

**OP
HET
OMSLAG-
PUNT**

**OPVOLGING VAN
DE WERELDWIJDE
BELOFTES OVER AIDS,
DERDE JAARGANG**

ONE

INLEIDING

In 2013, na een strijd van meer dan dertig jaar tegen hiv/aids, bereikte de wereld een indrukwekkend omslagpunt. Voor de eerste keer in de geschiedenis van de pandemie zijn er meer mensen begonnen aan een behandeling met aidsremmers dan er nieuwe hiv-besmettingen zijn bijgekomen. Een mijlpaal, die wijst op 'het begin van het einde van aids'.¹

ONE volgt sinds 2011 de ontwikkelingen in de strijd tegen aids op de voet, en ook de beloftes die erover worden gedaan. ONE gebruikt daarbij de meest recente gegevens die beschikbaar zijn voor het voorgaande jaar. Deze mijlpaal is natuurlijk niet het enige teken van vooruitgang dat nader onderzoek verdient. Maar het is wel een belangrijke stap: het betekent dat de wereld voor het eerst een voorsprong krijgt op de ziekte, in plaats van terrein te verliezen. Eerdere prognoses, gebaseerd op de vooruitgang op het gebied van hiv-preventie en van de toegang tot behandeling, toonden aan dat het nog tien jaar of zelfs langer kon duren

voor we 'het begin van het einde' zouden bereiken. Zelfs vorig jaar zag het er nog naar uit dat we het omslagpunt niet vóór 2015 zouden meemaken.² Gelukkig kwam de vooruitgang in 2013 in een stroomversnelling, waardoor we het omslagpunt vroeger bereikten dan de prognoses voorspelden.

Het begin van het einde van aids inluiden: het is een mijlpaal die het vieren waard is. In het algemeen is het duidelijk dat we niet alleen meer middelen hebben om de ziekte te bestrijden, maar dat we die middelen ook efficiënter en doelgerichter inzetten.

Dat heeft ons de kans gegeven om de vooruitgang op wereldschaal te versnellen. Maar even duidelijk is hoe fragiel deze is: vooruitgang op globaal of regionaal niveau verbergt dikwijls ongelijkheid. Er worden nog demografische groepen en zelfs hele landen niet bereikt en bij de zwakste groepen stijgt het aantal infecties. Zo waren er in 2013 meer Afrikaanse landen die terrein verloren ten opzichte van het omslagpunt, dan dat er dichterbij kwamen.³ Dit rapport gaat dieper in op drie uitdagingen om op een snellere en meer evenwichtige manier vooruitgang te boeken in de strijd tegen hiv/aids.

INLEIDING

1 De inspanningen in de strijd tegen de ziekte gaven tot nu toe voorrang aan wie het makkelijkst te bereiken was.

De verspreiding van hiv concentreert zich meer en meer binnen de meest kwetsbare groepen – mannen die seks hebben met mannen, vrouwelijke sekswerkers, mensen die drugs gebruiken via injectie, en jonge meisjes. In veel landen hebben politieke dynamiek en wetgeving het moeilijker gemaakt om die groepen te bereiken. Meer middelen alleen lossen dat probleem niet op. Donateurs en nationale leiders moeten samenwerken om programma's op te stellen die net de zwakste groepen proberen te bereiken. Ze moeten ook het stigma en de politieke tegenwind bestrijden die deze programma's moeizamer laten verlopen.⁴

2 Te weinig donateurs geven momenteel voorrang aan hiv/aids.

Dat is een zorgwekkende tendens die de vooruitzichten op een snellere vooruitgang bedreigt. Wie de financiering bekijkt, ziet dat de externe hulp voor aids niet volstaat om de ziekte onder controle te krijgen. Erger nog: het is hoe langer hoe minder houdbaar, geconcentreerd rond niet meer dan een handvol rijkere landen. Bovendien zijn veel Afrikaanse landen hun eigen beloftes rond uitgaven aan gezondheidszorg niet nagekomen.⁵ Om meer landen ertoe aan te zetten op het omslagpunt te mikken,

moeten fors meer middelen worden losgeweekt van meer verschillende bronnen.

3 Kwetsbare stelsels van gezondheidszorg bedreigen de vooruitgang op alle fronten.

De wereld krijgt aids nooit onder controle als we ons concentreren op het voorkomen van de ziekte zonder dat we de andere knelpunten in acht nemen. De ebola-epidemie in West-Afrika toont aan dat uitdijende bedreigingen voor de volksgezondheid een ware ravage kunnen aanrichten op zwakke zorgstelsels. Het kan de vorderingen van de hele gezondheidszorgsector ondermijnen – ook die van hiv/aids. Er zijn aanwijzingen dat de toegang tot aidsbehandelingen en gezondheidszorg moeilijker is geworden door de ebola-epidemie, omdat de zorgstelsels hun beperkte middelen in de eerste plaats inzetten om de ebola onder controle te krijgen.⁶ Los daarvan is ook een tekort aan verzorgend personeel een probleem in een groot deel van Afrika ten zuiden van de Sahara. Daardoor kunnen die landen niet adequaat reageren op nieuwe en bestaande problemen.⁷ Het is essentieel ervoor te zorgen dat landen betrouwbare zorgstelsels hebben, om zo de winst in de strijd tegen aids te stabiliseren.

In een jaar waarin de wereld een belangrijke mijlpaal heeft bereikt – het begin van het einde van aids – past het de inventaris op te maken van alles wat er



Een groep jonge mannen krijgt hiv-opleiding bij HOPE worldwide in Nakuru, Kenia
Foto: Jonx Pillemer/(RED)

bereikt is sinds de ziekte meer dan dertig jaar geleden voor het eerst de kop op stak. Toch mogen we als samenleving niet zelfgenoegzaam worden over dit omslagpunt. Anders riskeren we weg te zakken en de winst op te geven waarvoor we zo hard hebben gevochten.

VOORUITGANG NAAR HET WERELDWIJDE OMSLAGPUNT



Vrouwen wachten bij het centrum voor zwangerschap en de preventie van hiv-overdracht van moeder op kind, in het Algemeen Ziekenhuis van Tema in Ghana.

Foto: John D McHugh/(RED)

Dankzij een versnelde vooruitgang in de laatste jaren bereikte de wereld in 2013 een omslagpunt – vroeger dan in de voorbije jaren voorspeld werd. In 2013 kregen 2,3 miljoen mensen hun eerste behandeling tegen aids – een vrij sterke stijging tegenover 2012, toen er 1,6 miljoen nieuwe behandelingen werden opgestart. Tegelijkertijd is het totale aantal hiv-infecties gedaald, al is die daling minder scherp – van 2,2 naar 2,1 miljoen.⁸

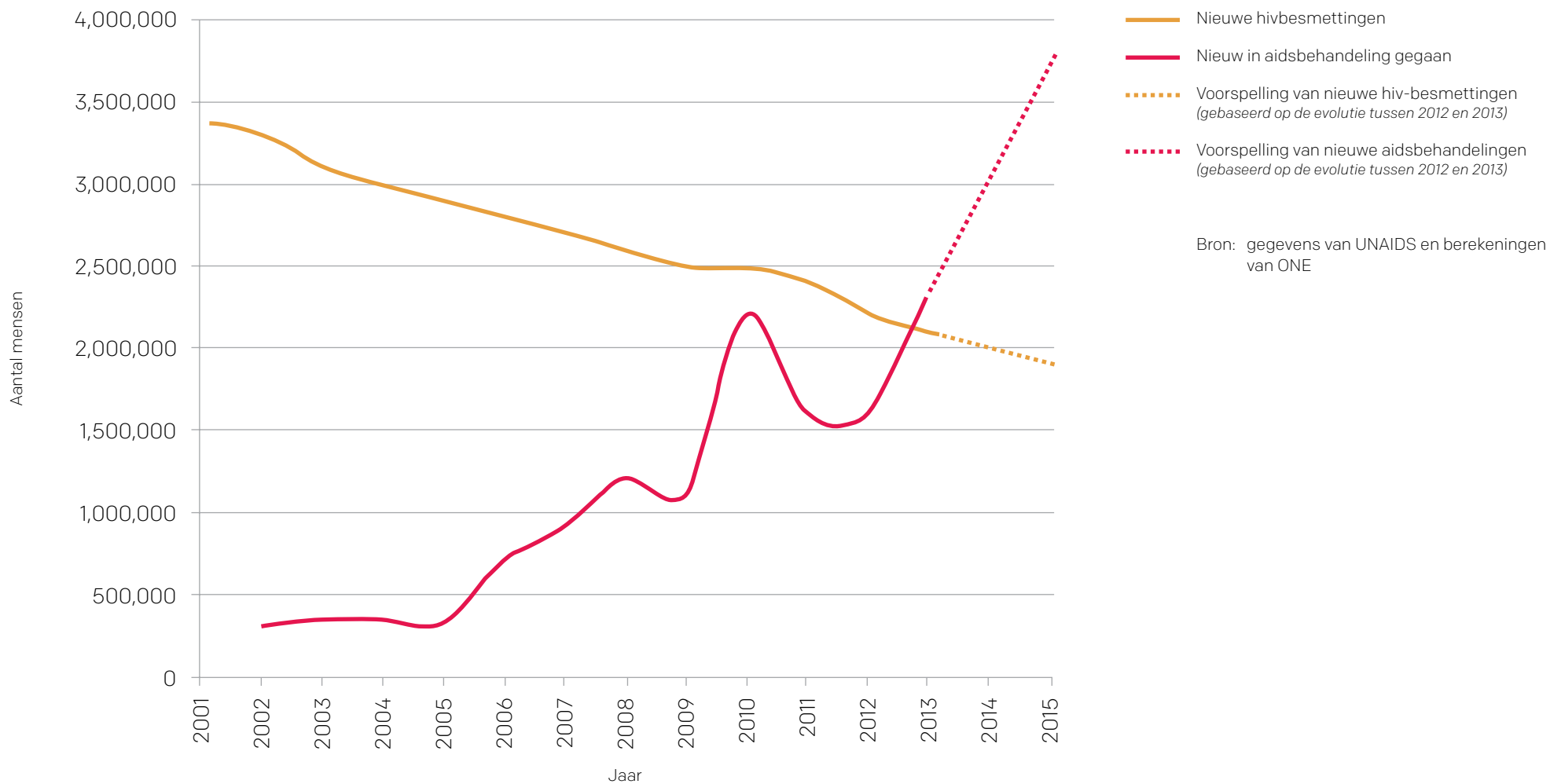
De Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara zijn goed voor een significant aandeel van zowel de daling van het aantal nieuwe hiv-besmettingen, als de stijging van de toegang tot behandeling. Procentueel gezien kende Afrika ten zuiden van de Sahara tussen 2005 en 2013 de op een na sterkste daling van het aantal nieuwe besmettingen (31,8%) – de regio doet het dan ook beter dan het globale gemiddelde (27,6%). Toch was ze in 2013 nog altijd goed voor 71% van de nieuwe hiv-besmettingen wereldwijd.⁹ Van de 12,9

miljoen mensen die in 2013 in behandeling waren tegen aids, waren er meer dan 9 miljoen in Afrika ten zuiden van de Sahara.¹⁰ De dekingsgraad van behandelingen ligt ook licht boven het wereldwijde gemiddelde: van de mensen die een behandeling nodig hebben, krijgt 39 procent er daadwerkelijk ook een. Op wereldvlak is dat 38 procent.¹¹

Toch zijn er steeds meer nieuwe besmettingen bij de meest gemarginaliseerde bevolkingsgroepen in de wereld. Vergeleken met de rest van de volwassen bevolking zijn er ruwweg 28 keer meer besmettingen bij mensen die drugs injecteren, 19 keer meer bij mannen die seks hebben met mannen, en 12 keer meer bij sekswerkers. Zorgwekkende tendensen die smeken om meer aandacht, middelen en zorgvuldig afgestemde hulpprogramma's. Van donateurs én van getroffen landen.¹²

VOORUITGANG NAAR HET WERELDWIJDE OMSLAGPUNT

Afbeelding 1: Het Wereldwijde Omslagpunt



VOORUITGANG NAAR HET OMSLAGPUNT IN AFRIKAANSE LANDEN

Hoewel in 2013 het omslagpunt op wereldschaal bereikt is, werd er niet in alle landen evenveel vooruitgang geboekt. Van de 36 landen ten zuiden van de Sahara waarvoor bruikbare gegevens beschikbaar waren, zaten er 15 voorbij het omslagpunt in 2013. Vier daarvan (Ethiopië, Togo, Oeganda en Mozambique) hebben die mijlpaal in 2013 bereikt, elf andere waren er al in 2012 en hebben verdere vooruitgang geboekt.¹³ In de andere 21 landen is de vooruitgang niet eensluidend: 7 landen zagen hun vooruitgang ten opzichte van het omslagpunt vergroten, de 14 andere gingen achteruit – en voor hen is het omslagpunt nog verder weg.¹⁴

Hiv is ten zuiden van de Sahara het meest aanwezig in een klein aantal landen. Nigeria en Zuid-Afrika staan in voor zo'n 38 procent van de mensen met een hiv-besmetting en 36 procent van de aidsdoden.

En met Oeganda en Mozambique erbij zit je al over de helft |van de nieuwe hiv-besmettingen in de regio.¹⁵ Die landen houden op veel vlakken een meer indrukwekkende vooruitgang van het Afrikaanse continent tegen. Er is daar dan ook nood aan dubbel zo veel focus, politieke wil en financiële middelen als we even snel of sneller willen vooruitgaan.

Er is ook grote nood aan een stabielere dataverzameling in het Afrikaanse continent. Van de 46 landen die door UNAIDS worden ingedeeld in 'Afrika ten zuiden van de Sahara', waren er maar 39 met gegevens voor 2013 over behandelingen en besmettingen. En maar 36 waarbij er een vergelijking mogelijk is tussen 2012 en 2013.¹⁶ Als er onvoldoende gegevens zijn voor vergelijking en analyse, wordt het extreem moeilijk om de vooruitgang van individuele landen in hun strijd tegen aids op te volgen.



Patience Apenu, een Ghanese moeder, samen met haar dochter Emilia. Patience is hiv-positief. Dankzij de PMTCT-diensten, ter preventie van hiv-overdracht van moeder op kind, heeft Emilia geen hiv.

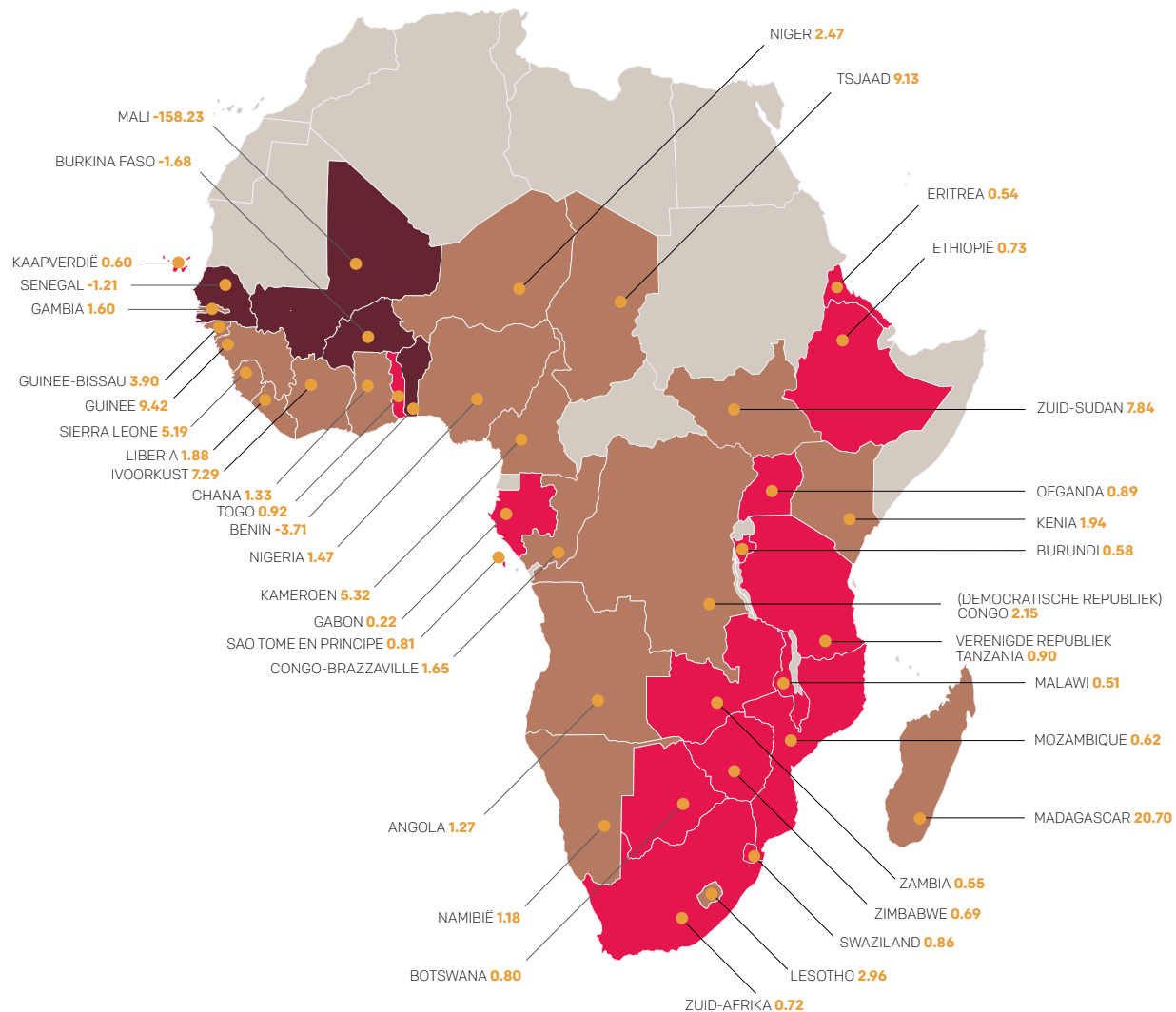
Foto: Nana Kofi Acquah/The Global Fund

VOORUITGANG NAAR HET OMSLAGPUNT IN AFRIKAANSE LANDEN

Afbeelding 2: De verhouding tot het omslagpunt voor de Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara

Om de ratio voor het omslagpunt van een land te berekenen, hebben we het aantal nieuwe besmettingen in 2013 gedeeld door het aantal mensen die met een behandeling zijn begonnen. Als de uitkomst van die berekening 1,0 of minder is, heeft een land het omslagpunt bereikt of overstege.

- Omslagpunt bereikt (ratio 1.0 of minder)
- Versnelling nodig (ratio 1.01 of hoger)
- Vooruitgang ongedaan gemaakt in 2013 (negatieve ratio)
- Niet genoeg gegevens om een vergelijking mogelijk te maken



Bron: gegevens van UNAIDS en berekeningen van ONE

FINANCIERING

De wereldwijde uitgaven voor hiv/aids waren in 2013 hoger dan ooit tevoren, met 19,9 miljard dollar gespendeerd, tegenover 18,9 miljard dollar in 2012. Toch blijven die uitgaven 3 à 5 miljard dollar onder de 22 à 24 miljard die er volgens UNAIDS elk jaar nodig zijn om de pandemie onder controle te houden.¹⁷ Van het totaalbedrag van 19,1 miljard dollar kwam 8,5 miljard uit internationale hulp – minder dan de helft dus.¹⁸ De landen met lage en gemiddelde inkomens namen meer dan de helft voor hun eigen rekening.¹⁹

Externe financiering voor hiv/aids

De bilaterale en multilaterale bijdragen van de G7 en de Europese Commissie zijn met 7,7 procent gestegen: van 7,0 miljard dollar in 2012 naar 7,5 miljard dollar in 2013.²⁰ Een groot deel van die stijging is te danken aan de Verenigde Staten, die in 2013 hun investeringen in de strijd tegen aids met 12 procent optrokken. Ook Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk vergrootten hun uitgaven, maar de Europese Commissie vlakke haar hulp eigenlijk af. Duitsland, Japan, Canada en Italië gaven minder geld uit aan hiv/aids, van een vermindering met 1 procent in Duitsland tot meer dan 82 procent in Italië.²¹

Het is zorgwekkend dat de externe financiering voor aids het werk blijft van een handjevol donateurs. Zowel in 2012 als in 2013 kwam zo'n 88 procent van de internationale hulp van de G7-landen en de Europese

Commissie.²² Zelfs binnen deze groep van donateurs is het aandeel niet evenredig verdeeld. De VS alleen al droegen in 2013 grosso modo twee derde bij van de totale internationale hulp voor hiv/aids. Het aandeel van middelen van de top-drie donateurs (VS, VK en Frankrijk) komt neer op ongeveer 80 procent.²³

Ondertussen kwamen er gemengde geluiden over de ambities van de donateurs. Dat gebeurde tijdens de belangrijkste gebeurtenis rond de financiering van aids, tuberculose en malaria in 2013: de vierde inzamelingsconferentie van The Global Fund, het wereldfonds in de strijd tegen aids, tuberculose en malaria. The Global Fund zamelde iets meer dan 12 miljard dollar in voor de komende drie jaar (2014-2016), goed voor een stijging van 30 procent in vergelijking met de vorige driejarige inzamelingsperiode.²⁴ Toch bleven de bijdragen ver onder het doel van 15 miljard dollar steken. Van de donateurs die traditioneel grotere bedragen schenken, was Duitsland de enige die zijn bijdrage sinds 2008 niet heeft opgetrokken. Andere donateurs – zoals Japan, Australië, de olielanden uit het Midden-Oosten en de opkomende economieën – hebben hun bijdrage niet zo fors vergroot als sommigen hadden voorspeld.²⁵

De uitgaven van regeringen blijven de belangrijkste bron van inkomsten voor aidsprogramma's. De private sector speelde een kleinere maar

toch belangrijke rol. Grote bedrijven en andere ondernemingen zorgden altijd al voor financiering, steun in natura, personeel voor hiv/aids-initiatieven en voordeeltarieven voor de behandelingen.²⁶ Veel private ondernemingen hebben schenkingen gedaan via The Global Fund. En er zijn substantiële bijdragen van diverse investeerders zoals de Stichting Bill & Melinda Gates, het oliebedrijf Chevron en de bedrijven die zich verenigd hebben via (RED). Toch hebben private bedrijven en stichtingen de voorbije jaren in totaal minder geld gegeven aan The Global Fund. In 2011 kreeg het van de private sector nog 209,2 miljoen dollar van de ruim 3 miljard dollar die alle donateurs toen samen gaven. In 2012 en 2013 daalde dat bedrag naar respectievelijk 200,1 en 188,9 miljoen dollar – tegenover de totale inkomsten van 3,6 en 3,5 miljard.²⁷ De private sector beschikt over immense rijkdommen en over vele werknemers die daar baat bij kunnen hebben. Het bedrijfsleven zou daarom een veel grotere bijdrage kunnen leveren aan de strijd tegen aids.

Veel overheden hebben gebruik gemaakt van innovatieve mechanismes om de aidsprogramma's te helpen financieren. Debt2Health is daarvan een voorbeeld: het geeft ontwikkelingslanden de kans hun schulden terug te betalen in de vorm van bijdragen aan The Global Fund. Er zijn ook verschillende vormen van belastingen: zo helpt de Aidsheffing in Zimbabwe de aidsprogramma's van het land te financieren.²⁸

FINANCIERING

Afbeelding 3: Internationale hulp voor hiv/aids van de G7-landen en de Europese Commissie, 2011-2013 (in miljoen dollar)

	Jaar	Canada	Europese Commissie	Frankrijk	Duitsland	Italië	Japan	Verenigd Koninkrijk	Verenigde Staten	Nederland
Bilaterale uitgaven voor hiv/aids	2011	48.5	39.9	81.3	150.8	5.1	20.9	680.5	3,974.8	272.8
	2012	54.1	30.3	55.9	145.8	13.9	20.5	643.4	4,359.2	166.2
	2013	42.1	19.2	50.5	134.1	2.4	31.9	680.7	4,782.7	134.9
	2011-13	144.7	89.4	187.7	430.7	21.4	73.3	2,004.6	13,116.7	573.9
Bijdrage aan Wereldfonds	2011	176.5	148.8	457.4	273.1	0.0	114.2	439.7	949.7	88.4
	2012	182.4	127.9	447.6	259.4	0.0	342.9	203.9	1,205.7	49.6
	2013	174.1	142.2	496.7	265.2	0.0	122.3	205.0	1,470.4	90.4
	2011-13	533.0	418.9	1,401.7	797.7	0.0	579.4	848.6	3,625.8	228.4
Uitgaven hiv/aids via Wereldfonds	2011	98.8	83.3	256.2	152.9	0.0	64.0	246.2	531.8	49.5
	2012	100.3	70.4	246.2	142.7	0.0	188.6	112.2	663.1	27.3
	2013	99.2	81.1	283.1	151.2	0.0	69.7	116.9	838.1	51.5
	2011-13	298.3	234.8	785.5	446.8	0.0	322.3	475.3	2,033.0	128.3
UNITAID	2011	0.0	0.0	144.3	0.0	0.0	0.0	85.1	0.0	0.0
	2012	0.0	0.0	143.4	0.0	0.0	0.0	87.2	0.0	0.0
	2013	0.0	0.0	149.5	0.0	0.0	0.0	87.2	0.0	0.0
	2011-13	0.0	0.0	437.2	0.0	0.0	0.0	260.5	0.0	0.0
Uitgaven hiv/aids via UNITAID	2011	0.0	0.0	75.3	0.0	0.0	0.0	44.4	0.0	0.0
	2012	0.0	0.0	74.9	0.0	0.0	0.0	45.5	0.0	0.0
	2013	0.0	0.0	76.2	0.0	0.0	0.0	44.5	0.0	0.0
	2011-13	0.0	0.0	226.4	0.0	0.0	0.0	134.4	0.0	0.0
Totale uitgaven hiv/aids	2011	147.3	123.2	412.7	303.7	5.1	84.9	971.2	4,506.6	322.3
	2012	154.4	100.7	376.9	288.5	13.9	209.1	801.1	5,022.3	193.5
	2013	141.4	100.6	409.8	285.3	2.4	101.6	842.1	5,620.8	186.4
	2011-13	443.1	324.5	1,199.4	877.5	21.4	395.6	2,614.4	15,149.7	702.2

Bron: Verslagen van de Kaiser Family Foundation, "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments", uitgaven van 2012 tot 2014.

FINANCIERING

Binnenlandse financiering voor hiv/aids

Voor het derde jaar op rij hebben de arme en de minder rijke landen meer dan de helft van de wereldwijde aidsfinanciering op zich genomen – een bemoedigende tendens.²⁹ Toch trokken de meeste Afrikaanse overheden niet genoeg middelen uit voor de gezondheidssector, minder dan wat ze zelf hadden toegezegd. In 2012 haalden maar 6 van de 43 landen ten zuiden van de Sahara hun 'Abuja-belofte' om minimaal 15 procent van hun begroting te besteden aan gezondheidsprogramma's. Liberia (19,15%), Malawi (17,77%), Rwanda (22,12%), Swaziland (18,08%), Togo (15,38%) en Zambia (16,44%).³⁰ Bij 35 van die 43 landen stegen de uitgaven voor gezondheidszorg tussen 2011 en 2012 met minder dan 1 procent van hun begroting.³¹

Als alle landen ten zuiden van de Sahara evenveel geld hadden uitgegeven als ze hadden beloofd om de Abuja-doelstelling te behalen, was de totale pot alleen al in 2012 bijna 20 miljard dollar groter geweest.³² Natuurlijk zouden niet al die uitgaven voor gezondheidszorg automatisch aan hiv/aids zijn besteed. Bovendien hebben niet alle landen een even zware hiv/aids-last te dragen en is er dus niet overal een even zware investering nodig. Maar ter illustratie: zelfs als minder dan de helft van dat bedrag aan hiv/aids was besteed, dan had iedere man, iedere vrouw en ieder kind met hiv in heel Afrika voor een jaar lang levensreddende aidsremmers kunnen krijgen.³³ Deze landen missen dus de kans om hun aidscrisis in eigen

hand te nemen, hun stelsel van gezondheidszorg te versterken en levensnoodzakelijke programma's uit te breiden. Die zorgstelsels hebben dikwijls een groot tekort aan gekwalificeerd verzorgend personeel. En ook qua accommodatie en uitrusting, om te kunnen beantwoorden aan de dagelijkse gezondheidsnoden van de bevolking, is er een tekort.³⁴

Het is belangrijk om het behalen van die Abuja-belofte van 15 procent niet te zien als de enige maatstaf voor een succesvol gezondheidszorgbeleid. In een land als Liberia, waar de regering elk jaar opnieuw de doelstelling haalde of oversteeg, blijft de nood aan externe financiering groot. Want het overheidsbudget volstaat in absolute cijfers niet om het stelsel van gezondheidszorg herop te bouwen, vernietigd als het was door tien jaar burgeroorlog. Bovendien is het bij verschillende overheden zo dat het bereiken van de 15 procent-doelstelling op zich niet automatisch betekent dat het budget maximaal rendeert. Dat is alleen het geval als de juiste delen van de bevolking op een kostenefficiënte manier een tussenkomst krijgen: de groepen die het zwaarst getroffen worden door hiv/aids en andere ziektes.

Om die beperkte budgetten efficiënter in te zetten, is er meer en beter cijfermateriaal nodig over de strijd tegen aids. Donateurs moeten helderder communiceren over hun gegevens, indien mogelijk zelfs tot op lokaal niveau. Ze moeten ook hun uiterste

best doen om te voorkomen dat hun resultaten twee keer geteld worden doordat er meerdere betrokkenen tegelijk in een land aan het werk zijn. Tegelijkertijd moeten ook de getroffen landen transparanter zijn over hun eigen budget voor gezondheidszorg. Ze moeten zich bekwamen in het bijhouden van statistische gegevens, desnoods met de hulp van donateurs. Zo kunnen ze hun eigen aidsepidemie beter bevatten; zich beter richten op de juiste behandeling van de juiste mensen, en de programma's beter spreiden.

Voor de beschikbaarheid en de kwaliteit van de gegevens over de 'most at risk'-groepen (MARPs) laat te wensen over. Dat er nog steeds te weinig geld gaat naar programma's die zich specifiek op die risicogroepen richten, is te wijten aan het feit dat die mensen gevisieerd worden met wetten, aan het stigma dat op hen kleeft en het geweld waarmee ze worden bedreigd. Zelfs wie gegevens verzamelt, wordt soms met geweld bedreigd.³⁵ Uit een rapport van amfAR in 2013 blijkt bijvoorbeeld dat de politie in Zimbabwe je arresteert als ze vermoeden dat je met of voor LHBT-mensen werkt.³⁶ Ook elders in Afrika bestaan die omstandigheden, waardoor het extreem moeilijk wordt om systematisch gegevens te verzamelen over risicogroepen. Die situatie verhindert dat er betere, doelgerichte programma's rond preventie en behandeling voor die bevolkingsgroepen van start gaan.

Casestudies per land

Om aan te tonen hoe uiteenlopend de strijd tegen aids ten zuiden van de Sahara kan verlopen, hebben we de situatie in Ghana en Togo opnieuw bekeken – twee van de negen landen waarvan ONE in het aidsrapport van vorig jaar al een analyse opstelde. Toen zagen we Ghana als leider en Togo als een van de landen waar dringend behoefte was aan vooruitgang. Maar zelfs op twaalf maanden tijd kan er veel veranderen. Een versnelde vooruitgang is mogelijk, zelfs bij de achterblijvers van vorig jaar, maar de vorderingen blijven kwetsbaar. Zonder aanhoudende, slimme investeringen kunnen zelfs voorbeeldige leiders terugvallen.



GHANA

De voorbije tien jaar heeft Ghana consequent vooruitgang geboekt om de aidsepidemie te beëindigen, en in 2011 bereikte het land het omslagpunt. Het land kreeg vorig jaar lof uit alle hoeken en werd geroemd als leider in de strijd tegen aids, omdat het duidelijke winst boekte op het gebied van preventie en behandeling. Toch kende het tussen 2012 en 2013 een terugval. In de eerste plaats omdat er beduidend minder mensen toegang kregen tot een behandlungsprogramma. Ghana gleed daardoor weg van het omslagpunt.³⁷

Ghana steunt voor zijn hiv/aidsprogramma's zwaar op de internationale hulp, die tussen 2012 en 2013 steeg. Het land kreeg vorig jaar 38,4 miljoen dollar steun van The Global Fund, tegenover 21,9 miljoen dollar in 2012.³⁸ De financiering via PEPFAR, het Amerikaanse

presidentiële noodplan tegen aids, daalde licht – van 15 miljoen dollar in 2012 naar 12,5 miljoen in 2013.³⁹ De Ghanese overheid heeft in de jaren 2000 zelf fors geïnvesteerd in de gezondheidssector, met elk jaar opnieuw een budget dat de Abuja-beloofte – 15 procent van de totale begroting – benadert. Maar die investering is de voorbije jaren verminderd, deels door besparingen die de minister van Financiën doorvoerde om de begroting in evenwicht te krijgen.⁴⁰ Ghana heeft in 2012 minder dan 10 procent van zijn begroting aan gezondheidszorg gespendeerd (de data voor 2013 zijn nog niet openbaar).⁴¹

Er mag dan wel meer internationale steun gekomen zijn, maar toch waren de middelen die Ghana had, niet voldoende om echt terrein te winnen in de strijd tegen hiv/aids. Volgens experts steunde de regering vroeger

op een beurs om hiv-testkits te kopen – een belangrijk onderdeel van haar strategie. Toen die afliep, had het niet langer de middelen om die essentiële producten aan te schaffen. Hierdoor kreeg de bevolking minder tests en gingen er minder behandelingen van start.⁴² Daarmee samenhangend, menen experts dat het land dan wel stelselmatig meer mensen is beginnen te behandelen, maar dat dat op een schaal gebeurde die niet was vol te houden. Er werden meer behandelingen opgestart dan er middelen waren om ze ook daadwerkelijk uit te voeren. De aidsprogramma's in Ghana konden in 2013 niet anders dan het aantal nieuwe behandelingen fors terug te schroeven.⁴³ In de loop van volgend jaar zou Ghana zich ervan moeten verzekeren dat het de behandlungs- en preventieprogramma's op een duurzame manier opschroeft. Er is dubbel zoveel inspanning nodig om

GHANA

de overdracht van moeder op kind te voorkomen. Want hoewel het land vroeger koploper was in het terugdringen van infecties bij kinderen, waren er in 2013 méér besmettingen bij kinderen dan in 2012.⁴⁴ Het moet ook kritisch evalueren waaraan het voorrang geeft bij het besteden van de nationale budgetten. En het moet overwegen de totale uitgaven voor gezondheidszorg te verhogen. Momenteel gaat maar liefst 90 procent van de binnenlandse gezondheidszorguitgaven naar de salarissen van het verzorgend personeel, en dat terwijl Ghana in 2010 amper tien verzorgers per 10.000 inwoners had. Dat zit ver onder de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (23 per 10.000).⁴⁵ Het land moet zijn budgetten verschuiven op een manier die garandeert dat er overal voldoende verzorgend personeel is om de noden van de bevolking aan te pakken, en tegelijk de strategische dienstverlening opschroeft.

In de voorbije tien jaar heeft Ghana bewezen dat het de systemen, de politieke wil en de capaciteit heeft om een leidende rol te spelen in de strijd tegen aids. Maar het voorbije jaar heeft aangetoond hoe kwetsbaar die vorderingen zijn en hoe gevaarlijk het is om de teugels te vieren vóór het werk erop zit. Ghana kan en moet met hernieuwde kracht de terugval van het voorbije jaar overstijgen in de komende maanden.

Afbeelding 4: Ghana's opmars naar het omslagpunt





TOGO

Togo boekte in het begin van de jaren 2000 nauwelijks vooruitgang in de strijd tegen aids, maar maakte in de tweede helft van het decennium wel stelselmatig vorderingen. Het land bereikte het omslagpunt in 2010.

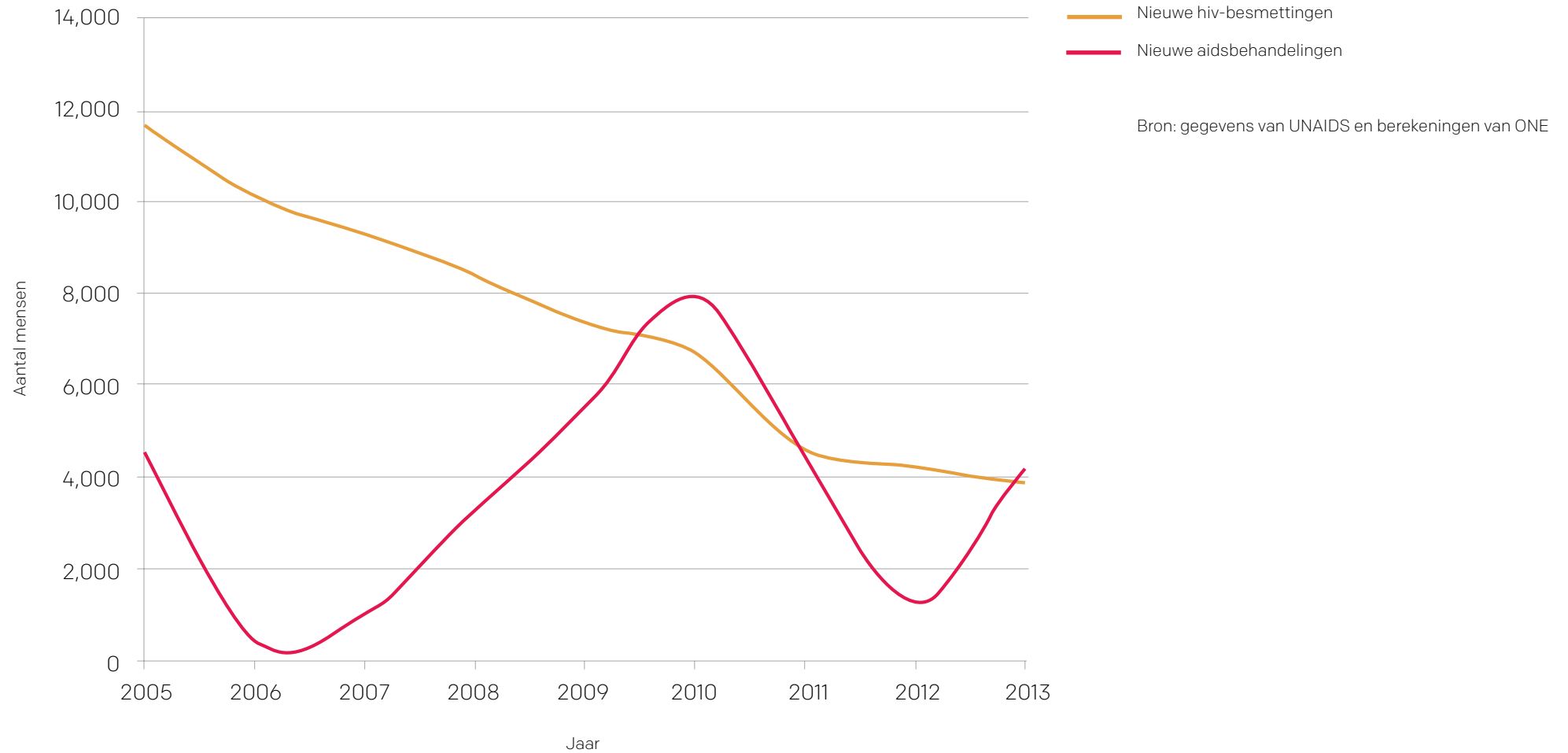
Toch is het land er in 2011 en 2012 op achteruitgegaan, als gevolg van het lagere aantal nieuwe aidsbehandelingen. Die achteruitgang is gedeeltelijk toe te schrijven aan een vertraging bij het verkrijgen van een beurs bij The Global Fund, wat de implementatie van het programma in de weg stond.⁴⁶ Het geeft wel moed dat Togo die trend de voorbije 12 maanden heeft gekeerd, en zelfs indrukwekkende vooruitgang heeft geboekt. Het aantal nieuwe hiv-besmettingen bij kinderen én volwassenen is gedaald. En dankzij een fors uitgebreid behandelingsprogramma zijn er in 2013 meer dan 4100 mensen in behandeling gegaan, tegenover 3800 nieuwe besmettingen. De combinatie van meer behandelingen en minder besmettingen zorgt ervoor dat Togo opnieuw het omslagpunt heeft bereikt en nu hard moet werken om die vooruitgang vol te houden.⁴⁷

Togo is geen focusland voor PEPFAR en het krijgt het leeuwendeel van zijn internationale hulp voor hiv/aids van The Global Fund. Er kwam tussen 2012 en 2013 meer dan een verdubbeling vanuit The Global Fund, van 4,75 miljoen dollar in 2012 naar 10,57 miljoen in 2013.⁴⁸ De Togolese overheid heeft de voorbije jaren ook een grotere betrokkenheid bij volksgezondheid getoond. Hoewel ze tot halverwege de jaren 2000 amper 10 procent van haar begroting aan gezondheidszorg spendeerde, heeft het de Abuja-doelstelling van 15 procent sinds 2009 elk jaar gehaald.⁴⁹ Togo heeft een belangrijk punt bereikt in de strijd tegen aids, maar de fragiele aard van deze vooruitgang maakt dat de inspanningen verdubbeld moeten worden. Zo behouden en bespoedigen we de vooruitgang. Het zou de toegang tot behandelingen gemakkelijker moeten maken en vooral de nadruk moeten leggen op het verbeteren van preventieprogramma's. Want er was in het begin van het decennium wel een aanzienlijke daling van het aantal nieuwe besmettingen, maar de achteruitgang is nadien beginnen te vertragen. Inspanningen voor preventie en behandeling moeten zich specifiek richten op de zwakste groepen. Uit gesprekken met vrouwelijke sekswerkers en met mannen die seks hebben met mannen in de Togolese steden Lomé en Kara, blijkt dat zij nog altijd niet gemakkelijk toegang krijgen tot hiv-preventie en toegespitste zorg. Velen vrezen voor hun privacy en voor aanranding.⁵⁰

Om die inspanningen vol te houden, moet Togo zijn zorgstelsel versterken. Vooral aan verzorgend personeel met ervaring heeft het land een groot tekort: in 2010 waren er maar zo'n vier per 10.000 inwoners, een fractie van de door de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen 23.⁵¹ Met amper een zesde van het aanbevolen personeelsbestand zal het voor het zorgstelsel in Togo moeilijk blijven om basiszorg aan te bieden. Bovendien blijft zo een structurele uitbreiding van het aantal behandelingen onwaarschijnlijk, evenals een adequate reactie op noodsituaties zoals de ebola-epidemie waarmee andere landen in de regio te maken kregen. Zulke incidenten zouden de vooruitgang volledig kunnen terugdraaien. Togo heeft een opmerkelijke vooruitgang geboekt en moet die volhouden, maar zonder stabielere zorgstelsel blijven de vorderingen kwetsbaar. Togo heeft een belangrijk punt bereikt in de strijd tegen aids, maar de fragiele aard van deze vooruitgang maakt dat de inspanningen verdubbeld moeten worden. Zo behouden en bespoedigen we de vooruitgang.

TOGO

Afbeelding 5: Togo's opmars naar het omslagpunt



CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN



Tienermeisjes van de middelbare school 'Ebenezer' in Accra, Ghana, krijgen voorlichting over het voorkomen van aids en seksueel overdraagbare aandoeningen.

Foto: John D McHugh/(RED)

Het bereiken van het omslagpunt was geen voorspelbare conclusie. Net zo min als versnelde vorderingen voorbij dit punt. Ondanks de recente vooruitgang in de richting van het omslagpunt is er voldoende bewijs op nationaal niveau dat de vorderingen in veel landen kwetsbaar zijn. Niet alleen omdat hiv oprukt in gemarginaliseerde groepen, maar ook omdat er niet voldoende financiering is om de epidemie in al haar facetten aan te pakken. Door de zwakke gezondheidszorgstelsels zijn de vorderingen ook niet stabiel. Om de geboekte winsten van de voorbije jaren te consolideren en een snellere en meer evenwichtige vooruitgang naar de uiteindelijke ondergang van aids te verzekeren, moeten we drie essentiële stappen nemen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

1 Pak hiv aan op de plaats waar het heerst. Niet daar waar de bestrijding het makkelijkst is

De voorbije jaren was de strijd tegen aids vooral succesvol in populaties en groepen die om geografische, politieke of demografische redenen eenvoudig te bereiken zijn. Als gevolg daarvan vinden nieuwe hiv-besmettingen meer en meer plaats bij gemarginaliseerde groepen en op moeilijkere plaatsen.⁵² Om op een meer evenwichtige manier terrein te winnen en de programma's een zo groot mogelijke impact te geven, moeten de donateurs en de betrokken landen extra geld vrijmaken en strategieën bedenken die passen bij die risicogroepen. Het gaat daarbij om mannen die seks hebben met mannen, druggebruikers met injectiespuiten, sekswerkers en jonge vrouwen. Tegelijkertijd moet de wereld opnieuw de aandacht en de middelen concentreren op een kleiner aantal landen, die instaan voor een groeiend aandeel nieuwe hiv-besmettingen. En op specifieke bevolkingsgroepen, provincies en staten binnen landen die een grotere vooruitgang tegenhouden.

2 Baseer nieuwe, innovatieve financiering op een verscheidenheid aan bronnen

Wereldwijd stijgen de budgetten voor hiv/aidsbestrijding. Toch komen we nog steeds miljarden dollars tekort voor de fundamenteen waarmee we nog in deze generatie de pandemie onder controle kunnen krijgen.⁵³ Om die kloof te dichten, moeten donateurs op koers blijven en hun collectieve ambities verstevigen. Vertrouwen op de VS en een selecte groep andere landen om het leeuwendeel van de middelen te verstrekken? Dat is geen duurzame benadering. Nieuwe donateurs uit Europa, opkomende economieën én de private sector moeten zich opwerpen en een belangrijker deel bijdragen, ook via innovatieve financieringskanalen. Uiteindelijk moet de binnenlandse financiering van Afrikaanse landen de centrale rol gaan spelen, die de ambities omzet en de inspanningen tegen aids doet slagen. Ook hier kunnen landen creatief zijn en leren van hun burens, bijvoorbeeld door nieuwe belastingen of heffingen te overwegen, of specifieke ziekenfondsen te creëren.

3 Bouw betrouwbare zorgstelsels uit, die aids en andere gezondheidsproblemen kunnen aanpakken

De strijd tegen aids steunde vele jaren op de hulp van donateurs voor 'verticale' gezondheidsfondsen. Die programma's hebben indrukwekkende resultaten geboekt, zowel qua preventie als qua behandelingen. Mede hierdoor heeft de wereld het omslagpunt bereikt. Zulke programma's moeten blijvende en grotere steun krijgen. Maar de ebolacrisis bewijst dit jaar dat investeringen voor aids niet ten koste mogen gaan van belangrijke 'horizontale' programma's. Die zijn erop gericht om zorgstelsels te scheppen waardoor de landen beter in staat zijn hun burgers een breed scala aan diensten aan te bieden. De donateurs en de landen moeten manieren vinden om de financiering voor algemene gezondheidszorg te vergroten, zodat waardevolle programma's elkaar niet in de weg staan. Met sterkere zorgstelsels waarover de landen zelf meer zeggenschap hebben, zorgen we ervoor dat de vooruitgang in de strijd tegen aids of andere specifieke ziektes niet zo gemakkelijk onderuit gehaald kan worden door nieuwe of uitdijende bedreigingen.

VOETNOTEN

- 1 Berekeningen van ONE, gebaseerd op data van "The Gap Report" van UNAIDS in 2014.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- 2 ONE Campaign, 2013. "The Beginning of the End? Tracking Global Commitments on aids".
<http://www.one.org/us/2013/11/26/2013-aids-report-tracking-global-progress-toward-the-beginning-of-the-end-of-aids>
- 3 Berekeningen van ONE, gebaseerd op de beschikbare data van "AIDS Info Online Database" van UNAIDS, 2014. <http://aidsinfoonline.org/>
- 4 amfAR en John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2013. "Achieving an AIDS-Free Generation for Gay Men and Other MSM".
- 5 Analyse van ONE, gebaseerd op de beschikbare data van de WHO, 2014. "Global Health Expenditure Database: National Health Accounts".
- 6 Key Correspondents, 2014. "Ebola outbreak puts access to HIV treatment under threat".
<http://www.keycorrespondents.org/2014/10/08/ebola-outbreak-puts-access-to-hiv-treatment-under-threat>
- 7 WHO. "Health Workforce". http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en
- 8 Berekeningen van ONE, gebaseerd op de beschikbare gegevens van "The Gap Report", UNAIDS, 2014.
- 9 UNAIDS. 2014. "The Gap Report".
- 10 idem
- 11 idem
- 12 idem
- 13 Berekeningen van ONE, gebaseerd op de beschikbare gegevens van de "AIDS Info Online Database" van UNAIDS, 2014.
- 14 idem
- 15 idem
- 16 UNAIDS. 2014. "AIDS Info Online Database".
- 17 UNAIDS. 2014. "The Gap Report".
- 18 Kaiser Family Foundation. 2014. "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013".
- 19 UNAIDS. 2014. "The Gap Report".
- 20 Kaiser Family Foundation. 2014. "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013".
- 21 idem
- 22 Berekeningen van ONE op basis van Kaiser Family Foundation. 2014. "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013" en Kaiser Family Foundation. 2013. "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2012".
- 23 Berekeningen van ONE op basis van Kaiser Family Foundation. 2014. "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013".
- 24 Beschikbare gegevens van The Global Fund. 2013. "Fourth Replenishment". <http://theglobalfund.org/en/replenishment/fourth>
- 25 idem

VOETNOTEN

- 26 Kaiser Family Foundation. 2014. "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013".
- 27 Beschikbare gegevens van The Global Fund. 2014. "Government Donors". <http://theglobalfund.org/en/partners/governments/>
- 28 Integrated Implementation Framework. 2007. "Debt2Health". <http://iif.un.org/content/debt2health> Friends of the Global Fight. 2014. "Measuring Progress: Zimbabwe's Innovative Financing for HIV/AIDS". <http://theglobalfight.org/measuring-progress-zimbabwes-innovative-financing-for-hiv-aids/>
- 29 UNAIDS. 2014. "The Gap Report".
- 30 Berekeningen van ONE, gebaseerd op de gegevens over financiering van de WHO. 2014. "Global Health Expenditure Database: National Health Accounts".
- 31 WHO. 2014. "Global Health Expenditure Database: National Health Accounts".
- 32 Berekeningen van ONE, gebaseerd op de gegevens over financiering van de WHO. 2014. "Global Health Expenditure Database: National Health Accounts" en IMF. 2014. "World Economics Outlook Database".
- 33 Berekeningen van ONE, gebaseerd op de gegevens over financiering van de WHO. 2014. "Global Health Expenditure Database: National Health Accounts"; IMF. 2014. "World Economics Outlook Database" en de beschikbare ARV-gegevens van PEPFAR. 2014. "2014 Report on Costs of Treatment in the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)".
- 34 McKinsey. 2010. "Strengthening sub-Saharan Africa's health systems: A practical approach". http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/strengthening_sub-saharan_africas_health_systems_a_practical_approach
- 35 amfAR en John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2013. "Achieving an AIDS-Free Generation for Gay Men and Other MSM".
- 36 idem
- 37 UNAIDS. 2014. "AIDS Info Online Database".
- 38 The Global Fund. 2014. "Grant Portfolio". <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Home/Index>
- 39 PEPFAR. 2014. "PEPFAR Planned Funding by Country/Region". <https://dashboard.pepfar.net/planned-budgets/country-region/default.aspx>
- 40 Gesprek met de nationale verantwoordelijke van The Global Fund in Ghana, 31 oktober 2014
- 41 WHO. Nationale Gezondheidsbudgetten. "Ghana".
- 42 Gesprek met de vertegenwoordiger van UNAIDS in Ghana, 30 oktober 2014
- 43 Gesprek met de nationale verantwoordelijke van The Global Fund in Ghana, 31 oktober 2014
- 44 UNAIDS. 2014. "AIDS Info Online Database".
- 45 Beschikbare gegevens van de Wereldbank. 2014. "Health Nutrition and Population Statistics", gesprek met de nationale verantwoordelijke van The Global Fund in Ghana, 31 oktober 2014
- 46 Informatie verstrekt aan ONE door de nationale vertegenwoordiger van UNAIDS in Togo.
- 47 UNAIDS. 2014. "AIDS Info Online Database".
- 48 The Global Fund. 2014. "Grant Portfolio". <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Home/Index>
- 49 WHO. Nationale Gezondheidsbudgetten. "Togo".
- 50 USAID. 2014. "Examining Risk Factors for HIV and Access to Services among Female Sex Workers (FSW) and Men Who Have Sex with Men (MSM) in Burkina Faso, Togo and Cameroon."
- 51 Beschikbare gegevens van de Wereldbank. 2014. "Health Nutrition and Population Statistics"
- 52 UNAIDS. 2014. "The Gap Report".
- 53 Kaiser Family Foundation. 2014. "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013".

KANTOREN

BERLIJN

Luisenstraße 40
10117 Berlijn
Duitsland

BRUSSEL

3e verdieping
Rue d'Idalie 9-13
1050 Brussel
België

JOHANNESBURG

Silverstream Office Park
Hoofdgebouw, BG
10 Muswell Road
Bryanston 2191
Johannesburg
Zuid-Afrika

LONDEN

151 Wardour Street
Londen, W1F 8WE
Verenigd Koninkrijk

NEW YORK

49 W. 27th Street
2e verdieping
New York, NY 10005
Verenigde Staten

PARIJS

47 rue du Montparnasse
75014, Parijs
Frankrijk

WASHINGTON, DC

1400 Eye Street NW
Suite 600
Washington, DC 20005
Verenigde Staten

ONE.ORG/NL