Het recht op gezondheid als basis voor mondiale solidariteit

Wat met het Wereldfonds ter bestrijding van AIDS, Tuberculose en Malaria?

Gorik Ooms *

Er is een sluimerende tweestrijd aan de gang tussen de voorstanders van het Wereldfonds ter bestrijding van AIDS, Tuberculose en Malaria, die vinden dat België een grotere bijdrage aan dat Wereldfonds zou moeten geven, en de voorstanders van de klassieke ontwikkelingssamenwerking op het vlak van gezondheid, die vinden dat meer middelen de klassieke weg moeten volgen. Op het eerste gezicht gaat het enkel om conflicterende prioriteiten. De voorstanders van het Wereldfonds schijnen te menen dat in de armste landen AIDS een belangrijker probleem is dan de andere gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld omdat AIDS de meest productieve mensen het eerst treft. Voor de voorstanders van de klassieke ontwikkelingssamenwerking schijnt het vooral een kwestie van evenwaardigheid te zijn: een zwangere vrouw die tijdens de bevalling dreigt te sterven is minstens even belangrijk als elke persoon die aan AIDS dreigt te sterven. Een fundamentelere tegenstelling zorgt hier voor spanning: namelijk die tussen de klassieke ontwikkelingssamenwer king op het vlak van gezondheidszorg, en een uit het recht op gezondheid voortkomende mondiale solidariteit. Dit artikel is geen neutrale analyse die verschillende perspectieven vergelijkt en tegen elkaar afweegt, maar een standpunt vanuit mensenrechtelijk perspectief.

Klassieke ontwikkelings-samenwerking: nationalistisch utilitarisme

In 1999 vormde het Internationaal Monetair Fonds (IMF) zijn *Enhanced Structural Adjustment Facility* (ESAF) om tot *Poverty Reduction and Growth Facility* (PRGF). De zogenaamde 'armoedebestrijdingplannen' of *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSP) kwamen in de plaats van de zogenaamde 'structurele aanpassingprogramma's'. Armoedebestrijdingplannen zouden voortaan door de betrokken landen zelf worden opgesteld, eerder dan opgelegd vanuit de zetels van het IMF en de Wereldbank in Washington. Ze zouden ook de leidraad vormen voor alle (of toch zoveel mogelijk) ontwikkelingssamenwerking, niet alleen voor de relaties tussen de betrokken landen, de Wereldbank en het IMF.

De meningen zijn verdeeld over de vraag of deze naamsverandering erin geslaagd is om het accent te verschuiven van economische groei naar armoedebestrijding. Het grote verwijt aan het adres van de structurele aanpassingprogramma's was dat die ervan uitgingen dat economische groei automatisch zou leiden tot minder armoede, wat door de feiten werd tegengesproken. Vanaf 1999 zou armoedebestrijding het doel worden, en economische groei slechts één van de middelen. Vanuit het IMF zelf kwam de nadruk echter al gauw te liggen op 'armoedebestrijding op lange termijn' als tegengesteld en superieur aan 'armoedebestrijding op korte termijn', waardoor economische groei toch weer het overwicht kreeg.[1]

De meningen zijn ook verdeeld over de vraag of deze verandering erin geslaagd is om de betrokken landen zelf de leiding te geven, via een door henzelf opgesteld armoedebestrijdingplan. Het is belangrijk te benadrukken dat sinds 1999 een door het IMF en Wereldbank goedgekeurd armoedebestrijdingplan een noodzakelijke voorwaarde is voor financiële steun van die instellingen. Concreet betekent dit dat de Wereldbank en het IMF samen het laatste woord krijgen: zij bepalen of een armoedebestrijdingplan goed genoeg is of niet, waarna zowat alle donorlanden hun beleid afstemmen op wat het IMF en de Wereldbank samen hebben goedgekeurd.

Het uitgangspunt van de tandem IMF-Wereldbank (net zoals dat van de meeste donorlanden, trouwens) blijft het streven naar nationale financiële zelfredzaamheid. Om nationale financiële zelfredzaamheid te bevorde-

* *Gorik Ooms is jurist en onderzoeker voor het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Zijn doctoraatsthesis "The right to health and the sustainability of health care: Why a new global health aid paradigm is needed" is beschikbaar op www.icrh.org/files/academia-doctoraat%20Gorik%20Ooms_0.pdf.*

1 *Het* Independent Evaluation Office *van het IMF zegt over deze verandering: "When the PRGF was introduced, it was meant to be more than a name change. … But in the face of a weakening consensus in the Board and a staff professional culture strongly focused on macroeconomic stability—and, most important, changes in senior management and a resulting lack of focused institutional leadership and follow-through—the IMF gravitated back to business as usual." Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund (2007). The IMF and Aid to Sub-Saharan Africa. Beschikbaar op het internet: www.ieo-imf.org/eval/complete/pdf/03122007/report.pdf.*

ren werken het IMF en de Wereldbank met het concept 'fiscale ruimte'. De fiscale ruimte voor bijvoorbeeld de gezondheidssector in Malawi wordt bepaald door de financiële middelen die Malawi binnen afzienbare termijn zelf aan gezondheid zal kunnen besteden. Meer dan dat mag Malawi niet uitgeven – zelfs als donorlanden meer uitgaven zouden willen betalen – want dat zou de zelfredzaamheid in het gedrang brengen.[2]

Dit is de eigenschap van de klassieke ontwikkelingssamenwerking die men 'nationalisme' kan noemen: de diepgewortelde overtuiging dat het aan elk land zelf is om voor zijn eigen inwoners te zorgen. Kosmopolitisme vertrekt van het principe dat staten niet relevant zijn om te bepalen hoe mensen zich tegenover elkaar zouden moeten gedragen. Als de inwoners van België bereid zijn om een deel van hun inkomen af te staan voor de financiering van hun gezondheidszorg en die van alle andere inwoners van België – en zo voor een voortdurende herverdeling van welvaart te zorgen – dan vraagt de rechtgeaarde kosmopoliet zich af waarom deze vorm van solidariteit ophoudt aan de landsgrenzen.[3]

De klassieke ontwikkelingssamenwerking, ook de nieuwste verschijningsvorm ervan, is niet kosmopolitisch maar wel nationalistisch. Ontwikkelingshulp is bedoeld om tijdelijk te zijn, om de eigen draagkracht van de geholpen landen te ontwikkelen, zodat die hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen.

Bovendien is de klassieke ontwikkelingssamenwerking utilitaristisch: met de beschikbare middelen wordt de grootst mogelijke welzijnstoename van de hele bevolking beoogd. Daar is uiteraard weinig tegen in te brengen, tenzij men argumenten zou bedenken om de relatieve welzijnstoename van bepaalde groepen voorrang te geven op dezelfde welvaartstoename van andere groepen: discriminatie dus. Het is de combinatie van nationalisme en utilitarisme die – letterlijk – dodelijk is.

Laat ons even terugkeren naar Malawi voor een kleine rekenoefening. Het Bruto Binnenlands Product (BBP) bedraagt er zowat 120 € per persoon per jaar. De gemiddelde levensverwachting was er 60 jaar, maar dreigt door de AIDS epidemie te zakken naar 37 jaar. Laat ons echter aannemen dat Malawi tegen het jaar 2020 zijn BBP per persoon per jaar kan verdubbelen. Laat ons vervolgens veronderstellen dat Malawi tot 20% van zijn BBP kan verwerven als staatsinkomsten, en bovendien 20% daarvan kan besteden aan gezondheidszorg (beide veronderstellingen zijn zeer optimistisch): dat brengt ons bij een budget per persoon per jaar van minder dan 10€. Het streven naar nationale financiële zelfredzaamheid zou dan impliceren dat Malawi niet méér uitgeeft aan gezondheid per persoon per jaar dan 10€. Het utilitaristische streven kan dan leiden tot de conclusie dat het verstrekken van AIDS-remmende geneesmiddelen – die toch nog minstens 100 € per persoon per jaar kosten– niet de beste strategie is. Toch is Malawi erin geslaagd om de aan AIDS-gerelateerde mortaliteit terug te dringen met 75%, dankzij de verstrekking van AIDS-remmers. Hoe is dit gebeurd?

Het gevecht voor universele toegang tot AIDS remmers

Een mensenrechtelijke benadering van gezondheid en gezondheidszorg is principieel kosmopolitisch, eerder dan nationalistisch. Dat blijkt uit Artikel 2(1) van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVSCR), dat stelt: "Iedere Staat die partij is bij dit Verdrag verbindt zich maatregelen te nemen, zowel zelfstandig als binnen het kader van de internationale hulp en samenwerking, met name op economisch en technisch gebied, en met volledige gebruikmaking van de hem ter beschikking staande hulpbronnen,…" Er wordt zelfs geen onderscheid gemaakt tussen binnenlandse en buitenlandse verplichtingen. In praktijk is het echter anders. De solidariteit tussen mensen om gezondheidszorg als recht te garanderen is nationalistisch georganiseerd. Toen de eerste AIDS-remmers beschikbaar werden in de Verenigde Staten en Europa trok de AIDS-beweging zich niet veel aan van het nationalistische utilitarisme van de klassieke ontwikkelingssamenwerking. De achterliggende idee was dat mensen met AIDS recht hadden op AIDS-remmers, ook in de armste landen. Toen de vraag naar de financiering aan bod kwam, keerde de AIDS-beweging zich resoluut tegen het nationalistische streven naar zelfredzaamheid. Het zogenaamde 'Harvard Consensus Statement' – een pamflet voor de vestrekking van AIDS-remmers in de armste landen ondertekend door een lange lijst professoren van de Universiteit van Harvard – stelde expliciet dat AIDS-remmers te duur waren en te duur zouden blijven, maar dat de te betalen prijs

2 Gottret en Schieber gebruiken het voorbeeld van een denkbeeldig land dat onbeperkte toegang heeft tot internationale hulp en onbeperkte technische capaciteit om die internationale hulp om te zetten in gezondheidszorg. Zelfs dan, stellen Gottret en Schieber, zal dit land niet meer mogen uitgeven dan wat het in 2020 uit eigen middelen aan gezondheidszorg kan besteden. Gottret P, Schieber G (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Beschikbaar op het internet: siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf.

3 Deze samenvatting doet de meer genuanceerde opvattingen van hedendaagse kosmopolieten onrecht aan. Voor Thomas Pogge zijn onze plichten tegenover de rest van de mensheid overwegend negatieve plichten. We moeten ons onthouden van daden die hen kunnen schaden. Maar Pogge gebruikt een heel brede definitie van daden die anderen kunnen schaden – deelnemen aan het economisch verkeer dat armoede elders in de wereld bevordert volstaat om een plicht tot herstel te creëren. Peter Singer gebruikt de metafoor van een ons onbekend kind dat in een fontein dreigt te verdrinken om onze mondiale plichten te beschrijven; meer dan het equivalent van een paar natte schoenen om het kind uit de fontein te halen is niet nodig om de ergste armoede uit de wereld te helpen.

voor de wereldgemeenschap relatief klein zou zijn.[4]

De Harvard Consensus Statement werd gepubliceerd in april 2001 en bevatte aanwijzingen over hoe AIDS-remmers gefinancierd konden worden: door de oprichting van een mondiaal fonds, dat vooral generische geneesmiddelen zou aankopen om zo de prijs te drukken. Tegelijkertijd keurde de Commissie voor de Mensenrechten van de Verenigde Naties Resolutie 2001/33 goed, waarin gesteld werd dat de toegang tot geneesmiddelen tijdens 'pandemieën zoals die van AIDS' een essentiële voorwaarde was voor de verwezenlijking van het recht op gezondheid. In juni 2001 keurde de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties de oprichting van het Wereldfonds ter bestrijding van AIDS, Tuberculose en Malaria goed.

Horizontaal versus verticaal of nationalistisch versus kosmopolitisch?

De Belgische ontwikkelingssamenwerking op het vlak van gezondheid heeft een lange traditie van 'horizontale' verstrekking van gezondheidszorg: dat betekent een zo geïntegreerd mogelijk gezondheidssysteem, met polyvalente gezondheidswerkers die geschoold zijn om de vaakst voorkomende gezondheidsproblemen te behandelen. Dat is wellicht ook de meest efficiënte aanpak, zeker wanneer de middelen beperkt zijn. De 'verticale' verstrekking van gezondheidszorg, gericht op het onder controle krijgen van een welbepaalde ziekte, wordt in deze traditie niet echt gewaardeerd.

Het Wereldfonds geeft niet noodzakelijk voorrang aan verticale interventies, maar wil wel resultaten zien op het vlak van de strijd tegen de drie genoemde ziekten. Des te beter indien die resultaten op een geïntegreerde manier, via het basisgezondheidssysteem, worden bereikt. Het streven naar nationale financiële zelfredzaamheid van de klassieke ontwikkelingssamenwerking verhindert echter de ontwikkeling van goed uitgebouwde basisgezondheidssystemen. In landen waar de helft van het gezondheidsbudget of meer uit internationale hulp komt, is het niet mogelijk om het budget nog te verhogen en tegelijk te streven naar nationale financiële zelfredzaamheid. Het Wereldfonds streeft uitdrukkelijk niet naar nationale financiële zelfredzaamheid, maar naar een uit het recht op gezondheid voortvloeiende mondiale solidariteit.[5] Daarom streeft het Wereldfonds ook niet naar afstemming op de armoedebestrijdingplannen van landen.

Beweren dat de middelen voor de bestrijding van AIDS, Tuberculose en Malaria onbeperkt zijn, zou niet met de waarheid overeenkomen, maar de begrenzing ligt elders dan in het streven naar nationale financiële zelfredzaamheid. Daardoor ontstaat, vooral in de armste landen, een ontwikkeling op twee verschillende snelheden; de strijd tegen AIDS, tuberculose en malaria kan veel sneller evolueren dan het basisgezondheidssysteem, en dat maakt de integratie bijzonder moeilijk.

Een poging om water en vuur te verzoenen

Zijn de uit het recht op gezondheid voortvloeiende mondiale solidariteit en de klassieke ontwikkelingssamenwerking met elkaar verzoenbaar? Een mensenrechtelijke benadering aanvaardt dat economische, sociale en culturele rechten op progressieve wijze tot stand komen; stap per stap, in de mate dat bijkomende middelen het toelaten. De vraag is echter wat wordt verstaan onder bijkomende middelen: louter deze die nationaal beschikbaar zijn, of ook deze die mondiaal beschikbaar zijn? Een letterlijke interpretatie van artikel 2(1) van het IVSCR: de middelen die mondiaal beschikbaar zijn. Maar artikel 1(2) stelt dan weer: "Alle volken kunnen ter verwezenlijking van hun doeleinden vrijelijk beschikken over hun natuurlijke rijkdommen en hulpbronnen, evenwel onverminderd eventuele verplichtingen voortvloeiende uit internationale economische samenwerking,…" Er bestaat dus een spanning tussen vrije beschikking van de eigen middelen en de aanspraken van andere landen op mondiale solidariteit.

Toch valt moeilijk vol te houden dat de huidige situatie – de extreme mate waarin de rijkste landen hun welvaart niet delen met de armste landen en aansturen op nationale financiële zelfredzaamheid voor de meest essentiële voorzieningen om de meest essentiële sociale rechten te verwezenlijken – enigszins verzoenbaar zou zijn met een mensenrechtelijke benadering. De welvaartsverschillen tussen de armste en de rijkste landen zijn obsceen. Het miljard inwoners van de zogenaamde hoge inkomenslanden geniet een gecombineerd BBP van 40 triljoen dollar per jaar of bijna 40.000 dollar per persoon per jaar; het 1,3 miljard inwoners van de zogenaamde lage inkomenslanden geniet een

4 *Eén van de opstellers van de Harvard Consensus Statement was economist Jeffrey Sachs, op dat ogenblik ook voorzitter van de door de Wereldgezondheidsorganisatie samengeroepen* Commission on Macroeconomics and Health. *Het eindrapport van deze commissie werd eind 2001 gepubliceerd, en rechtvaardigt een mondiale solidariteit voor gezondheid in de armste landen vooral vanuit economisch perspectief. De Harvard Consensus Statement beroept zich wel op het recht op gezondheid. Het eindrapport is beschikbaar op het internet: www.hsph.harvard.edu/bioethics/pdf/consensus_aids_therapy.pdf.*

5 *De algemeen directeur van het Wereldfonds, Michel Kazatchkine, beschreef het aldus:* "The Global Fund has helped to change the development paradigm by introducing a new concept of sustainability; one that is not based solely on achieving domestic self-reliance, but on sustained international support, as well." *Beschikbaar op het internet: www.theglobalfund.org/en/pressreleases/?pr=pr_080811.*

gecombineerd BBP van nauwelijks 0,8 triljoen dollar, of nauwelijks 600 dollar per persoon per jaar. Als de hoge inkomenslanden één enkel procent van hun welvaart met de lage inkomenslanden zouden delen, dan zouden de huidige budgetten voor de meest essentiële voorzieningen om de meest essentiële sociale rechten te verwezenlijken op slag verdubbelen of verdrievoudigen. Zelfs als men de spanning tussen vrije beschikking over de eigen middelen en de aanspraken van andere landen op mondiale solidariteit zodanig extreem zou interpreteren dat de rijkste landen 99 procent van hun middelen mogen behouden en de armste landen slechts op één enkel procent van de middelen van de rijkste landen aanspraak mogen maken, dan nog voldoet de huidige situatie niet aan de absolute minimumnorm. Men kan niet anders dan erkennen dat de huidige situatie een collectieve schending van de mensenrechten uitmaakt.

Mondiale solidariteit als alternatief?

De vraag rijst dan of er een voldoende groot maatschappelijk draagvlak bestaat voor een uit de mensenrechten voortvloeiende mondiale solidariteit als alternatief voor de klassieke ontwikkelingssamenwerking. Om die vraag te beantwoorden moeten we eerst proberen de gevolgen van een dergelijke uitbreiding in te schatten.

Een extreem kosmopolitische benadering zou met zich meebrengen dat bijvoorbeeld de uitgaven voor gezondheidszorg in België zouden terugvallen naar het mondiaal gemiddelde van ongeveer 500€ per persoon per jaar (komend van 2.500€) en dat de uitgaven voor gezondheidszorg in Malawi zouden stijgen naar 500 € per jaar (komend van 10€). De kans dat de inwoners van België dat aanvaarden, is klein. Dat is echter niet wat een mensenrechtelijke benadering voorschrijft, en evenmin wat hedendaagse kosmopolieten promoten.

Zoals hierboven beschreven, bestaat er een spanning tussen het recht van elk volk of land om vrij over zijn middelen te beschikken en de aanspraken van volken of landen op mondiale solidariteit. Het IVSCR zelf biedt geen leidraad voor hoe men met deze spanning of tegenstelling moet omgaan. Volgens het Comité voor Economische, Sociale en Culturele Rechten, dat moet waken over de naleving van het Verdrag, mag de progressieve verwezenlijking van de economische, sociale en culturele mensenrechten – naargelang de beschikbare middelen – niet dienen als vrijbrief voor een miskenning van die rechten. Voor elk van die rechten bestaat een zogenaamde 'kerninhoud', namelijk het absolute minimumniveau van de meest essentiële voorzieningen om de meest essentiële rechten te verwezenlijken. De kerninhoud van het recht op gezondheid omvat onder meer de verstrekking van essentiële geneesmiddelen tegen de meest voorkomende ziekten. Het Comité benadrukt dat de meest welvarende landen de armste landen moeten bijstaan om die kerninhoud te realiseren.[6]

Een conservatieve interpretatie van de algemene commentaren van het Comité laat toe te stellen dat de kerninhouden van alle mensenrechten samen de ondergrens vormen van een op mensenrechten gebaseerde mondiale solidariteit. Voorbij die ondergrens komen we in een grijze zone terecht. De situatie in een midden-inkomensland dat wel de kerninhoud van het recht op gezondheid realiseert, maar nog veel 'ruimte voor verbetering' heeft, zal bijvoorbeeld een zwakkere aanspraak kunnen maken op de middelen van hoge-inkomenslanden, omdat die zich kunnen beroepen op hun recht op vrije beschikking van hun eigen middelen. Een uit het recht op gezondheid voortvloeiende mondiale solidariteit staat m.a.w. niet gelijk met nationale onverantwoordelijkheid. De mondiale solidariteit betreft enkel de essentie van de essentie.

In april 2008 ondertekenden de leiders van Vlaanderens belangrijkste vakbonden en mutualiteiten een gezamenlijke verklaring: "Ons sociaal model, waardevol en niet te koop".[7] Punt 10 van deze verklaring betreft mondiale solidariteit: "Een duurzaam sociaal model tenslotte zet in op de uitbouw van een internationale sociale sokkel en een internationale herverdeling van de rijkdom. Het behalen van de 0.7 %-norm voor ontwikkelingssamenwerking in 2010 is een absoluut minimum." De metafoor van een 'internationale sokkel' is helemaal in overeenstemming met de benadering van een uit mensenrechten voortvloeiende mondiale solidariteit, die de mondiale dimensie beperkt tot de essentie van de essentie. De kritiek dat er geen maatschappelijk draagvlak zou bestaan voor een uit het recht op gezondheid voortvloeiende mondiale solidariteit kan dus met een gerust hart worden weerlegd: onze belangrijkste vakbonden en mutualiteiten hebben zich al voor mondiale solidariteit uitgesproken.

Vanuit het perspectief van het recht op gezondheid verdient het Wereldfonds ter bestrijding van AIDS, Tuberculose en Malaria een uitbreiding van zijn mandaat en een overeenkomstige toename van fondsen, veel meer dan een uitbreiding van de klassieke ontwikkelingssamenwerking op het vlak van gezondheidszorg, omdat het streven naar nationale financiële zelfredzaamheid van die benadering een collectieve schending van het recht op gezondheid meebrengt.

6 Zie paragrafen 43-44-45 van de algemene commentaar van het Comité over het recht op gezondheid. Beschikbaar op het internet: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument.

7 Beschikbaar op het internet: www.abvv.be/CODE/nl/Dossier/2008/c01_08e03.htm.