

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2007-2008

26 JUNI 2008

Voorstel van resolutie betreffende het Wereldgezondheidsfonds

(Ingediend door mevrouw Marleen Temmerman)

TOELICHTING

Inleiding

Het recht op gezondheid is een fundamenteel mensenrecht. Toegang tot basisgezondheidszorg is een essentiële voorwaarde om dit recht te realiseren.

In het kader van de *Paris Declaration on Aid Effectiveness* (2005) heeft de internationale gemeenschap er zich toe verbonden de krachten te bundelen als één van de strategieën om de effectiviteit van de hulp te vergroten.

Staten dragen de primaire verantwoordelijkheid voor de realisering van het recht op gezondheid voor hun inwoners. Een systeem om voor de noodzakelijke financiering te zorgen moet dan ook gebaseerd zijn op de veronderstelling, en zelfs de voorwaarde, dat alle staten — ook de zogenaamde lage-inkomenslanden (low-income countries) volgens de classificatie van de Wereldbank — hun uiterste best doen om zelf het recht op gezondheid te realiseren.

In april 2001 beloofden de staatshoofden van de Afrikaanse landen om minstens 15 % van hun budget aan gezondheid te besteden. Deze norm verdient uitbreiding naar alle ontwikkelingslanden.

Echter, het lijkt niet realistisch dat de zogenaamde low-income-countries meer binnenlandse inkomsten verwerven dan 20 % van hun Bruto Binnenlands Product (BBP). Dat wil zeggen dat deze landen in het beste geval 3 % van het BBP (of 15 % van 20 % van het BBP) aan gezondheidszorg kunnen besteden.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2007-2008

26 JUIN 2008

Proposition de résolution relative à la création d'un Fonds mondial de la santé

(Déposée par Mme Marleen Temmerman)

DÉVELOPPEMENTS

Introduction

Le droit à la santé est un droit de l'homme fondamental. L'accès aux soins de santé de base est une condition essentielle pour réaliser ce droit.

Dans le cadre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005), la communauté internationale s'est notamment engagée à unir ses forces, pour accroître l'efficacité de l'aide.

C'est aux États qu'incombe la responsabilité première de la réalisation du droit de leurs habitants à la santé. Un système capable d'assurer le financement nécessaire doit dès lors être fondé sur l'hypothèse, voire la condition que tous les États — y compris ceux qualifiés par la Banque mondiale de pays à faible revenu — mettent tout en œuvre afin de réaliser eux-mêmes le droit à la santé.

En avril 2001, les chefs d'État des pays africains ont promis de consacrer au moins 15 % de leur budget à la santé. Cette norme mérite d'être étendue à tous les pays en développement.

Cependant, il ne semble pas réaliste que les pays dits à faible revenu parviennent à acquérir plus de revenus intérieurs que 20 % de leur produit intérieur brut (PIB). Cela signifie que, dans le meilleur des cas, ces pays sont en mesure de consacrer 3 % du PIB (soit 15 % de 20 % du PIB) aux soins de santé. Plusieurs

Verscheidende internationale studies van onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie en praktijkervaring van internationale Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO's) wijzen uit dat basisgezondheidszorg minstens 40 USD per persoon per jaar kost. Dat wil zeggen dat enkel landen met een BBP per capita van 1 300 USD op korte termijn naar financiële zelfredzaamheid kunnen streven. Voor veel ontwikkelingslanden is dat niet haalbaar.

Wanneer staten hun uiterste best doen om het recht op gezondheid te realiseren, doch over onvoldoende eigen middelen beschikken, dan ontstaat een secundaire verantwoordelijkheid in hoofde van de staten die over voldoende middelen beschikken om andere staten bij te staan. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van de zogenaamde high-income countries, waaronder België, om de zogenaamde low-income countries bij te staan, en dit zolang als nodig. Het streven naar financiële zelfredzaamheid moet, voor wat de armste landen in de wereld betreft, voorlopig worden opgeborgen.

Het is niet alleen noodzakelijk om de binnenlandse en internationale financiële middelen gevoelig te verhogen, het is ook van wezenlijk belang om de duurzaamheid van de internationale hulp te verbeteren. Momenteel zijn de meeste engagementen in het kader van buitenlandse hulp kortetermijnengagementen. Dit leidt vaak tot sub-optimaal gebruik van buitenlandse hulp. Een direct en contraproductief gevolg van deze kortetermijnplanning is de weigerachtige houding van ontvangende of rechthebbende landen ten opzichte van het gebruik van buitenlandse hulp voor het uitbreiden van wederkerende uitgaven (geneesmiddelen, lonen van gezondheidspersoneel), terwijl dat vaak de belangrijkste uitgaven zijn. De niet verzekerde duurzaamheid van de buitenlandse hulp ligt hier aan de basis: aangezien de inkomsten op lange termijn niet verzekerd zijn, wordt het aanwerven en opleiden van bijkomend gezondheidspersoneel namelijk een risicovolle zaak. Bovendien waakt onder meer het Internationaal Monetair Fonds (IMF) erover dat ontwikkelingslanden niet meer besteden aan wederkerende uitgaven dan wat ze in de toekomst uit eigen middelen zullen kunnen financieren. Dit leidt tot de absurde toestand dat de meest hulpbehoevende landen een groot gedeelte van de buitenlandse hulp opsparen, eerder dan het uit te geven. Volgens een schatting van het *Independent Evaluation Office* van het IMF werd van elke bijkomende dollar buitenlandse hulp aan Afrika sinds het akkoord over de Millenniumdoelstellingen slechts 27 cent daadwerkelijk uitgegeven.

Het is daarom aangewezen dat de rijke landen hun buitenlandse hulp voor gezondheid (in verhouding tot hun financiële draagkracht) samenbrengen in een gemeenschappelijk fonds, zodat een eventuele terugval van de bijdrage van een land kan worden opgevangen door een verhoogde bijdrage van een

études internationales de l'Organisation mondiale de la santé, entre autres, et l'expérience pratique d'organisations non gouvernementales internationales montrent que les soins de santé de base coûtent au moins 40 USD par personne et par an. En d'autres termes, seuls les pays ayant un PIB par habitant de 1 300 USD peuvent aspirer à l'autonomie financière à court terme. Celle-ci est impossible à atteindre pour bon nombre de pays en développement.

Lorsque des États mettent tout en œuvre pour réaliser le droit à la santé, mais ne disposent pas de moyens propres suffisants, les États possédant des moyens suffisants pour assister d'autres États doivent assumer une responsabilité secondaire. Dès lors, il est de la responsabilité des pays à haut revenu, parmi lesquels la Belgique, d'assister les pays à faible revenu, et ce, aussi longtemps que nécessaire. Les pays les plus pauvres doivent renoncer provisoirement à atteindre l'autonomie financière.

Il n'est pas seulement nécessaire d'accroître sensiblement les moyens financiers nationaux et internationaux, il est également essentiel d'améliorer la durabilité de l'aide internationale. Actuellement, la majorité des engagements dans le cadre de l'aide extérieure sont des engagements à court terme. En conséquence, il est fréquent que l'aide extérieure ne soit pas utilisée de manière optimale. Une conséquence directe et contre-productive de la planification à court terme est le fait que les pays bénéficiaires refusent d'utiliser l'aide étrangère pour augmenter les dépenses récurrentes (médicaments, salaires du personnel sanitaire), alors qu'il s'agit souvent des dépenses les plus importantes. L'absence de garantie quant à la durabilité de l'aide étrangère est à l'origine de cette situation : les revenus n'étant pas garantis à long terme, il est en effet risqué d'engager et de former du personnel sanitaire supplémentaire. De plus, le Fonds monétaire international (FMI), entre autres, veille à ce que les moyens que les pays en développement consacrent aux dépenses récurrentes n'excèdent pas ce qu'ils seront en mesure de financer de leurs propres deniers à l'avenir. Il en résulte une situation absurde, dans laquelle les pays les plus nécessiteux épargnent une grande partie de l'aide étrangère plutôt que de la dépenser. Selon une évaluation du Bureau indépendant d'évaluation (BIE) du FMI, depuis l'accord relatif aux objectifs du millénaire, pour chaque dollar supplémentaire d'aide étrangère versé à l'Afrique, seulement 27 cents ont effectivement été dépensés.

Il est dès lors opportun que les pays riches, proportionnellement à leurs moyens financiers, rassemblent leur aide extérieure en matière sanitaire dans un fonds commun de façon à ce qu'une diminution éventuelle de la contribution d'un pays puisse être compensée par une augmentation de la contribution

ander land. Dit gebeurt reeds voor het Wereldfonds ter bestrijding van aids, tuberculose en malaria, en voor de International Development Association van de Wereldbank.

Ook is het belangrijk om het maatschappelijk middenveld te betrekken bij deze inspanning, zowel in de donorlanden (teneinde het maatschappelijk draagvlak voor de gezamenlijke inspanning te verbreden) als in de ontvangende of rechthebbende landen (teneinde de binnenlandse inspanning te versterken en de besteding van de financiële middelen te bewaken). Ook hier kan het Wereldfonds ter bestrijding van AIDS, Tuberculose en Malaria als voorbeeld dienen.

Tijdens de voorbije maanden hebben verschillende landen nieuwe initiatieven gelanceerd teneinde de Millenniumdoelstellingen op het vlak van gezondheid te behalen :

Duitsland : « Providing for Health Initiative »;

Noorwegen : « Global Campaign for the Health Millennium Goals »;

Verenigd Koninkrijk : « International Health Partnership »;

Canada : « Catalytic Initiative to Save a Million Lives »;

Frankrijk : « Couverture Maladie Universelle ».

Het Verenigd Koninkrijk heeft zich onlangs duidelijk geëngageerd om over een termijn van 7 jaren omgerekend 12 miljard USD te besteden aan gezondheidssystemen en -diensten in ontwikkelingslanden. Samen met eerder aangegeven verbintenissen komt dit neer op bijna 0,1 % van het BBP van het Verenigd Koninkrijk. Maar om te slagen in het opzet — toegang tot basisgezondheidszorg als mensenrecht — zullen alle donorlanden dit voorbeeld moeten volgen en onderling afspreken hoe ze hun inspanningen op elkaar zullen afstemmen.

Coördinatie van internationale initiatieven en nationale programma's is dan ook van kapitaal belang.

Marleen TEMMERMAN.

*
* *

d'un autre pays. Ce système est déjà en vigueur pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et pour l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque mondiale.

Il est également important d'impliquer la société civile dans cet effort, tant dans les pays donateurs (afin d'étendre la base sociale pour l'effort commun) que dans les pays bénéficiaires (afin de renforcer l'effort national et de contrôler l'affectation des moyens financiers). Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme peut également servir d'exemple à cet égard.

Au cours des derniers mois, différents pays ont lancé de nouvelles initiatives afin d'atteindre les objectifs du millénaire sur le plan sanitaire :

L'Allemagne : « Providing for Health Initiative »;

La Norvège : « Global Campaign for the Health Millennium Goals »;

Le Royaume-Uni : « International Health Partnership »;

Le Canada : « Initiative pour sauver un million de vies »;

La France : « Couverture Maladie Universelle ».

Le Royaume-Uni s'est récemment engagé sans la moindre réserve à consacrer, sur une période de sept ans, 12 milliards de dollars US à la mise en place de systèmes et services de soins de santé dans les pays en voie de développement. Compte tenu d'engagements pris précédemment, cela revient à quasi 0,1 % du PIB du Royaume-Uni. Pour parvenir à réaliser l'objectif, consistant à ce que l'accès aux soins de santé soit considéré comme un droit de l'homme, tous les pays donateurs devront suivre l'exemple et convenir ensemble de la manière dont ils coordonneront leurs efforts.

Il est dès lors essentiel de coordonner les initiatives internationales et les programmes nationaux.

*
* *

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. wijst op het feit dat het recht op gezondheid een mensenrecht is en de toegang tot basisgezondheidszorg een essentiële voorwaarde om dat recht te realiseren;

B. attendeert op de verschillende Europese initiatieven en de wenselijkheid deze initiatieven te bundelen in het kader van de *Paris Declaration on Aid Effectiveness*;

C. benadrukt dat staten de primaire verantwoordelijkheid dragen in de realisering van het recht op gezondheid voor hun inwoners, wat onder meer een minimum financieel engagement van 3 % van het BBP inhoudt;

D. wijst op de secundaire verantwoordelijkheid in hoofde van staten die over voldoende middelen beschikken om andere arme staten bij te staan in hun inspanning om het recht op gezondheid te realiseren;

E. geeft aan dat basisgezondheidszorg minstens 40 dollar per persoon per jaar kost;

F. is zich bewust van het feit dat enkel landen met een BBP per capita van 1 300 dollar financieel in de behoefte aan basisgezondheidszorg voor hun onderdanen kunnen voldoen, en voortvloeiend uit deze constatering, dat het streven naar financiële zelfredzaamheid wat betreft de armste landen daarom voorlopig moet worden opgeborgen;

G. wijst op de noodzaak aan duurzaamheid van de internationale hulp ook wat betreft de wederkerende uitgaven;

H. herinnert aan het engagement genomen in het kader van de MDG's om 0,7 % van het BBP aan internationale samenwerking te besteden;

Vraagt de federale regering :

1. haar engagement om 0,7 % van het BBP aan buitenlandse hulp te besteden te herbevestigen en alle andere hoge-inkomenslanden (« high-income countries ») op te roepen om hetzelfde te doen;

2. zich te engageren om 15 % van haar buitenlandse hulp te besteden aan gezondheidszorg (gecombineerd : 0,1 % van het BBP) en alle andere hoge-inkomenslanden op te roepen om hetzelfde te doen;

3. te bevestigen dat deze engagementen duurzaam zijn (dus niet aflopen in 2015 of 2020), zodat het streven naar financiële zelfredzaamheid van ontvangende of rechthebbende landen niet noodzakelijk is, voor zover die landen zich engageren om zelf hun uiterste best te doen zoals onder punt 4 geformuleerd;

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

A. soulignant que le droit à la santé est un droit de l'homme et que l'accès aux soins de santé de base est une condition essentielle à la réalisation de ce droit;

B. attirant l'attention sur les différentes initiatives européennes et sur l'opportunité de les unir dans le cadre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide;

C. mettant l'accent sur le fait que les États assument la responsabilité première de la réalisation du droit à la santé de leurs habitants, ce qui implique notamment un engagement financier minimum de 3 % du PIB;

D. mettant en lumière la responsabilité secondaire qui incombe aux États disposant de moyens suffisants pour assister d'autres États pauvres dans leur effort en vue de la réalisation du droit à la santé;

E. indiquant que le coût annuel des soins de santé de base est d'au moins 40 dollars par personne;

F. conscient du fait que seuls des pays ayant un PIB de 1 300 dollars par habitant sont financièrement en mesure de répondre aux besoins en soins de santé de base de leurs ressortissants, et qu'il résulte de cette constatation que les pays les plus pauvres doivent renoncer momentanément à leur volonté d'autonomie financière;

G. indiquant la nécessité de la durabilité de l'aide internationale, y compris pour ce qui est des dépenses récurrentes;

H. rappelant l'engagement pris dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement de consacrer 0,7 % du PIB à la coopération internationale;

Demande au gouvernement fédéral :

1. de confirmer à nouveau son engagement de consacrer 0,7 % du PIB à l'aide extérieure et d'appeler tous les autres pays à haut revenu à faire de même;

2. de s'engager à consacrer 15 % de son aide extérieure aux soins de santé (combinée : 0,1 % du PIB) et d'appeler tous les autres pays à haut revenu à faire de même;

3. de confirmer que ces engagements s'inscrivent dans la durée (c'est-à-dire qu'ils ne prennent pas fin en 2015 ou 2020), de sorte que les pays bénéficiaires ne doivent pas chercher à atteindre l'autonomie financière, pour autant qu'ils s'engagent à faire de leur mieux tel que visé au point 4;

4. zich ten volle in te spannen om alle landen ervan te overtuigen dat ze ernaar streven om minstens 3 % van hun BBP — uit eigen middelen — te besteden aan gezondheidszorg in hun strijd om het recht op gezondheid te realiseren;

5. actief de andere hoge-inkomenslanden (conform de classificatie van de Wereldbank) uit te nodigen om een belangrijk gedeelte van de buitenlandse hulp te verzamelen in de vorm van een Wereldgezondheidsfonds naar het model van het reeds bestaande Wereldfonds ter bestrijding van aids, tuberculose en malaria;

6. in beschouwing te houden dat dit Wereldfonds ter bestrijding van aids, tuberculose en malaria eventueel als basis voor een Wereldgezondheidsfonds kan dienen;

7. als waarnemer aansluiting te zoeken bij de bestaande nationale initiatieven zoals het *Providing for Health Initiative* van Duitsland, de *Global Campaign for the Health Millennium Goals* van Noorwegen, het *International Health Partnership* van het Verenigd Koninkrijk, het *Catalytic Initiative to Save a Million Lives* van Canada, de *Couverture Maladie Universelle* van Frankrijk en andere gelijkaardige initiatieven in die functie telkens te wijzen op de verschillende gelijklopende initiatieven en aan te dringen op een overkoepelend gecoördineerd systeem (onder leiding van de Wereldgezondheidsorganisatie, UNAIDS en andere VN-organisaties), dat streeft naar een enkelvoudig financieringssysteem, — liefst gebruik makend van een reeds bestaand financieringssysteem — hier genoemd een « Wereldgezondheidsfonds »;

8. deze gezamenlijke inspanning te beschouwen als een manier om het recht op gezondheid te realiseren en om de Millenniumdoelstellingen op het vlak van gezondheid te behalen en als een stap op weg naar een globale sociale zekerheid — ongeacht het gekozen ideologisch model: hetzij Beveridge, hetzij Bismarck of een (ander) gemengd model —, waarbij België een voortrekkersrol kan opnemen;

9. de oprichting van een Wereldgezondheidsfonds als doelstelling op te nemen in de nationale wetgeving.

30 april 2008.

Marleen TEMMERMAN.
Sabine de BETHUNE.
Margriet HERMANS.
Olga ZRIHEN.
Jean-Paul PROCUREUR.
Josy DUBIÉ.

4. de faire le maximum afin de convaincre tous les pays de consacrer au moins 3 % de leur PIB — sur leurs ressources propres — aux soins de santé dans leur lutte en vue de réaliser le droit à la santé;

5. d'inviter les autres pays à haut revenu (conformément à la classification de la Banque mondiale) à rassembler une part importante de l'aide extérieure dans un Fonds mondial de la santé à l'instar du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme qui existe déjà;

6. de considérer que ce Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pourrait servir de base à un Fonds mondial de la santé;

7. de chercher à adhérer, en qualité d'observateur, aux initiatives nationales existantes telles que la *Providing for Health Initiative* allemande, la *Global Campaign for the Health Millennium Goals* norvégienne, l'*International Health Partnership* britannique, l'Initiative pour sauver un million de vies canadiennes, la *Couverture Maladie Universelle* française et à d'autres initiatives du même genre; dans le cadre de cette fonction, d'attirer systématiquement l'attention sur les différentes initiatives similaires et d'insister sur la création d'un système global coordonné (sous la direction de l'Organisation mondiale de la santé, de l'ONUSIDA et d'autres organisations de l'ONU), chargé, en utilisant de préférence un système de financement existant, d'œuvrer pour un système de financement unique, appelé en l'occurrence « Fonds mondial de la santé »;

8. de considérer cet effort commun comme une manière de réaliser le droit à la santé et d'atteindre les objectifs du millénaire dans le domaine de la santé, et comme une étape vers une sécurité sociale mondiale, indépendamment du modèle idéologique choisi, que ce soit le modèle Beveridge, le modèle Bismarck ou un (autre) modèle mixte, et dans le cadre duquel la Belgique peut assumer un rôle pionnier;

9. d'inscrire l'objectif de la création d'un Fonds mondial de la santé dans la législation nationale.

30 avril 2008.