.

Mevrouw Hachchi heeft twee vragen gesteld. Een vraag ging over SRGR en het Key Populations Fonds. Dit fonds is ingesteld door de Nederlandse overheid, eigenlijk naar aanleiding van een motie van mevrouw Hachchi. Het accent kwam te liggen op drugsgebruikers, sekswerkers en homomannen. Dit zijn groepen die in heel veel landen, ook in Afrika, vaak bovenmatig getroffen worden door de epidemie. Het Aids Fonds is de lead agency van de club organisaties die dit programma trekt. Mevrouw Hachchi vroeg «hoe hiv en hoe SRGR» dit nu eigenlijk is; zo heb ik haar vraag even vertaald. Er wordt sterk geïntegreerd gekeken. Wij realiseren ons dat als wij niets aan wetgeving proberen te doen rondom homoseksualiteit in Afrikaanse landen of drugsgebruik en harm reduction in Oost-Europa, wij geen effect kunnen bereiken. Er wordt in het kader van homoseksualiteit en hiv ook goed gekeken naar educatie over seksualiteit aan jongeren. Er zijn dus heel veel linken met de SRGR-kant; die is echt gegarandeerd.

Mevrouw Hachchi vroeg verder naar politiek leiderschap. Juist deze thema's maken dat Nederland echt een rol te spelen heeft. Een paar jaar geleden, toen het huidige kabinet het onderwerp hiv van tafel probeerde te vegen, kwam vanuit de internationale gemeenschap de reactie: dit willen we helemaal niet. Waar was Nederland uniek in? Nederland was niet alleen de grootste donor, zeker per hoofd van de bevolking, maar Nederland pakte vooral ook thema's op die andere landen niet op durfden te pakken. Een aantal landen vond het ook wel prettig dat Nederland dat deed, want dan kon men leuk volgen. Toen Nederland dat niet meer deed, zag je dat andere landen daar niet snel instapten, in ieder geval minder snel dan we wilden. Dat was vorig jaar in New York ook nog merkbaar. Dat is die rol. We hebben het dan ook over jongeren en seksualiteit, over de key populations en over de dingen die de komende jaren nog zullen komen, die we nu nog niet weten en die ingewikkeld en vervelend zijn, maar die iemand wel moet benoemen. Dat is de rol waarin Nederland altijd heel goed was. Nederland werd als gidsland gezien. Die positie hebben we de laatste jaren echt verloren. Het zou heel mooi zijn als we die terugkrijgen.

In het kader van dat gidsland was er een vraag over de basisgezondheidszorg. Ik zou die eigenlijk nog iets willen verbreden, want hiv, tb en andere gezondheidsissues kunnen uiteraard niet gescheiden van elkaar worden gezien. Je hebt ook een basisgezondheidszorg nodig. Die basisgezondheidszorg is meer dan alleen voorzieningen. Ook investeringen van Nederland in bijvoorbeeld het Health Insurance Fund, een verzekeringsmodel à la de Nederlandse ziektekostenverzekering of de basisverzekering, zijn heel belangrijk om basisgezondheidszorg voor iedereen te garanderen. Een ander voorbeeld is het Medical Credit Fund,

een soort microkredietsysteem, niet voor individuen maar juist voor leveranciers van gezondheidszorg. Dat zijn heel innovatieve manieren waarmee Nederland aantoont dat het de gezondheidszorg versterkt en hiv/aids tegengaat.

De **voorzitter**: Bedankt. Het woord is aan mevrouw Stickers.

**Mevrouw Stickers**: Dank voor de vragen over het Global Fund. Inderdaad is het Global Fund het afgelopen jaar op meerdere fronten wat in opspraak geraakt. Er waren in feite twee issues: in de eerste plaats de constatering dat er middelen onrechtmatig zouden zijn uitgegeven en in de tweede plaats een zekere onvrede intern in de organisatie. Onze lezing daarvan, en die van veel andere organisaties, is dat de onrechtmatige besteding zeer klein was in vergelijking tot de gigantische hoeveelheden geld die in het Global Fund zijn omgegaan. If anything, dan heeft Global Fund daarin heel goed werk verricht. De interne onvrede zien wij in het licht van een enorm gegroeide organisatie. Die ontwikkeling heeft groeipijnen met zich meegebracht. Die zijn op dit moment heel daadkrachtig aangepakt. Er is een nieuwe general manager aangetreden, die de dingen daadkrachtig aanpakt. Zonder meer blijft het model van het Global Fund overeind dat het land zelf, demand driven, bepaalt waar investeringen nodig zijn. The Global Fund bestaat nog maar kort, maar het is een wereld van verschil. Dit model heeft mogelijk gemaakt dat de capaciteit is opgebouwd om grootschalige programma's in te zetten en die goed te managen. Zij kunnen nog beter worden gemanaged, maar er is een gigantische stap gezet.

Het tweede deel van het concept achter het Global Fund is de brede maatschappelijke betrokkenheid. In de country coordinating mechanisms zitten zowel de publieke sector als vooral ook de niet-gouvernementele sector effected communities. Ook zitten daarin faith-based organisations. Die structuren zijn in tien jaar opgebouwd en versterken elkaar nog van dag tot dag. Ook dat concept is heel duidelijk overeind gebleven.

Het derde concept is de performance-based financing. Ook in dat concept zijn er geen veranderingen. Ondanks alle kritiek is het concept overeind blijven staan. In het afgelopen jaar zijn als respons de teugels voor het interne management enorm aangehaald. De focus ligt er veel duidelijker op dat het managen van de investeringen in de landen goed gaat en dat 65% van de mensen werkzaam is in dat deel van het Global Fund. Qua management wordt er een meer corporate aansturingsmodel doorgevoerd. Aan de kant van de investeringen in de landen is er vrij veel geld snel doorheen gegaan. In de landen was er een soort beeld ontstaan dat het een eindeloze put was. Dat moest natuurlijk worden aangepakt.

Daarom wordt er enerzijds nu veel meer binnen de bestaande programma's gesnoeid. Er is dus minder budget per programma «to realise economies», zoals men dat noemt. Anderzijds ligt er een veel groter accent op de binnenlandse investeringen door de landen zelf. In de loop van een grant nemen de landen dus steeds meer over.

Verder is er meer expertise nodig voor het snoeien in die programma's. Dat geldt ook voor het streven om deze meer te richten op de in het investment framework genoemde investeringen. Dat geldt dus ook voor andere ziektes. Die expertise moeten de landen zelf veel meer gaan benutten bij het uitwerken van de programma's. Ook het Global Fund zelf zegt dat de toegang van de landen die hun programma's zelf indienen tot deze kennis en het leren toepassen van die kennis een heel belangrijk onderdeel is. Ik pleit ervoor dat wij hiervoor met de allocaties die het Global Fund in Nederland heeft, ook ruimte maken. Andere landen, zoals Amerika, Frankrijk en Duitsland vinden dat 5% van de investeringen die naar het Global Fund gaan, direct moeten worden aangewend door de landen om zich te verdiepen in de kennis en expertise die nodig is. In de Miljoenennota staat nog dat Nederland het budget voor 2012 via de WHO

ter beschikking stelt. Wij vinden echter dat het concept van andere donoren beter is. Dat is namelijk het concept om landen, de country coordinating mechanisms en de primary recipients de expertise zelf te laten inkopen bij hun preferred suppliers – daarvoor staat in Duitsland en Amerika 5% – zodat de landen dit kunnen benutten om hun programma's te versterken. Wij vinden dat een erg goede zaak. Het is jammer dat Nederland dit via de WHO doet. Wij vinden het veel effectiever als dit zo zou gebeuren.

De **voorzitter**: Ik dank u allen zeer hartelijk voor uw aanwezigheid. Hiermee zijn wij aan het einde gekomen van de eerste ronde.

Deelsessie 2: betaalbaarheid hiv/aids- en SRGR-medicatie in ontwikkelingslanden

**Gesprek met:**

- **Louise van Deth, directeur STOP AIDS NOW!**
- **Seco Gerard, Artsen zonder Grenzen**
- **Dr. Cate Hankins, Deputy Director Science, Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD)**
- **Georges Tiendrebeogo, senior adviseur Hiv/Aids, Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT)**
- **Gerard van Mourik, voormalig Fund Portfolio Manager Africa bij het Global Fund**

De **voorzitter**: Ik heet de sprekers in de tweede deelsessie welkom. Hierin gaan we het hebben over de betaalbaarheid van hiv/aids- en SRGR-medicatie in ontwikkelingslanden. We lopen uit, wat een probleem is omdat we om 17.00 uur de zaal moeten verlaten. Daarom verzoek ik de sprekers zo kort mogelijk te spreken, het liefst drie tot vijf minuten. Het woord is aan mevrouw Van Deth van STOP AIDS NOW!.

Mevrouw **Van Deth**: Dank u wel. Hartelijk dank voor deze uitnodiging om te mogen spreken in dit speciale blok over de betaalbaarheid van medicijnen, dat een ingewikkeld, maar heel belangrijk onderwerp is. Mijn collega Ton Coenen zei al dat we op een heel spannend moment leven in de hiv/aidsbestrijding. Er is sprake van een tipping point. Sommigen zeggen zelfs, zoals Eric Goosby van PEPFAR recentelijk deed, dat we het over een end-game hebben. Als we nu doorgaan met te doen waarvan we weten dat het werkt, dan kan er een eind komen aan de epidemie. Tegelijkertijd zijn er heel veel bedreigingen. We hebben ons met z'n allen gecommitteerd aan universal access: 15 miljoen mensen op behandeling tegen de tijd dat het 2015 is. Ik ben nog zo naïef om te geloven dat als alle landen dat aan elkaar beloven, ze dat ook menen. Nederland heeft zich daar ook aan gecommitteerd.

Ik geef een voorbeeld van een ontzettend spannend project waar STOP AIDS NOW! mee bezig is in Swaziland, het land met het hoogste percentage mensen met hiv in de gehele wereld. In Swaziland wordt de gehele bevolking getest op hiv. Iedereen die daarvoor in aanmerking komt, gaat behandeling ontvangen. Daarmee wordt het concept dat behandeling ook preventie is, als het goed is bewezen. Eerdere behandeling betekent een langer en gezonder leven en dat het virus niet wordt overgedragen. Wij doen dit project in Swaziland met steun van de WHO en UNAIDS. U hebt een hand-out gekregen waarop je heel goed kunt zien wat het effect is van eerder behandelen. Dit is te zien in het staatje. Je ziet dat als we doorgaan met behandelen zoals we tot recent deden, namelijk op een weerstand van 200, de graad van infectie weliswaar naar beneden gaat, maar nog altijd heel hoog blijft. Als je die verlaagt, daalt het aantal infecties drastisch. Dat doen we in het project in Swaziland. Overigens



wordt de medicatie aldaar door de overheid betaald. Daar wordt het verhaal over de medicatie heel belangrijk. We hebben al eerder gehoord dat wereldwijd 6,6 miljoen mensen onder behandeling zijn. Een van de redenen waarom dit aantal zo enorm is toegenomen in de afgelopen jaren, is dat de kosten van behandeling van 10 000 dollar per persoon per jaar zijn gedaald naar ongeveer 100 dollar per persoon per jaar. Ik houd van cijfers. Ik heb een snel rekensommetje op papier gezet. Voorheen kon je voor 1 mln. dollar 100 mensen behandelen. Tegenwoordig zijn dit er 10 000. U begrijpt hoe belangrijk het is dat de prijs van de medicijnen enorm is verlaagd en dat dit ook zo blijft. Dit is nu juist het probleem. Medicijnen ontwikkelen zich. Er worden – gelukkig! – steeds nieuwe medicijnen ontwikkeld. De eerste medicijnen waren heel toxisch. Dat zijn ze nog steeds, maar het wordt steeds minder. Bovendien treedt er ook resistentie op. Nieuwe medicijnen worden gepatenteerd. Die kunnen niet zo goedkoop gemaakt worden. Zojuist is reeds vermeld dat een van de problemen is dat er steeds minder geld voor hiv/aids beschikbaar is. The Global Fund heeft vorig jaar aangekondigd dat een volgende ronde van financiering niet meer gedaan kan worden.

Ik wijs de leden der Kamer ook op het plaatje in de hand-out over de afname van de productie van generieke aidsremmers in India. Op dit plaatje is te zien dat heel veel landen hun medicijnen betrekken uit India. Dit komt omdat India goedkope medicijnen maakt. India heeft om allerlei redenen internationale verdragen kunnen omzeilen en is daardoor in staat om zulke goedkope medicijnen te produceren. 80% van de medicijnen wereldwijd wordt betrokken uit India en wel door al die landen. Ik kom nu op onze vraag aan de Kamer in dit kader. Behandeling is bewezen effectief voor de gezondheid van mensen. Dit betekent dat wij nu moeten blijven investeren in The Global Fund. Ik hoorde mevrouw De Caluwé zeggen dat dit er niet echt inzit, maar als iets bijdraagt aan de oplossing van een groot wereldprobleem, is dat een heel effectief middel. Verder is het heel belangrijk om de flexibiliteit rond de patenten te behouden. Er is nu sprake van het wel of niet ratificeren van het Anti Counterfeiting Trade Agreement (ACTA) door Nederland. De nadruk ligt hierbij op counterfeiting. Daarbij gaat het over nep. De generieke medicijnen zijn echter geen nepmedicijnen. Als wij dit verdrag ratificeren, net zoals heel veel andere landen, en ACTA daadwerkelijk in werking wordt gesteld, kunnen bepaalde landen geen generieke medicijnen meer produceren. Dit geldt ook voor free trade agreements die door de EU gesloten worden. Ik heb gezien dat in de beleidsbrief van de staatssecretaris aan de Kamer ook gerefereerd wordt aan de betaalbaarheid van medicijnen. Ik ben blij dat dit erin staat. Ik vraag de leden der Kamer echter om haar te vragen om daar iets specifiek over te zijn.

**De voorzitter:** Nu is het woord aan mevrouw Seco Gerard van Artsen zonder Grenzen. Will you speak English?

Mevrouw **Gerard:** Voorzitter. Ja, mijn Vlaams is niet al te best. Ik ben bovendien niet zo gewend om over dit onderwerp in het Vlaams te spreken. Ik kan de vragen hierna wel in het Nederlands beantwoorden, maar als het niet storend is, houd ik de presentatie zelf graag in het Engels. Is dat geen probleem?

**De voorzitter:** That is not a problem.

Mevrouw **Gerard:** Thank you very much.

I thought I had ten minutes and I tend to speak fast, but I will try to keep it shorter, as I understand that there are many speakers.

**De voorzitter:** Yes, you definitely have to keep it shorter than ten minutes. Five minutes maximum, please.

Mevrouw **Gerard**: I will do my best. It is a real challenge to talk about affordability of medicines in five minutes, but I will try. I think the members have some background documentation anyway, and I have some more with me if they are interested in specific issues.

So let me remind everyone why it is so important that medicines are affordable in developing countries, the countries we are talking about. It is in those countries where the vast majority of people affected by HIV/AIDS live. HIV/AIDS is in fact a magnifying glass that shows where the problem is with affordability of medicines. What are the different mechanisms that are decided upon by countries like the Netherlands and that have an impact on medicines?

As I said, most of the people affected by HIV/AIDS live in developing countries. For many of them there are a lot of challenges to access health care. There is the challenge of getting to the health centre. And when they do, is it open, is there trained staff, are the medicines available? But in most of the developing countries, or in many of them still, although this is changing, the patients have to pay for their treatments themselves. You may see at times that antiretroviral (ARV) treatment is provided for free, but this is not the case in all the countries. That leaves it up to the patient to pay for the consultation fee for the diagnostic test et cetera. So, affordability of health care is a key aspect in developing countries.

Also it should not be forgotten that HIV/AIDS is a chronic disease. It is not like malaria, where you take your pills three days in a row and you are cured, although you may get sick again two months later. With HIV you need to take your pills every day for the rest of your life, until we find a miracle treatment, of course.

So for governments and donors it is also a question of investing their money in the best way possible, if I may say so. Besides effective treatment of the people who need it, it is a question of accountability. As was said already, the amount of money is limited, so we need to use it in the best way possible and try to treat as many people as possible. So we need the most affordable medicines possible.

It is also important to keep in mind that an expensive treatment has direct impact on adherence. People will tend to take only one pill every two days or take only half a pill to save on their treatment, and that has a consequence on resistance and effectiveness of the treatment.

There is a kind of myth that ARVs are affordable today. The first line, the first treatment you get when you are infected with HIV, now costs around 100 dollars per person per year. That is the generic version. In fact, it costs 67 dollars, as you can see in one of the graphs. The reason why those medicines are affordable – this is still expensive for many of the countries that we are talking about, but still – is that up to 2005 India could produce generic medicines, because India had not implemented yet the TRIPs, the Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights. The price of 100 dollars per person per year is only due to the fact that up to 2005 India could produce generic medicines in a way it cannot do anymore today.

The next graph relates to the other type of treatments that we may want to use. With HIV/AIDS you need to change treatment on a regular basis, because patients develop side-effects or become resistant to the treatment. Then they need to move to a second line, or even a third line. This is the case for more than 10% of the patients that we treat in South Africa. The programme there is one of the oldest programmes we have. Some people have received treatment for more than five years. More than 10% of those patients need to move to a second line. Instead of paying 67 dollars, you will pay 442 dollars per person per year. Patients who need to move to the third line, which is quite possible in a few years time, will have to pay more than 2 700 dollar per person per year. Needless to say, it is absolutely impossible to do this, even at an Artsen Zonder Grenzen-level. Certainly not for a whole country, when we have death rates like we have Southern Africa.

What do we need to actually keep the next generation of medicines more affordable? Because, again, even 67 dollars per person per year is very expensive. If we want to keep medicines more or less affordable, we need the implementation of the TRIPs flexibilities. The World Trade Organization (WTO) agreement has been discussed, and there are some flexibilities in that agreement. So those flexibilities need to be allowed to be used. For instance, India now has a law on intellectual property. It has kept some flexibilities in its law. It is now, for instance, victim of a lawsuit by Novartis, one of the pharmaceutical giants, because Novartis does not like the way the law has been written. OK, fair enough, but the WTO considers it correct, so maybe Novartis could accept it as well. Countries need to be allowed to use compulsory license. I will not get into details, but it is a mechanism with which you can override a patent. You pay the patent holder and then another producer can produce the drugs. Thailand has done it. They were under a lot of pressure from the European Union for doing it, but they did it. They reduced the price of the drug they wanted by 60%. Brazil did it as well, and India recently did it for a drug against cancer. Of course, trade agreements like ACTA, which the Netherlands has not signed yet – I encourage the Netherlands to have it changed before they sign – and the EU/India Free Trade Agreements have clauses that go beyond what is being asked by TRIPs. We are not saying that Europe should not go for trade agreements, but it should make sure that they have no negative impact on access to medicines.

Of course, there is still a need to increase funding. We have talked about funding a few times. The fact that funding was available in early 2000, linked to the MDG (Millennium Development Goals) commitments, increased funding from affected countries and from donors. That has allowed the demand to be funded. That is, of course, a key aspect when we are talking business, like selling or producing pills.

Another thing is to find and to support alternative ways of research and development. Patent is seen as a system to promote research and development. It does, to a certain extent, but it leaves on the side a specific niche that is not in a rich market, a huge niche with people who have no money but have health needs. Tuberculosis is a good example. Although we have quite some tuberculosis here, there has not been a new drug against tuberculosis since the sixties. The main diagnostic used is still microscopy. That has been invented in eighteen hundred-something, if my memory is correct. The new, recent diagnostic tool is quite effective for tuberculosis, but it requires cold places and electricity, which we do not have in many of the countries where we work. There is a possibility. There is a new convention that will be proposed this week at the World Health Assembly, which a country like the Netherlands certainly could support. It aims at having research and development responding specifically to health needs.

I will finish with a few recommendations of what a country like the Netherlands could do to make sure that prices of newer drugs remain affordable for developing countries. Get rid or avoid having clauses in trade agreements et cetera that have a negative impact on medicine prices. Insure that the TRIPs flexibilities can be used. Support new approaches, like the convention on research and development that is going to be discussed this week in Geneva, and the patent pool, that is based on the voluntary participation of the pharmaceutical industry. And, I know these are difficult times – we hear it everywhere – but funding will be needed. There is no short-term answer to problems like HIV/AIDS or developing an effective system for sexual reproductive health. This is a long-term project. We need to get used to it. But there are alternatives. There could be a financial transaction tax, part of which could go systematically to health. There are ways of finding money, but the funding will need not only to be maintained, it still needs to be increased.

De **voorzitter**: Thank you very much.

Now I give the floor to Dr. Cate Hankins of the Amsterdam Institute for Global Health and Development.

Mevrouw **Hankins**: Thank you. Please let me first apologize for speaking in English. I have been five days in the office. I hope my Dutch will improve dramatically over the next year. I also would like to apologize on behalf of professor Joep Lange, who had wanted to be here, but was unable to come. He is the director of the Amsterdam Institute for Global Health and Development.

I will set my stopwatch, because I also was not anticipating five minutes, but I will do my best.

First of all, I want to give us an idea about where we are in this epidemic. The number of new infections by year peaked in 1997. So when we talk about the long haul, this is the long haul. We have had incidence declining since 1997, but this disease is going to be with us for decades. There has been a remarkable progress in unmet need for treatment. I have given a few statistics. We had, at the end of 2010, about 6.7 million people in low income countries on treatment. That was about 50% of the need. We now have more than 10 million people in need who are eligible for treatment but who are not accessing treatment. We anticipate in the future at least another 18 million people will need it. In 2010 we had 2.7 million new infections. As you all know, every single new infection is a person who eventually will require antiretroviral treatment. So we need to act both on prevention and treatment. Deaths plateaued and started to fall dramatically with the introduction of antiretroviral treatment, as people live longer and have healthier lives.

I want to remind everyone about the targets set for 2015, that all countries signed on to. Those include a 50% reduction in TB deaths, and 15 million people on antiretroviral treatment. So you will hear the slogan «15 by 15», and about the challenges of how to get there. The broader vision beyond 2015 is for zero new infections, zero discrimination, and zero AIDS-related deaths. As you travel and talk with countries, you find that they have taken onboard the three zeros and have designed national strategies around them.

So, in terms of treatment, I just want to say that treatment 2.0 is trying to simplify treatment, to make it easier for people to adhere; I will not go into all the details. Treatment benefits are clear. We know that more than 3 million lives have been saved so far with treatment, and that the number of AIDS-related deaths has declined by 10%. We have countries trying to meet the 80% target for treatment coverage, despite the fact that there was a change in the treatment guidelines in 2010, both to phase out a drug called Stavudine or that it can cause severe side-effects, and to start treatment early, at 350 CD4 count instead of 200. That meant that countries that were aiming for their 2015 target had to drop their actual percentage achieved because their denominator increases; more people became eligible for treatment. But the countries are moving. The vast majority of them have adopted the 350 cell count mark, and are moving away from Stavudine. What we see when we look at countries trajectories, is varied. We see, for example, in Botswana that HIV-incidence fell dramatically from about 1997 to 2003 on the basis of behaviour change. And when treatment scaled up, treatment pushed it down even further. So it is the combination of prevention and treatment that is important. You may have heard of the HPTN 052 trial last year that found that if a person went on antiretroviral treatment, it reduced their risk of transmitting to an uninfected sexual partner by 96%. It is called a game changer. You can see that not only are you saving peoples lives» with treatment, but also you are actually really bringing about a lot of prevention benefit.

I will not go into all the strategies that people are looking at, such as co-formulating drugs, and blister packs and the other different ways being pursued to make it easier to take the drugs. Home-based testing and care and treatment costs are about the same as clinic-based cost, but patient costs are reduced by far. There is no transport to pay for, there is no child-care to arrange and, you do not have to take time of work. In terms of drug reductions, we had a drop, initially caused by generic competition. Then we saw a drop in the brand-name drug prices. Even generic drug prices costs have fallen. So, as my colleague spoke about, we have seen huge price reductions, and we have seen countries getting pretty savvy at benchmarking, looking at what else is going on in their regions, what other countries are actually paying for drugs. There is a Global Price Reporting Mechanism at which all the big procurers report information on what the countries are paying, such as Global Fund, PEPFAR, UNICEF, UNFPA et cetera.

I will just finish by saying that the investment framework we have heard about today looks both at the mix that would be required and the needed investment for each of the prevention categories and the treatment categories. But it also looks at what the share of the cost would be over time if the BRICS countries (Brazil, Russia, India, China, South Africa) contribute more to the overall cost globally, and if African countries met their 15% target for health spending from the Abuja declaration. With these commitments, looking out to the 2020 horizon, a declining proportion of sunshine needs to come from international donors. So we need to figure out how we can move towards that objective and stimulate all the partners to come to the table to invest.

**De voorzitter:** Thank you very much.

Now I will give the floor to Georges Tiendrebeogo from the Koninklijk Instituut voor de Tropen.

**De heer Tiendrebeogo:** Thank you. I had prepared a film about the phasing out of the Dutch support to Burkina Faso, and the difficulties with the Global Fund that my colleague probably will handle. Unfortunately the film does not play due to technical problems.

**De voorzitter:** We will watch it another time. With the limited time we have, it is better if you put forward your points briefly.

**De heer Tiendrebeogo:** There are a number of points. The premiere of this film led to the adoption of a kind of policy of free access for those who are in need of ARVs in Burkina. That is also following the relentless advocacy efforts and pressure from local and international NGOs and the donor community on the Burkina Faso government to make the ARVs accessible to their people. This is also a country which commits 12% of its national budget to HIV.

Following that there were already rumours about the pulling out of the Dutch cooperation from Burkina, coupled with the difficulties of the Global Fund, that cancelled the round 11 funding. The last time I was in Burkina, they said that they have now funding for six months. They are using their own budget. They have to make critical choices, as you are doing here as well, in deciding – a kind of social triage – who will get the ARVs, who will survive, and who will die.

So this is the historical context and some of the effects of the decisions that are made here. I remind you that the Dutch were the biggest sponsor of the fight against AIDS and sexual reproductive health in Burkina. Sorry for the technological problems. There will be another time.

**De voorzitter:** Yes. Thank you. You gave us a good idea of the situation.

Ten slotte geef ik het woord aan de heer Van Mourik, voormalig Fund Portfolio Manager Africa bij het Global Fund.

De heer **Van Mourik**: Voorzitter. De heer Coenen stelde zich als eerste vraag waar het over gaat bij hiv-bestrijding. Volgens mij gaat het om het volgende. Ik ben zelf hiv-positief; voor mij op tafel staat mijn maandelijkse hoeveelheid hiv-remmers. De pillen komen uit Ierland en Duitsland. Het zijn dus niet de generieke pillen uit India. Hiervoor betaal ik € 900 per maand. Het houdt mij in leven. Elke middag om drie uur moet ik twee pilletjes slikken en daardoor is mijn «viral load», de hoeveelheid virus in mijn bloed, op dit moment ondetecteerbaar. Ik ervaar dat niet zozeer als een recht maar meer als een privilege. Ik verkeer in de gelukkige omstandigheid dat ik deze pillen in Nederland kan nemen, kan krijgen en kan kopen.

Dan kom ik bij mijn vrienden in Afrika en Azië. Ik heb gisteren een rondje gemaakt langs mensen in Abuja, Kinshasa, Nairobi, Dhaka, Phnom-Penh, Dar es Salaam en Addis. Zes van de tien mensen die deze pillen kregen, hebben de afgelopen maanden te horen gekregen dat er geen pillen meer zijn. Dat betekent dat die pillen door onze inspanningen van de afgelopen jaren, mede dankzij de Nederlandse bijdrage aan het Global Fund, beschikbaar zijn gemaakt in Afrika. Door een teruglopende fondsenstroom kunnen wij de mensen die wij aan de pillen hebben gezet, die pillen nu ineens niet meer verschaffen. Met andere woorden, vrienden die ik gisteren gebeld heb, gaan tussen nu en vijftien maanden dood omdat ze die pillen niet meer kunnen krijgen. Ik denk dus dat de situatie veel ernstiger is dan u denkt. Niet dat wij door de Nederlandse bijdrage ineens de hele wereld in leven kunnen houden, maar wel de mensen die wij dankzij onze bijdrage deze pillen hebben gegeven en gegarandeerd. Ik hoor verschillende keren bedragen voorbijkomen. Zo zou het bijvoorbeeld in Afrika per jaar \$100 kosten. Dat is niet waar. Het gemiddelde bedrag dat mensen in Afrika betalen per maand is \$50 tot \$80. Dat is onbetaalbaar voor de meeste mensen. Je kunt je afvragen wat al dat geld van het Global Fund dan heeft bijgedragen. Wat hiv betreft heeft dat ertoe bijgedragen dat tussen 2002 en 2010 3,3 miljoen mensen aan de pillen zijn geraakt. Dat is dus heel succesvol.

Gezien de tijd voeg ik twee dingen toe waarmee ik ook zal eindigen. Nederland zou de bijdrage aan het Global Fund niet moeten verlagen maar verhogen. Dat is niet zo ingewikkeld. Je kunt bijvoorbeeld de 35 mln. die je spendeert aan een trainingmissie in Kabul voor politieagenten makkelijk «rerouten» naar het Global Fund, om ervoor te zorgen dat je meer mensen in leven houdt. De heer Coenen noemde al de specifieke expertise die Nederland heeft, als het om hoeren en homo's gaat. Daar moet je rekening mee houden. De gemiddelde hiv-infectiegraad in Afrika onder de algemene populatie ligt tussen de 3% en 8%. De infectiegraad onder hoeren en homo's in Afrika ligt tussen de 30% en 40%. Met de kennis die wij in Nederland hebben, kun je daar wat aan doen door met het General Fund in Genève het volgende af te spreken: hier heb je een pot met geld, maar zorg ervoor dat het goed wordt besteed aan kwetsbare groepen zoals homo's en hoeren. Ik pleit ervoor dat Nederland dit doet. Ik pleit ervoor dat niet alleen de bijdrage aan het Global Fund wordt verhoogd, maar dat hierover ook wordt onderhandeld in Genève en dat ervoor wordt gezorgd dat het goed wordt besteed. Niet aan preventie, wat heel goed en belangrijk is, maar het gaat er nu om dat wij mensen in leven houden die wij de afgelopen jaren aan pillen hebben gebracht. Tegenover hen hebben wij een morele verplichting op ons genomen. Wij moeten hen in leven houden en dus ervoor zorgen dat die pillen de komende jaren ook beschikbaar blijven.

De heer **Irrgang** (SP): Ik wil een vraag stellen aan de heer Van Mourik.

Hij had een persoonlijk getinte, maar eigenlijk ook heel harde analyse van wat bezuinigen op ontwikkelingssamenwerking, in Nederland maar ook in andere landen, in de praktijk betekent voor mensen. Hij pleitte ervoor om tegen het Global Fund te zeggen dat in elk geval nu prioriteit moet worden gegeven aan hoeren en homo's. Nu is de werkwijze van het Global Fund – u weet dat beter dan ik – dat de verzoeken uit de landen zelf moeten komen. Men noemt dat «demand driven». Nu is het probleem dat men in dat soort landen meestal weinig consideratie heeft met homo's en hoeren. Hoe kunnen wij dat voorkomen? Hij zei dat Nederland moet gaan praten in Genève, maar men zal onmiddellijk zeggen dat het niet de werkwijze is. Exact hetzelfde probleem speelde een paar jaar geleden bij het Global Fund, dat er weinig neiging was tot preventie, omdat seksuele en reproductieve gezondheidszorg soms ook een moeilijk thema is in die landen. Hoe gaan wij dit dus voorkomen?

Mevrouw **De Caluwé** (VVD): I have a question for Ms. Gerard and Ms Van Deth. I will ask it in English. I understand that there is a huge problem with regard to the prices of medicines, patent law, and trade agreements that are being drafted between India and other countries. I once saw a programme on television about the medicines. The pharmaceutical industry often says: we spend millions of dollars a year on research and development in order to find a treatment that will cure patients or at least keep them alive, with regard to HIV and AIDS. They say: when we allow countries to produce generic medicines, we will not be able to get the invested money back and we will not be able to make further investments in research and development. So my question to Ms. Gerard and Ms. Van Deth is what contacts there are between the pharmaceutical industry and their organizations. Have they reached some kind of a agreement with regard to the production of generic medicines for developing countries? The pharmaceutical industry says: those are produced in India, but not just for the developing countries, they also turn up here, and we suffer from that.

Mevrouw **Hachchi** (D66): Voorzitter. Dank aan de gasten voor hun bijdragen. Zowel mevrouw Van Deth als de heer Coenen zei het vanmiddag al: er is een tipping point. Er is een soort «end of game», zoals mevrouw Van Deth het noemde. Ik krijg daarop graag iets meer toelichting. Is dat gebaseerd op de 15 by 15? Als wij nog even met z'n allen doorgaan zijn wij er bijna. Hoe realistisch is het vooruitzicht daarop, gehoord wat die 15 by 15 inhoudt? Ook ik heb het vertrouwen dat gemaakte afspraken worden nagekomen, maar hoe realistisch is het om 2015 als einddatum te houden?

Zowel mevrouw Gerard als mevrouw Van Deth sprak over de nieuwe medicijnen. Als we terugkijken, zijn de medicijnen steeds goedkoper geworden. Ik refereer aan de verwijzing van 10 000 dollar naar 100 dollar. Ik begrijp niet zo goed waarom het niet een kwestie van tijd zou zijn dat ook de nieuwe medicijnen goedkoper worden. Mevrouw Gerard heeft al gewezen op een aantal punten, zoals het via internationale verdragen proberen ervoor te zorgen dat dit soort medicijnen niet benadeeld worden en er sprake is van een averechts effect. Wat is er naast die aanwijzingen nog meer nodig om ervoor te zorgen dat die medicijnen net als de vorige keer goedkoper worden?

De heer **De Lange** (PvdA): Voorzitter. Dank aan de gasten voor al hun verhalen en toelichtingen. Mijn eerste vraag is aan mevrouw Van Deth en die betreft de werkwijze van het Global Fund. Voor zover ik weet geeft het Global Fund heel veel begrotingssteun of sectorale begrotingssteun aan regeringen. Nu heb ik zelf in Uganda gewerkt. Als een regering zeer corrupt is en zeer slecht werkt, dan is dat niet altijd een heel effectieve manier om te zorgen dat de gezondheidszorg tot stand komt of dat

medicijnen bij mensen terechtkomen. Kan mevrouw Van Deth daarover iets vertellen? En kan zij ook aangeven of het Global Fund ook werkt met andere methodes in landen waar de staat niet goed werkt of te corrupt is om er grote bakken geld aan te geven?

Mijn tweede vraag betreft het instrument van forward market commitments. I will ask my question to Ms. Gerard and Ms. Hankins. Ms. Gerard was talking about second line drugs. Is more R&D needed? If so, would forward market commitments be a useful tool?

De **voorzitter**: Voor de beantwoording geef ik allereerst het woord aan de heer Van Mourik.

De heer **Van Mourik**: Ik heb zelf een aantal jaren de grants onderhandeld als portfoliomanager in Genève met regeringen van heel moeilijke landen zoals Ethiopië, Kenia, Congo, Benin en Mali. Het valt wel mee met corruptheid. Uganda is een extreem voorbeeld. Daar heeft het Global Fund terecht flink de handel afgeknepen en is ook geëist dat men het geld terugbetaalt. Dat is ook allemaal netjes terugbetaald. Als je echt value for money wilt hebben en je een keuze wilt hebben in waar je het in investeert de komende vijf tot tien jaar, dan zou ik echt het Global Fund nemen. USAID, de Amerikanen begrijpen dat als geen ander. Diffit heeft het onlangs ook gedaan en de Fransen met een goede socialistische regering gaan dat ook doen de komende maanden. Hopelijk volgt Nederland. Je kunt gewoon naar Genève gaan om afspraken te maken en zeggen: we hebben 90, 110 of 200 miljoen dollar extra maar die moeten besteed worden aan programma's die ervoor zorgen dat hoeren bij klanten condooms gaan eisen en dat homo's weten dat als ze eenmaal geïnfecteerd zijn, ze ook toegang hebben tot medicatie. Dat is niet zo ingewikkeld. Dat is gewoon een kwestie van zeggen: dit is onze pot met geld en daar moet je het aan besteden. De Amerikanen zijn daar keihard in. Met de nieuwe frisse wind die nu door Washington waait zeggen ze: wij willen dat 20% van ons geld wordt besteed ten behoeve van hoeren en homo's. En dat gebeurt. Waarom zou Nederland dat niet kunnen doen? Zo ingewikkeld is dat niet. Nederland heeft heel goede kennis met het Aidsfonds, Stop Aids Now en andere organisaties. Ook noem ik de kerken. ZOA doet waanzinnige programma's in Zuid-Sudan en Kenia. Ze werken met hoeren en homo's, believe it or not. Dus zo extreem gaat het allemaal niet. Dus als je met een flinke pot geld naar Genève gaat, de heer Koenen en Louise van Deth kunnen mee, en zegt: wij willen dit voor 20% of 30% aan hoeren en homo's besteden, dan gebeurt dat. Het heet earmarking en het is niet zo ingewikkeld. De Amerikanen doen het, de Britten doen het, de Fransen doen het en de Nederlanders moeten dat ook doen.

Mevrouw **Hankins**: I will leave questions that have to do with intellectual property and how low we can go with drug prices to dr. Gerard. I just want to emphasize that one of the things we want to push for is for people to recognize that they have HIV-infection earlier. Mortality is so high in the first three months of treatment, because people are too sick when they start on treatment. So a whole bunch of mechanisms are being put into place, including intensive follow-up for people who are coming in really, really late and home-based, community-based HIV testing to find HIV infection earlier. Know Your Serostatus campaigns, like the big one in South Africa last year that was aiming to offer HIV testing to 15 million people, along with blood pressure and blood glucose testing in the context of the whole antistigma and antidiscrimination mechanisms. These bring HIV testing to the people. So, the drug prices are at the end of the process. We need to focus on costs, effective drugs and we need to focus a lot on helping people to adhere to their medication, but we have to get them knowing their HIV-positive status and on medication in the first place.



Mevrouw **Gerard**: The return on investment for the research and development that has been done by pharmaceutical companies is fair enough. Anyone who invests in something wants to have a return. At least, that is the way it works in our society. The question here is how much return you expect. By how much do you want to multiply your return? I do not think there is anything set on that. Does it have to be? And how much has been invested? Nobody knows, because these are not the kind of figures that the pharmaceutical industry is going to give. So it is very difficult to comment on that, because we do not have the real data. Some studies have been done on how much it costs to develop a drug, and then, of course depending on the type of drug et cetera, one may cost more than another. I think that at Artsen zonder Grenzen we are realistic enough. We do not ask to stop the patent system. Please let it continue. It seems to provide some results. The question is whether it is the best way to get the drugs that we, as health practitioners, need as we work in developing countries. When I say «we», I do not mean we as NGO based in Amsterdam, Brussels or anywhere else, but the doctors and the nurses working in the countries that are the most affected.

The system has not brought the products that we need. So yes, more research and development is needed. There is hardly any ARV for children. Most of the affected children are living in developing countries. We hardly have any affected children in developed countries. That is good. Let's keep it that way. But meanwhile, there is nearly no research for children affected by HIV. For a child affected by HIV and by TB a doctor has to choose what he is going to treat the child for, because the two drugs that are available, do not work together. So we do not have the tools, for sure. And the patent system, as it has been in place for a long time, has not delivered.

I am nearly sure that the pharmaceutical industry knows by now that there are huge needs there. There are huge needs in trypanosomiasis and in tuberculosis. There are huge needs. The needs are there, the research is not. So what can be done, besides the patent system which, again, I would say to keep it in place, as long as all the trade rules et cetera are not promoting it in a way that it will stop the possibility to produce generics. To come back to the research and development: market commitment is one approach that has been tested. You have to excuse me, I do not know the details from the head anymore, but the one that has been tested with the pneumococcal vaccine, if my memory is correct, has shown that it has been, again, a very expensive mechanism. So I think that what is being discussed now at the World Health Assembly is certainly a very interesting alternative. It is a convention where countries would work together on first setting an agenda. What are the priorities? What type of products do we need to treat the most present health conditions in developing countries? It includes AIDS, it includes TB, it includes many of the diseases that are present there. Where is the funding going to come from? There is a proposal on the table to invest 0,01% of money being used for development and cooperation. So there are different ideas that have been floating around that propose alternatives. I think they really deserve to be supported.

Just to answer on the dialogue at such: AzG has an international campaign for access to medicine since 1999. Since that time we have been in regular dialogue with the pharmaceutical industry. Yes, indeed. Just one last point. I very much appreciate the emphasize on men having men and sexual workers – I think it is a key aspect – but for the earmarking it is still important to say that in those countries this is a huge problem, because it is variable from one context to the other. I am a bit afraid of the across-the-board earmarking, so that in all countries a certain percent would go to a specific problem. It is also based on context analysis, of course.

Mevrouw **Van Deth**: Ik wil graag nog iets toevoegen over het goedkoper worden van medicijnen. Mevrouw Hachchi vroeg: gebeurt dat niet vanzelf zoals dat eerder ook gebeurde. Ik ben geen specialist in verdragen, maar juist doordat binnen bestaande verdragen flexibiliteit is gecreëerd, zijn medicijnen zo veel goedkoper geworden. Met de ACTA en het Free Trade Agreement wordt geprobeerd de flexibiliteit weer in te perken zodat dit niet langer kan. Het gebeurt dus niet vanzelf. Deze materie is zo ingewikkeld dat er zo maar een of andere overeenkomst wordt geratificeerd, zonder dat wij weten wat daarvan de gevolgen zullen zijn. Een van die gevolgen kan zijn dat landen strafbaar zijn als zij bepaalde medicijnen doorvoeren. Dus het betekent niet alleen dat landen de medicijnen niet meer kunnen produceren. Wij weten allemaal nog wel dat een aantal jaren geleden een schip met medicijnen in Nederland is tegengehouden. Het kunnen onderdelen van medicijnen of de medicijnen als zodanig zijn, maar het uiteindelijke product kan dan niet meer worden gemaakt.

Daarom is mijn boodschap aan u: pas alstublieft op. Er wordt gezegd waarvoor zo'n overeenkomst dient en dat lijkt geweldig, maar vervolgens blijken er opeens allerlei dingen onmogelijk te zijn. Dus nee: de medicijnen worden niet vanzelf goedkoper.

Mevrouw Hachchi vroeg verder of wij in 2015 klaar zijn. Nee, helaas nog niet in 2015. 15 by 15 gaat over het feit dat tegen die tijd 15 miljoen mensen onder behandeling zouden moeten zijn. Wij hebben met elkaar afgesproken dat wij daarvoor ons best zullen doen. Ik kan geen voorspellingen doen, maar dit punt zal een aantal decennia verder liggen. De huidige mogelijkheden, het verhaal van treatment as prevention, dat wil zeggen dat je het virus niet doorgeeft als je wordt behandeld, laat zien dat er een horizon kan zijn als wij nu verdergaan met te doen wat wij doen.

Mevrouw **Hachchi** (D66): Hartelijk dank voor dit antwoord. Ik mis echter nog argumenten voor het tipping point, het pleidooi waarom wij nu zouden moeten doorzetten. Kan mevrouw Van Deth dit nog verder toelichten?

Mevrouw **Van Deth**: Het tipping point is het idee: als wij nu doen waarvan wij weten dat het werkt, zijn wij op weg naar the end game. Doen wij dat niet, investeren wij niet meer en laten wij effectieve methoden zoals een investment framework hun werk niet meer doen, dan keren wij terug naar de dark ages. Als wij medicijnen weer veel duurder laten worden, dan wordt het onmogelijk. Het kan nu, maar daarvoor moet wel iets gebeuren. Dat is het idee van het tipping point.

De heer De Lange sprak over de corrupte regering en het geld van het global fund dat wordt besteed in landen waar het verkeerd terecht komt. Een van de andere bijzondere aspecten van het Global Fund is dat het geld dat wordt gegeven, in principe performance based is. Als een land, dat wil zeggen organisaties in die landen geld krijgen van het Global Fund, dan worden er afspraken gemaakt over wat moet worden gedaan voor dat geld. Als die afspraken niet worden nagekomen, worden de volgende betalingen opgeschorpt. Dat hebben we bijvoorbeeld in een land als Kenia zien gebeuren, dat in ronde 1 en 2 geld heeft gekregen van het Global Fund, maar daarna niet meer. Vervolgens heeft het allerlei maatregelen genomen en is het in ronde 9 en 10 weer een van de ontvangers geworden.

De heer **De Lange** (PvdA): Misschien kan de heer Van Mourik hier kort op ingaan, maar het meeste geld van het Global Fund gaat toch naar regeringen? Of gaat het ook naar onafhankelijke ziekenhuizen?

Mevrouw **Van Deth**: Het meeste geld gaat via regeringen. Maar een organisatie als Cordaid is vertegenwoordigd in allerlei landen en is ook

een principal recipiënt van dat geld. Het gaat dus ook wel degelijk naar allerlei grote ngo-organisaties.

De heer **Van Mourik**: Een toevoeging: 30% van Global Fund money gaat rechtstreeks naar ministeries van gezondheidszorg of financiën; de rest gaat naar ngo's, inclusief kerken. Wat Nederland betreft, het volgende. Cordaid is een goede ontvanger van Global Fundgeld en besteedt dat ook goed. Hivos is een grote ontvanger van Global Fundgeld. Het principe van Global Fund is: money follows results. Je tekent voor een overeenkomst met afspraken; als je die afspraken nakomt krijg je meer geld, als je die afspraken niet nakomt, krijg je geen geld. Het is dus heel duidelijk performance-based funding. Ik geloof dat dit de enige organisatie is in de wereld die dat doet, dus ik zou zeggen: geef meer!

De **voorzitter**: One minute for mrs. Gerard.

Mevrouw **Gerard**: I just wish to complement the answer to the question of Ms. Hachchi. I think it is key to really understand that the way we can address HIV/AIDS has radically changed in developing countries. When we started early 2000 we still had the feeling, as a medical organization, that we had to show that it was possible to treat people living with HIV/AIDS in developing countries. I was working as a representative of my organization at the European level at the time, and the reaction that I received from people at the European Commission was that with HIV in developing countries, with the health systems that they have, could not be treated; no way, you cannot do it. Nobody questions that today, fortunately. The drugs are there. We still need to get access to them, they still need to be improved, but we have them. We have moved away from treating HIV/AIDS at hospitals. When I say «we», I mean health practitioners in general. It is not happening in high-tech hospitals. We have found ways to delegate it further and further by doing what we call task-shifting. What a nurse can do, the nurse will do. What the house practitioner can do, he will do. We work with patient support groups. People with diabetes can treat themselves in Europe. That is what we are moving toward, hopefully for HIV in developing countries. A study shows that by treating people you prevent transmission by 90%. So the tools are there, the systems are building up, thanks mainly to the Global Fund. We need to continue doing that. That is what we need to do now. The choices are being made now. If we continue in the current direction, we will hit the wall. And we are talking about people, as Mr. Van Mourik was reminding us of. So it is really key.

De **voorzitter**: Thank you very much. Thank you all for your contribution.

Deelsessie 3: Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR)

**Gesprek met:**

- **Piet Vroeg, program officer Cordaid**
- **Marian van Huis, Executive Board Member International Confederation of Midwives**
- **Rolien Sasse, Directeur Simavi**
- **Sille Jansen, advocacy officer Universal Access to Female Condoms Joint Programme, Rutgers WPF**
- **Ine Vanwesenbeeck, Manager international onderzoek WPF, hoogleraar seksuele ontwikkeling, diversiteit en gezondheid, Universiteit Utrecht**
- **Jan Reynders, Consultant for Gender Justice and Sustainable Development**

De **voorzitter**: Wij beginnen met de heer Vroeg, program officer van Cordaid.

De heer **Vroeg**: Dank voor de uitnodiging. Ik wil het hebben over iets wat al vaker is teruggekomen: wat te doen met de algehele gezondheidszorg, het algemene systeem? Ik wil hier graag een lans voor breken. Ik denk dat alle verticale programma's of specifieke programma's een basissysteem nodig hebben dat werkt, om resultaten te kunnen halen. Als dat er niet is, zal dat gewoon niet gebeuren. Ik heb ook af en toe bij verticale programma's de indruk dat je met heel veel geld, dat heel gefocust wordt weggezet of gebruikt, ervoor moet oppassen dat je de wat zwakkere gezondheidszorgsystemen pijn doet. In de programmering moet je daar toch rekening mee houden.

Ik begrijp wel dat het ondersteunen van algemene basisgezondheidszorgsystemen tot op een bepaalde hoogte vervelend kan zijn: het is complex, frustrerend en je krijgt geen duidelijke resultaten, wat het op een gegeven moment moeilijk kan maken om ermee door te gaan. Wij hadden dat probleem ook. Cordaid had een programma in een kleine provincie van Rwanda, waarin het met veel energie en middelen de algehele gezondheidszorg ondersteunde. En wat bleek? Dat systeem kon al die bronnen prima absorberen, zonder dat dit echte resultaten opleverde. In reactie daarop zijn wij overgestapt – het toverwoord is al een paar keer gevallen – op resultaatgerichte financiering. Er waren meerdere organisaties die daarmee als donor werkten, bijvoorbeeld Global Fund, maar dan ging het om de relatie van een donor met een regering. Cordaid begon als eerste op lokaal niveau op deze manier te werken. Dat wil zeggen: met een ziekenhuis of met een gezondheidspost.

Werken dit soort contracten dan ook? In plaats van het financieren van intenties en plannen gingen wij resultaten inkopen: een basispakket aan gezondheidszorg. Zo'n pakket kan bestaan uit een gevaccineerd kind, maar ook uit een veilig bevallen moeder, een genezen tuberculosepatiënt of een vrijwillige hiv/aids-test. De betaling van de geleverde service vindt achteraf plaats. Er moet dus echt eerst geleverd zijn en dat maakt het mogelijk om te controleren of de kwaliteit van de service goed was en of de service wel echt geleverd is. Corruptie is immers een mogelijkheid die je altijd in je achterhoofd moet houden. Wij willen met andere woorden weten of de services die men claimt geleverd te hebben, ook daadwerkelijk zijn geleverd.

In Rwanda bleek die resultaatgerichte financiering te werken! Leuk is dat dit programma uiteindelijk internationaal beleid is geworden en dat het overgenomen is door een grotere donor, namelijk de Wereldbank. De Wereldbank werkt nu ook met performance-based financing.

Ten slotte wil ik toch ook wel benadrukken dat deze aanpak niet tot stand was gekomen zonder de steun van de Nederlandse overheid. Deze aanpak is namelijk gebaseerd op principes die in de Nederlandse gezondheidszorg worden gehanteerd. De eerste pilots en testen zijn bovendien met Nederlands geld gefinancierd. Als dat niet was gebeurd, was dit instrument ook bij de Wereldbank nog steeds niet bekend. Omdat het zo succesvol is, zou ik graag zien dat elk verticaal programma gepaard gaat met ondersteuning van de algehele gezondheidszorg. Daaraan kan Nederland daadwerkelijk iets bijdragen, zeker als het gaat om innovatie.

De **voorzitter**: Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Marian van Huis. Zij zal spreken over het belang van voedvrouwen en gezondheidspersoneel met kennis van verloskunde.

Mevrouw **Van Huis**: Voorzitter. Ik ga een heel basaal praktisch verhaal houden over seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Dat mag u ook verwachten van een verloskundige! Dit onderwerp heeft natuurlijk alles te maken met de millenniumdoelen vier, vijf en zes. U hebt het vandaag al

diverse malen horen zeggen: wij hebben ons eraan gecommitteerd dat in 2015 de doelen vier en vijf worden gehaald. Dat wil zeggen dat in 2015 de moedersterfte met drie kwart gedaald moet zijn en de kindersterfte met twee derde.

Wereldwijd gaan er per jaar nog steeds 287 000 vrouwen dood door het geboorteproces. Dat aantal is gelukkig iets lager dan vroeger, want eerder ging het zelfs om 375 000 vrouwen. Het totale aantal ligt dus iets lager, maar nog steeds gaat er iedere twee minuten een vrouw dood aan het geboorteproces! De belangrijkste oorzaak hiervan is dat 48 miljoen vrouwen zonder enige gekwalificeerde hulp bevallen. Verder gaan er hierdoor 2 miljoen kinderen in de eerste 24 uur van hun leven al dood. Ik hoef niemand hier te vertellen dat de dood van een moeder de grootste ramp is die een gezin kan overkomen. In low resource landen hebben de andere kinderen in zo'n gezin namelijk maar liefst 25% meer kans om voor hun vijfde verjaardag te overlijden. Ban Ki-moon zei niet voor niets: in landen die hun moeders dood laten gaan, wordt het niets met de economie.

De International Confederation of Midwives, de organisatie waarbij ik als enige Nederlandse in het bestuur zit, is de wereldkoepel van verloskundigenorganisaties. Onze leden zijn verloskundigenorganisaties uit 108 landen en zij vertegenwoordigen 250 000 verloskundigen, veelal mensen uit low resource landen. De ICM heeft als doel de verloskundige zorg wereldwijd te verbeteren door goedopgeleide verloskundigen in te zetten. Dat klinkt makkelijker dan het is! Er is wereldwijd bewijs dat de verloskundigen het verschil kunnen maken. Dat blijkt uit alle rapporten, waaronder The State of World's Midwifery, een initiatief van het UNFPA dat uitgebreid onder de aandacht is gebracht van het ministerie. Het blijkt uit de rapporten van de WHO en ook uit het rapport Missing Midwives van Save the Children. Er is echter nog steeds een tekort van 350 000 verloskundigen.

Wat doet de ICM daar nu aan? Dankzij donorgeld – wederom – van de Nederlandse regering hebben wij met onze leden, de verloskundigenorganisaties over de hele wereld, en met onze partners global standards voor verloskundige zorg ontwikkeld. De verloskundige beroepsgroep is – dat zeg ik best met een beetje trots – de eerste beroepsgroep die wereldwijd geaccepteerde standaarden voor zorg heeft ontwikkeld. Nogmaals: dankzij u.

Deze standaarden geven aan waaraan een verloskundige moet voldoen om gekwalificeerd genoemd te kunnen worden. Daarin worden de randvoorwaarden benoemd, dus de competenties waaraan de opleidingen moeten voldoen en ook waaraan het health system moet voldoen. Ook hebben wij standaarden ontwikkeld voor de wet- en regelgeving, want anders kunnen de verloskundigen nog niet werken. Om dit te bewerkstelligen moeten verloskundigen een positie hebben, dus zij moeten ook goed georganiseerd zijn in een goede verloskundige organisatie. Met deze tools kun je in een land de moedersterfte aanpakken.

De verloskundigen werken in een continuüm van verloskundige zorg in de gemeenschap. Zij geven zorg aan vrouwen in de reproductieve fase, algehele gezondheidsvoorlichting, ook over hiv en aids, familyplanning, anticonceptie, veilige abortus, zwangerschap, bevalling en zuigelingenzorg. Daarnaast geven zij veel voorlichting over uitstel van zwangerschap bij jonge meisjes, child rights en over het zogenaamde spacing, waarbij vrouwen niet ieder jaar achter elkaar hun kinderen krijgen maar er een paar jaar tussen zit.

Voorwaarde is een goed functionerend health system, zodat er ook kan worden verwezen van health centers naar gewone ziekenhuizen en gespecialiseerde centra.

Dat is dus allemaal al gebeurd. Hoe willen wij nu verder? De standaarden zijn wereldwijd geaccepteerd. Alles is dus op zijn plaats om uit te rollen. Ik

vertelde u al dat de leden van ICM vaak landen zijn in low resource settings. Zij zijn er vaak het slechtst aan toe, helaas ook financieel, waardoor wij dus niet zo veel membership fee kunnen krijgen terwijl wij die landen wel nodig hebben, want daar kun je echt het verschil maken. ICM heeft dus donorgeld nodig om zijn doelstellingen goed te kunnen bereiken en de reproductieve zorg in een continuüm mogelijk te maken. ICM werkt uiteraard samen met partners. Ik noem UNFPA, WHO, USAID, Jhpiego, Midwifery at Women's Health Alliance en Cordaid, dat voor ons een heel goede partner is. Wij geven vooral mensen in het land zelf de tools om de gezondheidszorg en de moeder- en kindsterfte te kunnen aanpakken. Nederland stond aan de basis van belangrijke verbeteringen. Nu is het zaak om deze verder uit te rollen en te implementeren. Via het ICM UNFPA-programma wordt door onze regional midwife advisors ter plekke gewerkt om in landen verloskundige zorg te verbeteren door het opzetten van opleidingen en goed functionerende health systems. Workshops worden gehouden waar gap analysis worden gemaakt. In zo'n workshop zijn dan ongeveer vertegenwoordigers van zo'n tien landen aanwezig. Daar worden country plans gemaakt. De aanwezigen zijn meestal vertegenwoordigers van regeringen, van verloskundige organisaties en van public health, dus echt mensen die in deze landen het verschil maken. Zij maken dus een gap analysis en vervolgens een country plan. Dan wordt er ook regelmatig gevraagd wat de problemen zijn. Na een paar jaar roep je hen weer bij elkaar om te kijken hoe het zit. Er wordt gewerkt met landen om zelf de verloskundige zorg te verbeteren. Randvoorwaarden zijn aanwezig door de standaarden. Er wordt samengewerkt in health systems en met partners, nationaal en internationaal. Er wordt heel veel aan advocacy gedaan zodat de regering de verloskundige zorg en überhaupt de gezondheidszorg een topprioriteit geeft, want vrouwen hebben toch soms een andere positie in bepaalde landen. En het empowert vrouwen, dus het is ook emanciperend. Dus wij investeren echt in structuur en in opleiding van de mensen zelf. Wij hopen van harte dat wij ons werk kunnen voortzetten met steun van de Nederlandse regering. U hebt het verschil gemaakt. De basis is er. Nu kunnen wij gaan oogsten. Wij beginnen al een beetje te oogsten maar het kan nog veel beter.

Mevrouw **Sasse**: Voorzitter. Ik sluit heel mooi aan op het verhaal van de vorige sprekers. Ze hebben het gehad over versterking van het gezondheidssysteem, wat heel belangrijk is om te doen. Ik wil inzoomen op een ander probleem, namelijk dat dit gezondheidssysteem de meeste arme vrouwen of meisjes niet bereikt, of pas op een heel laat moment, als er nog maar weinig aan te doen is. Dat heeft een heleboel oorzaken: tradities, fysieke afstand tot een gezondheidscentrum of diensten in een gezondheidscentrum die soms niet goed zijn.

Ik geef een voorbeeld. Je bent zwanger en men zegt de hele tijd het volgende tegen je. Oma kan het hartstikke goed doen, want ze heeft het ook bij alle anderen gedaan. Waarom zou je daarheen gaan? Het is ver weg, het is eng en het kost je geld. Je blijft dus in je dorp, verstoken van informatie en verstoken van begeleiding. Dan kun je heel veel investeren in het gezondheidssysteem – dat moet ook – maar het is niet genoeg, want dat meisje krijgt er geen toegang toe. Daarom moet je samenwerken met gemeenschappen. Je moet communities erbij betrekken. Op heel veel punten vind ik het beleid heel goed, maar ik mis net dat laatste stukje. Dat is jammer, want dan gaan de investeringen over de hoofden van de mensen heen en dan bereik je ze niet.

Je moet in verschillende dingen investeren. In de eerste plaats in voorlichting. Neem bijvoorbeeld weer dat meisje in Bangladesh. Tegen haar wordt altijd gezegd: eet zo min mogelijk, want dan blijft de baby klein en heb je een makkelijke bevalling. Het gevolg is dat de moeder en de baby ondervoed zijn en dat ze bij een complicatie allebei veel sneller

sterven. Dit zijn van die heel simpele dingen die je met voorlichting kunt voorkomen. Dat geldt natuurlijk ook voor het meteen zwanger worden, wat een heleboel mensen niet willen. Dat meisje van vijftien zat liever op school en zat liever nog een tijdje langer te groeien en te spelen. Ook dat is een punt van voorlichting en van het veranderen van tradities. In de tweede plaats noem ik het health seeking behaviour. Als iemand zwanger is en haar zwangerschap veilig wil laten verlopen, waar krijgt ze dan begeleiding? Het liefst van de verloskundige, die daarvoor is opgeleid. Zorg er dus voor dat mensen bij dat health-systeem betrokken worden, dat ze die begeleiding op tijd gaan zoeken en – dat is een ander probleem – dat die begeleiding klantvriendelijk wordt gegeven. Dan moet je met de community samenwerken. Ik geef een voorbeeld. Als je met een community gaat bekijken waar de problemen liggen, dan zie je een heleboel drempels voor mensen om bij dat systeem te komen, bijvoorbeeld een service die niet goed is, geen privacy, alleen een mannelijke arts, ongunstige openingstijden of hoge kosten. Als je die zaken met de mensen kunt aanpakken, dan kunnen die meisjes tijdig in het gezondheidssysteem komen en kunnen ze voor, tijdens en na de bevalling begeleiding krijgen. Waarom dus community health voor SRGR? Ik denk dat het duidelijk is: zonder die community health zul je niets bereiken.

**De voorzitter:** Bedankt. Het woord is aan mevrouw Jansen van Rutgers WPF. Zij zal spreken over SRGR, preventie en het vrouwencondoom.

**Mevrouw Jansen:** Voorzitter. Dank voor de mogelijkheid om hier te spreken. Ik zit hier namens het Universal Access to Female Condoms Joint Programme, een samenwerkingsverband tussen Oxfam Novib, Rutgers WPF, i+solutions en het ministerie van Buitenlandse Zaken. Ik wil jullie graag wat vertellen over het belang van SRGR in het algemeen, daarbinnen specifiek over het belang van het vrouwencondoom en over de rol van Nederland, die op dit gebied erg belangrijk is. Voor mensen met toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten ziet het leven er als volgt uit. Je leert op tijd over seksualiteit en relaties, je wordt seksueel actief wanneer je er zelf aan toe bent. Als je dat doet, doe je dat veilig, zonder risico's op soa's en ongewenste zwangerschap. Als je eraan toe bent, stop je met je anticonceptie en krijg je begeleiding bij het zwanger worden en bij de bevalling. Met een beetje geluk breng je een gezond en blij kind ter wereld. Voor mensen zonder toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten ziet het er heel anders uit. Veel jongeren leren niets over seksualiteit en in veel gevallen beginnen ze niet vrijwillig of pas als ze eraan toe zijn aan seks. In een land als Haïti is het eerste seksuele contact in 36% van de gevallen een gedwongen contact. Vervolgens weten deze mensen niet hoe ze zich kunnen beschermen tegen soa's en ongewenste zwangerschap en hebben ze ook niet de vaardigheden om dat te doen. Zoals we vandaag al eerder hebben gehoord, komt 80% van de nieuwe hiv-infecties door onveilig seksueel contact. Zoals gezegd, kun je je dan ook niet beschermen tegen ongewenste zwangerschappen. Er zijn nog steeds 215 miljoen vrouwen die wel anticonceptie willen gebruiken, maar daartoe geen toegang hebben. Per jaar houden 8,5 miljoen vrouwen complicaties over aan onveilige abortus en sterven er 47 000 aan. Vrouwen die wel kinderen krijgen, hebben hierbij onvoldoende ondersteuning. Hieruit volgt moeder- en kindersterfte. Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten is dus geen luxe, maar zeer nauw verbonden met de meest basale onderdelen van het leven. Bij seksuele en reproductieve gezondheid en rechten is de mogelijkheid om jezelf te beschermen tegen soa en ongewenste zwangerschappen heel voornaam. Een belangrijk middel hierbij is het vrouwencondoom. In Zuidelijk Afrika hebben jonge meisjes tot acht keer meer kans op hiv dan

jongens. De hiv-epidemie raakt vrouwen enorm. Ze zitten vaak in een situatie waarin ze veel zorgtaken hebben. Ze stoppen sneller met school omdat ze slachtoffer worden van seksueel geweld, waardoor ze ook weer met hiv kunnen worden geïnfecteerd. Ze verliezen hun bezittingen als gevolg van hiv. Daarom is het erg belangrijk dat deze vrouwen toegang hebben tot het vrouwencondoom.

Het vrouwencondoom is naast het mannencondoom het enige middel dat hiv effectief kan voorkomen bij seksueel contact. Als hiv in 80% van de gevallen hierdoor wordt overgedragen, is gebruik van het vrouwencondoom heel belangrijk. Daarnaast biedt het vrouwencondoom de vrouw de unieke mogelijkheid om zelf het heft in handen te nemen en dit middel te gebruiken. Op dit moment is er op dertien vrouwen slechts één vrouwencondoom per jaar beschikbaar. Vrouwen worden heel vaak geïnfecteerd met hiv en raken ongewenst zwanger. Er wordt momenteel te weinig geïnvesteerd in het vrouwencondoom, ondanks het feit dat de Nederlandse regering een bijzondere en heel belangrijke partner is om het gebruik te verhogen.

Het vrouwencondoom heeft meerdere voordelen. Naast het feit dat het gebruik door de vrouw kan worden geïnitieerd, kan het op een eerder moment worden gebruikt dan het mannencondoom. Het kan zorgen voor wat afwisseling en dat is heel belangrijk voor mensen die veilige seks willen hebben. Om een mythe te ontkrachten: het vrouwencondoom kraakt niet, althans, niet meer. Het vrouwencondoom is namelijk enorm doorontwikkeld de afgelopen jaren. Via publiek-private samenwerking doet ons programma ook aan ondersteuning van producenten van vrouwencondooms, waardoor er meer vrouwencondooms zullen worden goedgekeurd door de WHO. Wij zijn de projecten een aantal jaar geleden gestart. Het ziet er goed uit, dus er zal veel meer variatie komen. Dit zal de variëteit en de keuze die vrouwen hebben in condoomgebruik, doen vergroten. Ook de prijs van de condooms zal door de toegenomen concurrentie tussen de producenten onderling verlaagd worden. Kunnen wij nu een miljard van die vrouwencondooms bestellen en daarmee het hiv-probleem oplossen? Helaas. Het zou een goed begin zijn, maar een aantal andere dingen is hierbij cruciaal: kennis over de manier waarop hiv wordt overgedragen, seksuele voorlichting van jongeren en programmering van het vrouwencondoom. Je moet immers even leren hoe je zo'n vrouwencondoom inbrengt. Met het mannencondoom werkt het ook zo; dat gaat ook niet vanzelf, je moet even oefenen en iemand moet jou laten zien hoe het werkt. Het Universal Access to Female Condom (UAFC)-programma combineert deze facetten van het overbrengen van kennis en vaardigheden, het aanbieden van producten en het onder de aandacht brengen op lokaal niveau in Nigeria en Kameroen.

Het laatste punt betreft preventie. Het vrouwencondoom is hiervan een belangrijk onderdeel. Uit onderzoek van de Verenigde Naties blijkt dat hiv/aidspreventie enorm kosteneffectief is: tot 28 keer meer dan behandeling. Natuurlijk heeft iedereen die hiv-positief is, recht op behandeling. Wij kunnen echter niet de hele wereld behandelen. Als wij de epidemie willen stoppen, moeten wij bij het begin beginnen. Iedereen heeft seks. Hiv wordt in 80% van de gevallen overgedragen door onveilige seks. Het aantal keren dat mensen veilige seks hebben, moet dus omhoog. Wat is veilige seks? Seks met een condoom, het liefst in combinatie met een andere vorm van anticonceptie. Internationaal staat deze combinatie bekend als double Dutch, en dat is niet voor niets. Nederland heeft een reputatie hoog te houden. Wij durven te praten over seks en dat siert ons. Het is iets wat niet veel andere landen ons nadoen. Wij durven in het kader van hiv/aids te praten over seks en over de oorzaken van hiv/aids. Verder durven wij die condooms te promoten. Daarom is het cruciaal dat



SRGR een beleidsprioriteit blijft binnen het Nederlandse ontwikkelingssamenwerkingsbeleid en dat preventie daarvan een enorm groot onderdeel is.

Mevrouw **Vanwesenbeeck**: Voorzitter. Ook ik ben blij dat ik even het woord tot de Kamerleden kan richten om opnieuw het belang van aandacht van Nederland voor SRGR te onderschrijven. De Kamerleden hebben van mij al een kleine tekst ontvangen. Daarin heb ik onder andere benadrukt dat het een enorm complex beleidsterrein betreft, dat heel sterk verweven is met de sociale structuur en met de grote ontwikkelings-thema's. Nog meer dan op andere terreinen worden veranderingsprocessen op dit vlak belemmerd door diep verankerde culturele en normatieve hindernissen. Daarom is het zo van belang dat een verlicht en liberaal land als Nederland, dat over seks durft te praten, zich laat gelden op dit terrein. We kunnen SRGR beslist niet alleen aan – ik noem maar wat – de Amerikanen overlaten, zeker niet bij controversiële onderwerpen zoals abortus en zelfs seksuele voorlichting aan jongeren.

Ik benadruk dat het enorm belangrijk is om jongeren te adresseren. Waarmee kan dat beter dan met seksualiteit? We hebben gemerkt bij ons werk bij Rutgers WPF en de SRGR Alliantie dat als je jongeren kunt aanspreken, zij kunnen werken als een motor in de mobilisatie van allerlei maatschappelijke groepen. Zij kunnen de spreekwoordelijke steen in de vijver zijn. Zij kunnen dus een enorme impuls geven aan de sociale ontwikkeling in een land. Bij uitstek seksualiteit is op dat vlak van belang. Door de voorgangers is uiteraard de positie van meisjes en vrouwen al genoemd. Die is compleet afhankelijk van de voortgang op het terrein van de SRGR. Seksualiteit speelt een grote rol in de maatschappelijke waardering, of beter het gebrek daaraan, voor vrouwen en meisjes. Normen rond seksualiteit houden meisjes van school en vrouwen aan huis. Wil ontwikkelingssamenwerking serieus werk maken van de positie van vrouwen in lage- en middeninkomenslanden, dan kan zij niet om seksualiteit en reproductie heen.

Opnieuw benadruk ik dat het terugdringen van het aantal ongeplande zwangerschappen natuurlijk cruciaal is en een positieve sociale en economische dominoreactie teweeg kan brengen. Het is een voorwaarde voor duurzame economische groei in veel ontwikkelingslanden. Het huidige aantal van ruim 200 miljoen vrouwen wereldwijd dat geen toegang heeft tot de gewenste anticonceptie, zal in 2050 met nog 40% gestegen zijn. Wij moeten erin kunnen slagen om daarop een antwoord te formuleren. Ik vind het eigenlijk ongelofelijk dat dit nog niet gebeurt is. Alle analisten van UNFPA en de Wereldbank geven aan dat het uitermate kosteneffectief kan plaatsvinden. Het wordt een «developmental bargain» genoemd.

Die dominoreactie werkt natuurlijk als volgt. Alle medische gevolgen zijn al de revue gepasseerd. Als de miljoenen vrouwen hun ongewenste zwangerschappen kunnen voorkomen, scheelt dat jaarlijks heel veel ongeplande geboortes, tientallen miljoenen abortussen en miskramen en enkele honderdduizenden zwangerschapsgerelateerde sterfgevallen bij vrouwen. Daarmee houdt het echter niet op. Ook verliezen honderdduizenden kinderen hun moeder dan niet. In gezinnen ontstaan stabielere relaties, meer gelijkwaardigheid, verbeterde opvoedingsprocessen, hogere gezinsinkomens, verbeterde leef- en woonomstandigheden en er zijn minder gebroken en ouderloze gezinnen. In de samenlevingen zien we verhoogde productiviteit, minder onnodige kosten voor de gezondheidszorg of voor de sociale zorg voor verweesde kinderen, minder te grote gezinnen die het zelfstandig niet redden, een beter opleidingsniveau voor de hele populatie en een versterkte maatschappelijke participatie van vrouwen. Met een goede family planning kun je hele economieën en landen transformeren, doordat en terwijl je de levens van vrouwen redt en verbetert. Kortom, een investering in SRGR is je geld driedubbel waard.

Wrang genoeg is de wereldwijde aandacht voor SRGR de laatste decennia eerder af- dan toegenomen. Tussen 1994 en 2008 daalde het aandeel van SRGR in het wereldwijde ontwikkelingsbudget van 30% naar 12%. Dat terwijl nu de allergrootste generatie jonge mensen ooit ter wereld seksueel actief en langer seksueel actief wordt zonder kinderen te willen krijgen.

De redenen voor het gebrek aan aandacht zijn complex, maar een daarvan is de status van vrouwen. Een illustratie daarvan is dat het bevolkings- en ontwikkelingsprogramma, zoals is opgesteld tijdens de ICPD in Cairo in 1994, nog steeds niet voldoende of voldoende goed is verankerd in het bredere ontwikkelingskader, dat bijvoorbeeld is vastgelegd in de MDG's. Nu er in 2015 dan ook een einde komt aan het huidige MDG-programma en er in 2014 bovendien opnieuw gekeken zal worden naar de implementatie van het ICPD-programma, die nog absoluut achterblijft, komt het er echt op aan om dit recht te trekken. Ik roep u daarom ten sterkste op om u sterk te maken om SRGR als speerpunt van het Nederlandse OS-beleid te behouden of, sterker, te koesteren. Nederland kan nu zijn voorttrekkersrol en zijn internationale reputatie op SRGR meer dan ooit waarmaken. Met uw steun kunnen we dan echt een rol van betekenis spelen in het verbeteren van SRGR wereldwijd en kunnen we bijdragen aan een duurzame globale ontwikkeling.

**De voorzitter:** Dank u wel. Het woord is aan de heer Jan Reynders, een genderconsultant, die ons juist gaat vertellen over het betrekken van mannen, gender en jongeren.

**De heer Reynders:** Dank u wel, voorzitter. Ik heb ter voorbereiding eerder al een aantal aandachtspunten toegestuurd.

**De voorzitter:** Die staan in onze reader.

**De heer Reynders:** Prima.

Ik wil het kort hebben over de noodzaak van integraal seksualiteitsonderwijs aan jongeren, over onvervulde behoeften van jongeren aan adequate informatie en voorzieningen, over de noodzaak om te onderzoeken of de dienstverleners, ongeacht of zij van de overheid of ngo's zijn, de bereidheid en de kennis hebben om de seksuele-voorlichtingsdiensten te verlenen en over de noodzaak om aandacht te geven aan jongens en mannen. Hoe we het ook wenden of keren, veel jongeren over de hele wereld hebben seks. Of het nu in het noorden of het zuiden is, in boeddhistische, hindoeïstische of christelijke landen of moslimlanden, het gebeurt overal. Het gaat niet alleen om jongens, maar ook om meiden. Meiden zijn daarin niet heiliger. Het gaat om jongens en meiden. Ze hebben het vaak met elkaar. Soms hebben meiden seks met oudere mannen. Daar moeten we goed op letten, want dat betreft vaak de onderwijskracht. Het gebeurt omdat ze bijvoorbeeld een goed punt willen hebben voor het examen of een paper. Het gebeurt ook puur om zakgeld bij te verdienen, of voor een top-up van de mobiele telefoon. De meeste seks van jongeren vindt echter plaats onder jongeren.

De meeste jongeren gaan ook naar school en hebben daar de mogelijkheid om seksuele voorlichting te krijgen. Ik moet zeggen dat dit benadrukt wordt in de beleidsbrief van de staatssecretaris. Dat is allemaal heel mooi. Maar dan komt het volgende punt. Heel veel van de seksuele activiteiten worden ontkend door de volwassenen. «No, no, we're good Christians, we're good Muslims, we're good Buddhists; we don't have sex before marriage». Ik heb zulke uitspraken overal gehoord. Daar heb je een probleem. Immers, als diezelfde leerkrachten, diezelfde vertegenwoordigers van de overheid niet erkennen dat er seks is onder jongeren, dan komt die voorlichting niet ter sprake of hij is heel beperkt. Dan krijg je informatie die niet actueel is, informatie over maximaal de biologische

veranderingen. Die moet men dan thuis lezen: «you read at home.» Dit houdt in dat de kinderen geen voorlichting en niet de juiste informatie krijgen op school, terwijl ze er wel behoefte aan hebben. Ze moeten het dan hebben van internet, van pornofilms en van wat Amerikaanse films op televisie. Dat is dan het enige. Dat is dus heel beperkt.

Op dezelfde manier wordt hiv vaak ontkend. Ik was in Bangladesh bij een grote organisatie die zei dat ze nooit mensen met hiv zagen. «Hoe zien ze eruit dan?» werd er gevraagd. Ik geef daarmee aan hoe triest het kan zijn als je ontkent dat er seks is. Er zijn maar zeven testcentra voor 160 miljoen mensen. Drie daarvan zijn van de overheid, wat heel weinig is. Het gevolg daarvan is dat in feite veel jongeren wel de behoefte hebben aan seksuele voorlichting, maar het niet krijgen en dat het heel beperkt is als ze op school wel iets aan informatie krijgen. In Bangladesh was ik bij een klas waar voorlichting werd gegeven over hiv-preventie. Dat ging als volgt. «Repeat after me. How do you get HIV? Sharp objects, mother to child, blood transfusion. How about sex? We don't talk about sex here.» Dat is natuurlijk wel heel triest als jongeren die behoefte uitdrukkelijk hebben, actief zijn en daarover graag informatie willen hebben. Gelukkig zijn er op andere scholen en in andere landen ook heel veel actieve en zeer goede programma's.

In de beleidsbrief van de staatssecretaris staat dat we veel moeten gaan steunen. In de brief ontbreekt echter het oordeel of de overheidsmensen, de onderwijskrachten en de ngo's de bereidheid en de capaciteit hebben om die informatie te geven. Vaak zijn dezelfde providers immers te verlegen. Zij ontkennen zelfs dat jongeren seks bedrijven, terwijl zij zelf pas jongere-af zijn. Zij doen dit puur omdat dit volgens hun cultuur en religie eigenlijk niet zou moeten. Dus wordt het liever ontkend en dat is een groot probleem. Vaak hebben zij ook een blokkade. Zij zeggen namelijk rustig dat het hele punt bij hen niet telt.

De beleidsbrief is volgens mij erg gender biased. Hij is namelijk erg gericht op vrouwen en meiden. Het is op zich heel belangrijk dat vrouwen en meiden heel veel aandacht krijgen. Dat moet ook absoluut. De brief is echter helemaal niet gericht op jongens. Sterker nog, de jongens worden alleen neergezet als het probleem. Dan heb je dus een probleem, want als je jongens en mannen niet meekrijgt, komt er geen oplossing. Je moet ook bekijken wat de jongens en meiden zelf willen. Meiden zeggen in verschillende programma's: als wij wel assertiever worden omdat wij getraind worden, maar de jongens niet, met wie moeten wij dan straks gaan trouwen? In een andere situatie heb ik een beetje geprovoceerd door te zeggen dat de jongens allang empowered zijn. De meiden antwoordden toen dat ik dat helemaal verkeerd zag. Zij zeiden dat de jongens wrongly empowered zijn. Zij worden namelijk door hun eigen peers gedwongen om een leuke chick uit te zoeken en daar seks mee te hebben. Zo werd het letterlijk gezegd. Het gaat er helemaal niet om dat zij daar zelf klaar voor zijn. Heel veel jongens willen nog helemaal geen seks omdat zij daar nog lang niet aan toe zijn. Zij worden daartoe echter gedwongen door hun peers. Je moet dit dus anders aanpakken en wel degelijk aandacht schenken aan de jongens, want die hebben ook seksuele behoeftes. Gelukkig zijn er heel veel voorbeelden van manieren waarop dit beter kan. Het gaat daarbij niet alleen om de seksuele behoeftes van de jongens zelf, hun eigen behoeftes dus, maar ook om methoden om hen actiever te betrekken bij het verbeteren van de situatie voor jongens en meiden samen.

In Oeganda heb ik in dit verband prachtige programma's op school gezien. Daar leren jongens en meiden over elkaars veranderingen tijdens de puberteit. Dan weten zij van elkaars menstruatie of wet dreams. Zij leren echter ook dat meiden maandverband nodig hebben om op school te blijven. Dat is te duur als je ergens op het platteland woont. Je hebt dan noch het geld, noch de mogelijkheid om het te kopen. De jongens en meiden leren dus op school om uitwasbaar maandverband te maken. De

jongens leren dit ook en hebben daar geen enkel probleem mee. Zij zijn er trots op. Het gaat namelijk om hun zussen en hun nichtjes. Zelfs de ouders zijn er trots op. Ik heb daar vaders gesproken die zeiden dat zij via de voorlichting van de kinderen op school geleerd hebben dat er eigenlijk niets mis is met het laten drogen van het ondergoed van onze vrouwen en dochters in de zon. Daarmee voorkom je namelijk dat er allerlei ziektes ontstaan. Die zijn daar dus ook trots op. Ik heb nog veel meer voorbeelden in dit kader, maar daar kom ik misschien later nog aan toe.

De heer **De Lange** (PvdA): Voorzitter. Ik zal het kort houden. Ik heb een vraag aan de heer Vroeg. Het is duidelijk dat familyplanning cruciaal is, met name om het inkomen per capita te laten stijgen. Dat hebben wij ook gehoord van andere sprekers. Is de heer Vroeg bekend met innovatievere methoden om anticonceptie bij vrouwen te krijgen, bijvoorbeeld door gebruikmaking van conditional cash transfers, dus doordat ervoor betaald wordt? Het gaat erom dat wij zo veel mogelijk methoden vinden om anticonceptie wijd te verspreiden.

Mevrouw **Hachchi** (D66): Voorzitter. Ik dank elke gast voor zijn introductie. Ik heb heel veel vragen, maar ik beperk mij tot één vraag, ook al omwille van de tijd. Dit punt is zowel door mevrouw Van Huis, mevrouw Sasse, mevrouw Vanwesenbeeck en de heer Reynders aangehaald. Ik vat het samen als: SRGR is alleen maar succesvol als je ook de culturele en religieuze taboes weet te doorbreken en de mensen weet mee te nemen. Iemand noemde dat «community health».

De **voorzitter**: Dat was mevrouw Sasse van Simavi.

Mevrouw **Hachchi** (D66): Naast de algemene opmerking dat dit ontbreekt in de beleidsbrief die wij nu ontvangen hebben over de prioriteit SRGR, zou ik graag meer willen horen over wat wij mee kunnen geven aan de huidige staatssecretaris – wij weten niet hoe lang de staatssecretaris er nog zit – zodat wij in ieder geval gericht kunnen aangeven wat wij op dit vlak nog graag terug willen zien. Ik heb een aantal voorbeelden over jongens en mannen in het kader van gender gehoord. Ik deel het pleidooi daarover volkomen. Ik kan mij echter voorstellen dat de aanwezige gasten nog meer ideeën hebben die voor ons heel bruikbaar zijn.

Mevrouw **De Caluwé** (VVD): Voorzitter. Ik had een soortgelijke vraag als mijn collega. Ik zal dus een andere vraag stellen en wel aan mevrouw Jansen. Zij gaf aan dat er in sommige gevallen maar één vrouwencondoom per jaar beschikbaar is. Uit de stukken heb ik begrepen dat het vrouwencondoom tot twintig keer duurder is dan het mannencondoom. Kan mevrouw Jansen uitleggen waarom dit zo is? Heeft dit te maken met productiemethodes of met een beperkt aantal aanbieders? Wat moet er volgens mevrouw Jansen gebeuren om het aantal te verhogen? Dan wil ik dus niet alleen maar horen dat er meer geld moet komen maar ook dat er misschien andere vormen van maatregelen zijn.

De heer **Irrgang** (SP): Voorzitter. Het is heel vermoeiend om hiernaar te luisteren. Er wordt aangegeven waarop de prioriteit moet liggen, maar als zowel vrouwen als mannen en jongens prioriteit moeten krijgen, dan wordt er niet meer zoveel uitgesloten. Ik vraag mij een beetje af of een van de gastsprekers mij misschien kan helpen bij de beantwoording van de vraag wat nu echt prioriteit heeft. Als namelijk alles prioriteit heeft, heeft niets meer prioriteit.

De **voorzitter**: Dat is een kwestie van politieke keuzes maken, mijnheer Irrgang.

Als woordvoerder namens het CDA heb ik ook een vraag. In het verhaal van mevrouw Van Huis triggerde mij het volgende. Wij zijn ons er natuurlijk zeer bewust van dat de vroedvrouwen een cruciale rol spelen. Voor zover mijn informatie strekt is het heel moeilijk om vroedvrouwen op die plekken te krijgen waar zij vaak het hardst nodig zijn. Wat doet de organisatie van mevrouw Van Huis daaraan? Dus niet in de grote stad maar echt in die afgelegen gebieden waar het leven veel moeilijker is. Hoe gaat haar organisatie met die cultuurverandering om? Ik geef het woord als eerste aan de heer Reynders.

De heer **Reynders**: De prioriteiten kan ik niet zomaar aangeven; dat is aan de politiek. Wat mij betreft kan er nooit gender justice komen zonder dat je zowel man als vrouw erbij betreft. Zonder hen zijn goede seksuele voorlichting en machtsverhoudingen niet mogelijk. Het gaat uiteindelijk toch om het aanklaarten van de negatieve aspecten van het patriërchaat en hoe je dat doet. Als je jongens daar niet bij betreft, heb je vijanden gecreëerd. Laten we daar heel simpel over zijn. Voor mij hebben beiden dus prioriteit.

Dan kom ik bij de vraag hoe je taboes doorbreekt. Er zijn allerlei methoden. Ik ben zelf erg gecharmeerd geweest van een aantal computerprogramma's die ik heb gezien, die juist werden ontwikkeld om jongeren maar ook leerkrachten de kans te geven over die verlegenheid heen te stappen. Iedereen in de klas doorloopt dan hetzelfde programma, zelfs met same sex-activiteiten in landen waar je er überhaupt niet over zou mogen spreken. Omdat ze het door middel van een computerprogramma wel aangeleerd krijgen, gebeurt dat goed. Er zijn sms-programma's waarin jongeren antwoorden krijgen van peers, ook jongeren, via een sms answerung service. Dat is geweldig actief en dynamisch. Er zijn dus heel veel meer mogelijkheden om de culturele taboes die bestaan te accepteren als een gegeven, maar er wel doorheen te prikken. De jongeren hebben wel informatie van over de hele wereld heen. Die zitten niet meer vast aan dezelfde cultuur.

Mevrouw **Vanwesenbeeck**: Er zijn twee vragen waar ik mij door aangesproken voel, om te beginnen de vraag van de cultuurverandering. Alles valt of staat en begint met sexuality education. Dat klinkt voor ons heel erg simpel omdat we daar in Nederland behoorlijk ver in zijn, maar in landen met lage en middeninkomens in Afrika en Azië wordt nog maar een fractie van alle jongeren bereikt. Dat is een. We spreken in ons alliantiewerk vaak van «triangulation». Drie punten willen wij dus op een samenhangende en inclusieve manier benaderen. Twee. Het gaat om de sexuality education, de youth friendliness van allerlei services en inderdaad om de capaciteit bij teachers die die sexuality education moeten geven. Het gaat om het veranderen van de normen die leven bij allerlei professionele groepen waar jongeren en vrouwen en jongens en mannen mee te maken hebben. Drie. De community die ook op separate manieren benaderd kan worden door belangrijke personen. Faith-based organisations kunnen ook een belangrijke rol spelen om specifiek de community als derde hoek van de triangle te benaderen.

Ik raakte al even aan de vraag over de jongens en de meisjes en de mannen en de vrouwen, die de heer Irrgang stelde. In het licht van de concentratie van de aandacht op de risicogroepen willen we juist het belang van het benaderen van de algehele populatie benadrukken. Door de zeer verticale en gemedicaliseerde invalshoek die de hiv-programmering noodzakelijkerwijs heeft gekregen, zijn wij de algemene ontwikkelingsdoelen en de brede basis die nodig zijn voor goede seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, een beetje uit het oog verloren. Vandaar dat wij juist de algehele populatie benadrukken – dat zijn zowel de jongens als de meisjes, zowel de mannen als de vrouwen die daar allen hun bijdrage aan moeten leveren – die relatief

weinig aandacht heeft gekregen en die meer aandacht behoeft. Ik benadruk daarbij dat ook de ho's en de ho's, de sekswerkers en de homoseksuelen, meer nodig hebben dan alleen maar medicijnen om goede SRGR te realiseren.

Mevrouw **Jansen**: Voorzitter. Er zijn drie redenen waarom het vrouwencondoom zo duur is. De belangrijkste is dat er op dit moment maar één vrouwencondoom door de WHO is goedgekeurd en dat dit maar door een producent wordt gemaakt. Die heeft dus een monopoliepositie. Met ons programma proberen wij dat monopolie te doorbreken door meer van die condooms op de markt te krijgen. Daarnaast worden vrouwencondooms op veel kleinere schaal geproduceerd dan mannencondooms, want daar zijn er gewoon veel minder van. Ze worden veel minder aangeschaft door donoren. Verder is de productie van vrouwencondooms inderdaad duurder. Ook als de schaal vergroot wordt en meer producenten zijn, zal een vrouwencondoom duurder blijven omdat er meer materiaal inzit. Het vrouwencondoom kan echter wel worden gebruikt in gevallen waarin het mannencondoom niet wordt gebruikt. Het heeft dus een toegevoegde waarde in situaties waarin bijvoorbeeld de man geen mannencondoom wil gebruiken, maar wel het vrouwencondoom omdat het meer natuurlijk aanvoelt. Het vrouwencondoom heeft een toegevoegde waarde, ook al zou het product duurder zijn, omdat het in unieke gevallen wordt gebruikt. Om het vrouwencondoom goedkoper te maken werkt UAFC onder andere aan pooled procurement, het aanschaffen van het vrouwencondoom met meer donoren tegelijkertijd. Op dit moment bestelt iedere donor zelf kleine aantallen bij het bedrijf dat die vrouwencondooms produceert. Door de donoren bij elkaar te brengen proberen wij ervoor te zorgen dat een grotere bulk wordt aangekocht, waardoor de prijs kan dalen en wij een sterkere onderhandelingspositie hebben.

Mevrouw **Sasse**: Voorzitter. Ik zal proberen een paar vragen tegelijk te beantwoorden omdat zij elkaar raken, over het doorbreken van culturele taboes in het betrekken van gemeenschappen, maar ook hoe je vroedvrouwen daar krijgt waar ze nodig zijn. Daarvoor moet je kijken waar de mensen zitten. Waar gaan de mensen naar toe in de dorpen? Dat zijn vaak mensen uit de eigen gemeenschap, bijvoorbeeld de traditionele vroedvrouwen. Vaak is dat een oma en niet een opgeleid iemand. Het kunnen echter ook andere mensen in de gemeenschap zijn die een bepaalde status hebben. Als je die mensen kunt inzetten en trainen om de juiste voorlichting te geven en om door te verwijzen naar de goede medische voorzieningen als dat nodig is, kun je al heel veel voorkomen in de gemeenschap. Veel ngo's hebben die insteek. Bij Simavi hebben wij programma's, maar ik weet ook dat collega's van AMREF of Cordaid dit soort programma's hebben, waardoor in de gemeenschappen wordt aangesloten bij de mensen daar. Die worden gestimuleerd. Gezondheidsvrijwilligers worden gestimuleerd om goede voorlichting te geven. Om te voorkomen dat mensen verkeerde voorlichting geven of zelf doktertje gaan spelen, is het wel heel belangrijk om ze goed te laten aansluiten op het gezondheidssysteem, bijvoorbeeld door ze te begeleiden vanuit het gezondheidssysteem. Dat geeft hun erkenning en status in de gemeenschap. Voor het gezondheidssysteem betekent het enerzijds dat zij aansluiting krijgen op de gemeenschappen, informatie krijgen vanuit de gemeenschap hoe zij betere service kunnen geven en soms ook wat meer vanuit de klant feedback kunnen geven. Anderzijds kunnen zij meer klanten naar zich toe trekken omdat die worden doorverwezen en worden gestimuleerd om het gezondheidssysteem wel te benutten. Op dit moment gebeurt dat erg weinig. Dus inzetten van vrijwilligers. Op die manier kun je ook mensen trainen die uit die regio komen en mensen naar een bepaalde regio sturen met een bepaald bedrag. Het eerste jaar kunnen zij een bepaald bedrag extra

krijgen. Dat werkt even, maar niet structureel. Uiteindelijk moet je mensen stimuleren om op die plekken te blijven. De grootste kans biedt het om mensen die daar zitten, te trainen en op te leiden. Misschien niet alles wat je door een vrijwilliger of een niet volledig opgeleid iemand kunt laten doen, zoals voorlichting, kun je door die mensen laten doen. Je moet ook een duidelijke scheiding maken wat je niet door die mensen kunt laten doen. Dat moet dan door een opgeleid iemand worden gedaan. Benut echter wat er is. Dat is kostenefficiënt, maar ook realistischer. De realiteit is helaas dat wij heel ver weg zijn van de situatie dat voor iedereen een goed opgeleide verloskundige in de buurt aanwezig is.

Dat alles moet samengaan met multimediacampagnes en regelgeving, want wij weten van gedragsverandering dat alleen voorlichting niet genoeg is. Je moet vanuit verschillende kanten ernaar kijken. Dus in de gemeenschappen werken, multimediacampagnes en goede regelgeving opdat rechten van mensen worden erkend en verankerd, zodat zij ergens op kunnen terugvallen wanneer die rechten niet worden nageleefd.

Mevrouw **Van Huis**: Ik kan goed aansluiten op wat mijn buurvrouw heeft gezegd in antwoord op de vraag van mevrouw Ferrier wat er aan gedaan kan worden om mensen in de rural areas te houden. Wij focussen inderdaad ook op verloskundigen uit dat gebied. Die worden dan opgeleid en dan zeggen we tegen ze: werk hier nog een paar jaar. Je moet ze ook goed honoreren, want als ze naar Engeland gaan, verdienen ze ik weet niet hoeveel, terwijl ze daar eigenlijk niets verdienen. Het is een complex systeem. Een ander systeem dat vandaag nog niet gepasseerd is, is de brain drain. Je leidt mensen daar op, hetgeen klauwen met geld kost, hoewel dat vergeleken met Europa nog niet zo veel is, en vervolgens worden ze weggeplukt. Nederland heeft gelukkig wel een goed beleid om geen mensen uit landen te halen die deze landen zelf hard nodig hebben. Het zou ook veel breder internationaal aangepakt moeten worden. Het is namelijk niet ethisch om dat zo te doen.

Mijn buurvrouw heeft het terecht gehad over de samenwerking met vrijwilligers. Al heb je maar één goed gekwalificeerde verloskundige in dat gebied, die kan heel veel van die vrijwilligers aansturen en superviseren. Dat is voor de komende jaren iets waar we op moeten focussen. In ieder geval moeten we blijven focussen op goed gekwalificeerd personeel. De stip op de horizon moet zijn dat iedere vrouw recht heeft op goed gekwalificeerde zorg in ieder geval bij de bevalling. Het gaat niet aan om te denken: het loopt, we laten het maar zo. Dat kan niet, want iedereen is gelijk met dezelfde rechten.

De heer Irrgang vroeg wat prioriteit moet hebben. Als je moeders en kinderen laat doodgaan, lost de rest van de problemen zich vanzelf op. Het is een beetje een harde grap, maar je moet investeren in goede gezondheidszorg en zeker in moeder- en kindzorg.

De heer **Vroeg**: Dat financieringssysteem waarover ik zo-even sprak, werkt voornamelijk aan de systeemkant, dus in de gezondheidszorg. Het op die manier financieren van diensten zoals family planning lukt dan wel. De kwaliteit wordt beter en er wordt ook meer gebruik van gemaakt, maar op een gegeven moment raak je het plafond. Dan blijkt dat er een andere beperking is. Die zit dan niet meer in het systeem maar waarschijnlijk in de vraagkant. Dat kan dan gaan om een gebrek aan informatie, zodat voorlichting nodig is, maar het kan ook een financieel probleem zijn. Als iemand naar een gezondheidscentrum gaat, dan is in de meeste gevallen de pil niet gratis. Bovendien kan je dan een dag niet werken en heb je te maken met vervoerskosten. Soms zijn dat al voldoende barrières om dan maar gewoon niet te gaan. Dat kan opgelost worden met conditional cash transfers. Dat betekent dat je vrouwen of paren vergoedt voor de moeite die ze doen om naar dat gezondheidscentrum te komen en om de spullen die ze nodig hebben te kunnen kopen omdat ze niet gratis zijn. Dat

betekent eigenlijk dat je expliciet geld gaat geven voor moderne anticonceptie. Welnu, ik werk voor een katholieke organisatie, dus dat zal nog best wel een hoop discussie opleveren, die ik overigens graag aanga. We gaan er dus mee aan het werk. We gaan het zo expliciet maken dat er aan die dingen een prijskaartje komt te hangen. Als iemand daar een probleem mee heeft, dan gaan wij die discussie aan.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan zij we hiermee gekomen aan het eind van dit rondetafelgesprek over hiv/aids en SRGR. Ik dank alle aanwezigen voor hun belangstelling, in het bijzonder degenen die de moeite hebben genomen ons te voorzien van informatie, zowel schriftelijk als mondeling. Ik dank ook de griffier en de mensen van de ondersteuning. Het is heel goed dat we elkaar vanmiddag weer even gezien hebben en dat we elkaar weten te vinden om dit belangrijke onderwerp hoog op de politieke agenda te houden.

Sluiting 17.00 uur.