

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

11 avril 2005

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant l'accès universel aux antirétroviraux
et la gratuité de la prise en charge médicale
du sida dans les pays en développement**

(déposée par M. Yvan Mayeur,
Mmes Colette Burgeon,
Maire-Claire Lambert, MM. Mohammed
Boukourna, Patrick Moriau et Jean-Pol Henry)

SOMMAIRE

1. Développements	3
2. Proposition de résolution	17

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

11 april 2005

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de universele toegang tot
antiretrovirale middelen en de
gratis verzorging van aids in
de ontwikkelingslanden**

(ingediend door de heer Yvan Mayeur, de
dames Colette Burgeon en
Marie-Claire Lambert, en de heren
Mohammed Boukourna, Patrick Moriau en
Jean-Pol Henry)

INHOUD

1. Toelichting	3
2. Voorstel van resolutie	17

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>Vlaams Belang</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif

QRVA : Questions et Réponses écrites

CRIV : Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)

CRABV : Compte Rendu Analytique (couverture bleue)

CRIV : Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
(PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)

PLEN : Séance plénière

COM : Réunion de commission

MOT : Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer

QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden

CRIV : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)

CRABV : Beknopt Verslag (blauwe kaft)

CRIV : Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)
(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)

PLEN : Plenum

COM : Commissievergadering

MOT : Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Une coalition d'ONG, d'économistes de la santé et d'experts a lancé, le 14 décembre 2004, la déclaration «*Free by five*». C'est un simple appel qui brise un tabou. Celui de la gratuité des traitements et des soins associés contre le sida pour tous les patients des pays en développement, sans lequel l'accès universel resterait une utopie de plus.

La déclaration «*Free by five*» est à mettre en écho au plan «*Three by five*» initié, en 2003, par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et qui vise à mettre trois millions de malades du sida sous ARV (antirétroviraux) d'ici à 2005. Un pari mobilisateur mais qui, au rythme actuel, ne sera pas tenu. Combien ont réellement accès aux soins? Plus de 600.000 selon l'OMS ou au moins 200.000 comme l'estime «Médecins Sans Frontières» (MSF). Ce que l'on sait, c'est que plus de vingt ans après le début de la pandémie, 20 millions de morts plus tard, moins de 5% des malades sont traités.

Seule la gratuité des soins pourrait, disent les signataires de l'appel, permettre de changer d'échelle.

La déclaration «*Free by 5*», initiée par le *Health Economics and HIV/AIDS Research Division* (HEARD) de l'Université du KwaZulu-Natal, a rapidement bénéficié du soutien d'acteurs et d'organisations clés à travers le monde. A ce jour, près de 600 personnes ont signé cette déclaration pour montrer leur soutien. Parmi les signataires figurent de nombreux experts en santé publique, économistes et responsables politiques réputés, parmi lesquels Stephen Lewis (Envoyé spécial des Nations unies pour le VIH/SIDA en Afrique), Helene Rossert (Directrice générale de AIDES-France et vice-Présidente du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme), et Gorik Ooms (Directeur général de Médecins sans Frontières-Belgique).

Les auteurs de la présente proposition de résolution reprennent ici les principaux arguments développés par les instigateurs de l'appel «*Free by five*» et qu'ils font leurs.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Een verbond van ngo's, gezondheidseconomen en deskundigen heeft op 14 december 2004 de verklaring «*Free by five*» uitgebracht. Het is een gewone oproep die een taboe doorbreekt, namelijk dat de behandeling en de verzorging van aids voor alle patiënten in de ontwikkelingslanden gratis moet zijn, omdat zonder die kosteloosheid de universele toegang een zoveelste wensdroom zou blijven.

De «*Free by five*»-verklaring moet worden gelezen in het licht van het plan «*Three by five*» dat in 2003 werd opgezet door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en dat tot doel heeft tegen 2005 aan drie miljoen aids-patiënten antiretrovirale middelen (ARV's) toe te dienen. Dat is een gigantische uitdaging, maar tegen het huidige tempo dreigt de hele opzet te mislukken. Hoeveel mensen hebben daadwerkelijk toegang tot zorg? Meer dan 600.000 zoals de WGO voorhoudt of ten minste 200.000 zoals Artsen zonder Grenzen (AZG) aangeeft? Wel weten we dat meer dan twintig jaar na het begin van de pandemie en nadat 20 miljoen mensen eraan overleden zijn, minder dan 5% van de zieken wordt behandeld.

Volgens de ondertekenaars van de oproep kan alleen de kosteloosheid van de verzorging voor een schaalvergroting zorgen.

De «*Free by five*»-verklaring, waartoe de *Health Economics and HIV/AIDS Research Division* (HEARD) van de Universiteit van KwaZulu-Natal de aanzet heeft gegeven, heeft al spoedig wereldwijd de steun gekregen van belangrijke actoren en organisaties. Thans hebben nagenoeg 600 mensen die verklaring ondertekend bij wijze van steunbetuiging. Onder hen zijn er tal van deskundigen inzake volksgezondheid, economen en vermaarde politici, onder wie Stephen Lewis (bijzonder gezant van de Verenigde Naties voor HIV/AIDS in Afrika), Hélène Rossert (directeur-generaal van AIDES-France en ondervoorzitster van GFATM) en Gorik Ooms (directeur-generaal van Artsen zonder Grenzen-België).

De indieners van dit voorstel van resolutie nemen hier de voornaamste argumenten over die de initiatiefnemers van de oproep «*Free by five*» naar voren hebben gebracht en maken ze tot de hunne.

A savoir:

«INTRODUCTION

La nécessité de proposer une prise en charge médicale, en particulier des programmes d'accès aux ARV, aux personnes vivant avec le VIH dans les pays à ressources limitées, fait aujourd'hui consensus.

En juin 2001, la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida a adopté à l'unanimité une déclaration d'engagement qui reconnaît que «l'efficacité de la prévention des soins et de la prise en charge médicale exigera des changements de comportements et une disponibilité accrue et un accès non-discriminatoire (...) aux médicaments, y compris les thérapies antirétrovirales.»¹

En 2004, le consensus des économistes de Copenhague a identifié la lutte contre le sida comme la première priorité pour améliorer le bien-être général, justifiant ce choix par le fait que «l'ampleur et l'urgence du problème – particulièrement en Afrique où le sida menace des sociétés entières d'effondrement – sont extrêmes»². Le Consensus accorde la plus haute priorité à la prévention du VIH/sida. Nous affirmons que la prise en charge médicale est essentielle pour éviter «l'effondrement des sociétés» vu le nombre de personnes déjà infectées.

L'accès aux soins est justifié par des arguments économiques et par le respect des Droits de l'Homme. Les sociétés vont à la catastrophe si nous ne le mettons pas en œuvre.

L'OMS a fixé pour objectif que trois millions de personnes aient accès aux traitements à la fin de l'année 2005. Bien sûr, des questions essentielles se posent avec le changement d'échelle de l'accès aux soins. Les débats concernant le coût, les acteurs et les modalités de cette initiative sont en cours, et nous avons encore beaucoup à apprendre. Comment ces programmes peuvent-ils améliorer la fréquentation des structures de santé? Comment peuvent-ils atteindre les populations les plus pauvres et les plus vulnérables³ ⁴? Comment peuvent-ils parvenir à un haut degré d'observation afin d'éviter l'apparition de résistances?

¹ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, «Declaration of commitment on HIV/AIDS», A/RES/S-26/2, 27 juillet 2001, article 23 p.4.

² http://www.copenhagenconsensus.com/Files/Filer/CC/Press/UK/copenhagen_cibsebsys_resykt_FINAL.pdf

³ Holmes, Wendy, «3 by 5, but at what cost» dans le *Lancet*, vol 363 27 mars 2004, pp 1072 - 1073

⁴ Mukherjee, Joia, «Basing treatment on rights rather than ability to pay», dans le *Lancet*, vol 363 27 mars, pp 1071-1072.

Het gaat met name om:

«INTRODUCTION

There is consensus on the necessity for providing healthcare in general, and ARV programs in particular, for HIV positive people in resource-poor settings.

In June 2001, the United Nations General Assembly Special Session on HIV / AIDS unanimously adopted a Declaration of Commitment recognizing that: «effective prevention, care and treatment will require behavioural changes and increased availability of and non-discriminatory access to (...) drugs, including anti-retroviral therapy, diagnostics and related technologies.»¹.

In 2004 heeft de Consensus van economen van Kopenhagen de strijd tegen aids onderkend als de eerste prioriteit om het algemeen welzijn te verbeteren. Die keuze is verantwoord doordat de omvang en de urgentie van het probleem – in het bijzonder in Afrika, waar aids hele samenlevingen met de ondergang bedreigt – uiterst groot zijn². Voor de Consensus heeft de preventie van HIV/aids de hoogste prioriteit. Zij verklaren dat de verzorging essentieel is om de «ondergang van de samenlevingen» te voorkomen, gelet op het aantal reeds besmette personen.

De toegang tot zorg wordt verantwoord door economische argumenten en door de eerbiediging van de Rechten van de Mens. Als aan een en ander geen toepassing wordt verleend, steunen de samenlevingen af op een catastrofe.

Het oogmerk van de WGO is dat tegen eind 2005 drie miljoen mensen toegang moeten hebben tot de behandelingen. Uiteraard gaat de wijziging in de schaalvergroting inzake toegang tot zorg gepaard met essentiële vragen. De debatten over de kosten, de actoren en de nadere regels van dat initiatief zijn aan de gang en wij hebben nog veel te leren. Hoe kunnen die programma's het regelmatig bezoeken van de zorgvoorzieningen verbeteren? Hoe kunnen ze de armste en kwetsbaarste bevolkingsgroepen bereiken³ ⁴? Hoe kunnen ze leiden tot een hoge graad van therapietrouw teneinde het optreden van resistentie te voorkomen?

¹ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, «Declaration of commitment on HIV/AIDS», A/RES/S-26/2, 27 juli 2001, artikel 23, blz. 4.

² http://www.copenhagenconsensus.com/Files/Filer/CC/Press/UK/copenhagen_cibsebsys_resykt_FINAL.pdf

³ Holmes, Wendy, «3 by 5, but at what cost», in *The Lancet*, vol. 363, 27 maart 2004, blz. 1072 – 1073.

⁴ Mukherjee, Joia, «Basing treatment on rights rather than ability to pay», in *The Lancet*, vol. 363, 27 maart, blz. 1071-1072.

Certes, nous faisons face à de nombreuses questions, mais nous avons aussi des certitudes. Cette déclaration expose un principe que nous devrions tous adopter et mettre en œuvre: le principe de la gratuité d'un ensemble minimum de soins complet pour toutes les personnes vivant avec le VIH.

Y A-T-IL DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES EN MATIERE DE GRATUITE OU D'ACCESSIBILITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE?

La stratégie de l'OMS «Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir» publiée en 2003 recommandait que les ARV soient «accessibles». Si le document précise de façon implicite que les médicaments devraient être gratuits pour les démunis, la signification réelle de l'accessibilité et la définition de la pauvreté n'y sont pas précisées⁵.

La révision 2003 des recommandations thérapeutiques de l'OMS⁶ affirme qu'il faudrait «dispenser les médicaments gratuitement à ceux qui auront le moins facilement accès au traitement à travers des subventions ou d'autres stratégies de financement», sans préciser qui sont ces patients.

En novembre 2003, la réunion de Lusaka avait pour objectif de définir des recommandations techniques et opérationnelles pour le changement d'échelle; ses participants ne sont pas parvenus à un consensus sur la gratuité des ARV. Le rapport indique que la plupart des participants considéraient que les ARV devaient être dispensés gratuitement aux personnes recevant le traitement, avec une minorité de participants mettant en garde contre le fait que cela soit inscrit comme principe⁷.

⁵ «L'introduction du traitement antirétroviral a été plus lente que prévue dans certaines situations à forte prévalence ce qui semble indiquer qu'il faut non seulement mettre des services de traitement antirétroviral à disposition de ceux qui en ont besoin en les rendant accessibles et abordables mais aussi stimuler la demande» et «il s'agit de mettre au point des mécanismes de financement durables qui évitent de réclamer aux pauvres une participation faux frais» dans «Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir, la stratégie de l'OMS, OMS, Genève 2003, pages 9 et 10.

⁶ «Scaling up ARV therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach», OMS, Genève, 2003, page 34.

⁷ «Emergency scale up of antiretroviral therapy in resource limited settings: technical and operational recommendations to achieve three by five», Rapport de la réunion OMS/ONUSIDA de Lusaka, Zambie, 18-21 novembre 2003, p. 8

Er zijn inderdaad tal van vragen, maar er zijn ook zekerheden. In de verklaring van de Consensus wordt een principe uiteengezet dat we allen tot het onze zouden moeten maken en zouden moeten toepassen, met name dat van de kosteloosheid van een volledig minimumzorgpakket voor alle HIV-geïnfecteerden.

ZIJN ER INTERNATIONALE AANBEVELINGEN INZAKE DE KOSTELOOSHEID OF DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE VERZORGING?

De strategie van de WGO, die werd uiteengezet in het in 2003 gepubliceerde «Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir», omvatte de aanbeveling dat de ARV's «toegankelijk» moeten zijn. In dat document wordt weliswaar impliciet aangegeven dat de geneesmiddelen gratis zouden moeten zijn voor de minstbedeelden, maar de werkelijke betekenis van de toegankelijkheid en de omschrijving van de armoede worden niet erin gepreciseerd⁵.

In 2003 stelde de WGO haar therapeutische aanbevelingen bij, door te poneren dat gratis geneesmiddelen zouden moeten worden verstrekt aan patiënten die, op grond van de vigerende subsidieregelingen of andere financieringsstrategieën, minder makkelijk aanspraak maken op een behandeling⁶. Wel werd er niet bij gezegd over welke patiënten het precies gaat.

In november 2003 vond de bijeenkomst van Lusaka plaats, met als doel technische en operationele aanbevelingen te formuleren voor een op een andere leest geschoeide aanpak. De deelnemers aan de bijeenkomst zijn er echter niet in geslaagd tot een consensus te komen over de vraag of ARV's al dan niet gratis moeten worden verstrekt. In het verslag staat te lezen dat de meeste deelnemers voorstander waren van het gratis verstrekken van ARV's aan patiënten die een dergelijke behandeling volgen, terwijl een minderheid waarschuwde voor de gevolgen indien die gratis verstrekking als beginsel zou worden gehanteerd⁷.

⁵ «L'introduction du traitement antirétroviral a été plus lente que prévue dans certaines situations à forte prévalence ce qui semble indiquer qu'il faut non seulement mettre des services de traitement antirétroviral à disposition de ceux qui en ont besoin en les rendant accessibles et abordables mais aussi stimuler la demande» et «il s'agit de mettre au point des mécanismes de financement durables qui évitent de réclamer aux pauvres une participation faux frais», in «Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir, la stratégie de l'OMS», WGO, Genève 2003, blz. 9 en 10.

⁶ «Scaling up ARV therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach», WGO, Genève, 2003, blz. 34.

⁷ «Emergency scale up of antiretroviral therapy in resource limited settings: technical and operational recommendations to achieve three by five», verslag van de bijeenkomst van de WGO en UNAIDS in Lusaka, Zambia, 18-21 november 2003, blz. 8.

En janvier 2004, une consultation de l'OMS concluait que des stratégies devraient être développées pour dispenser les ARV gratuitement à ceux qui ont le moins de moyens (...). Cependant, si les systèmes de recouvrement des coûts s'avèrent inefficaces ou limitent l'accès aux soins, la dispensation gratuite pour tous devrait être envisagée⁸.

Les questions relatives à l'accessibilité, l'identification des bénéficiaires et les modalités de la gratuité de la prise en charge dans les pays à ressources limitées ne sont pas clairement abordées au niveau international.

LA SITUATION ACTUELLE: DE NOMBREUX PATIENTS DOIVENT FINANCER LEURS SOINS

Les premiers programmes mis en place, comme en Ouganda, demandaient aux patients de payer l'intégralité du coût du traitement⁹. Aujourd'hui il existe une grande variété de programmes et de modalités d'accès aux traitements; le Brésil, l'Ouganda et le Venezuela dispensent gratuitement les thérapies ARV, démontrant du même coup la faisabilité de la gratuité. En 2004, la Thaïlande a annoncé que les ARV seraient dispensés gratuitement. D'autres pays, comme l'Afrique du Sud, commencent à mettre en œuvre des programmes d'accès aux ARV où tous les besoins médicaux devraient être pris en charge.

Dans la plupart des pays à ressources limitées, cependant, l'accès aux soins n'est pas gratuit.

Au Sénégal, les ARV, la numération des CD4 et la charge virale sont gratuits, mais d'autres examens biologiques requis pour initier le traitement ARV¹⁰ sont

In januari 2004 leidde een raadplegingsronde binnen de WGO tot de conclusie dat strategieën moeten worden ontwikkeld om ARV's gratis ter beschikking te stellen aan de minstbedeelde patiënten. Verder werd echter ook gesteld dat, mocht blijken dat de regelingen voor de terugvordering van de kosten ondoeltreffend zijn of de toegang tot de zorgverlening beperken, het raadzaam zou zijn een veralgemeende gratis verstrekking in overweging te nemen⁸.

Op internationaal niveau is nog geen duidelijke gedragslijn bepaald over kwesties als de toegankelijkheid van de behandelingen, de identificatie van de begunstigten en de voorwaarden waaronder patiënten in arme landen aanspraak maken op gratis geneesmiddelen.

DE TOESTAND VANDAAG: VELE PATIENTEN MOETEN ZELF HUN BEHANDELING BETALEN

Bij de eerste zorgprogramma's die werden opgezet, zoals in Oeganda, moesten de patiënten zelf de volledige kostprijs van hun behandeling betalen⁹. Vandaag bestaan er tal van verschillende programma's en voorwaarden die de toegang tot de behandelingen regelen. Brazilië, Oeganda en Venezuela verstrekken gratis ARV-behandelingen, waarmee ze tegelijkertijd aantonen dat een gratis systeem werkt. In 2004 kondigde Thailand aan dat ARV's gratis zouden worden verstrekt. Andere landen, zoals Zuid-Afrika, beginnen nu met programma's om ARV's toegankelijker te maken, waarbij geneeskundige voorzieningen gratis zouden moeten zijn.

In de meeste arme landen moet men echter nog steeds betalen om aanspraak te maken op een behandeling.

In Senegal zijn ARV's, de telling van CD4-cellen en de bepaling van de virale belasting gratis; daarentegen moet er wél worden betaald voor de biologische onder-

⁸ «Strategies should be developed to provide ART free at the point of delivery to those who cannot afford it (...). However, if cost recovery schemes prove inefficient or obstructive to access, free delivery to all should be considered» dans «Consultation on ethics and equitable access to treatment and care for HIV/AIDS», Summary of issues and discussions, WHO/UNAIDS, Genève, 26-27 janvier 2004, p. 3

⁹ Katabira, Elly. (1977). «Les traitements antirétroviraux en Ouganda» dans OMS, *Les incidences des traitements antirétroviraux: Consultation informelle*, édité par Eric van Praag, Susan Fernyak et Alison Martin Katz, 119-124, Genève: OMS

¹⁰ Les examens permettant de détecter une anémie et d'évaluer le fonctionnement du foie et des reins.

⁸ «Strategies should be developed to provide ARV free at the point of delivery to those who cannot afford it (...). However, if cost recovery schemes prove inefficient or obstructive to access, free delivery to all should be considered», in: «Consultation on ethics and equitable access to treatment and care for HIV/AIDS - Summary of issues and discussions», WGO/UNAIDS, Genève, 26-27 januari 2004, blz. 3.

⁹ Katabira, Elly. (1977)., «Les traitements antirétroviraux en Ouganda», in: «Les incidences des traitements antirétroviraux: consultation informelle», uitg.: Eric van Praag, Susan Fernyak en Alison Martin Katz, blz. 119-124, WGO, Genève.

payants et constituent un obstacle majeur à l'accès aux ARV. Les examens et traitements des infections opportunistes sont également payants; certains patients, qui pourraient avoir gratuitement accès aux médicaments ARV, ne pouvant payer ni les tests pré-alables ni les traitements des infections opportunistes, en meurent.

Dans d'autres pays, les ARV sont fortement subventionnés, mais une contribution mensuelle est demandée aux patients; au Burkina Faso, les patients devraient contribuer à hauteur de 8.000 francs CFA par mois (12 euros); au Cameroun, le coût actuel pour les patients se situe en 15.000 et 28.000 FCFA (entre 23 et 43 euros)¹¹; le Niger, dans sa proposition au fonds mondial, prévoit une participation comprise entre 8.000 FCFA (12 euros) et 75.000 FCFA (114 euros) en fonction du niveau de revenu des patients.

Le coût des médicaments contre les infections opportunistes, des examens de laboratoire, des consultations et hospitalisations, doit encore être ajouté à ces montants.

Au Sénégal, les dépenses de santé à la charge des patients sous traitement ARV ont été évaluées en moyenne à 5.200 FCFA par mois (7,9 euros)¹², soit 95 euros par an, sans compter les ARV. L'Agence Nationale de Recherche sur le sida (ANRS) française, a estimé que la somme de 150 euros par an et par patient était nécessaire pour couvrir toutes les dépenses médicales, hors ARV et CD4¹³.

Ces exemples donnent une idée, imprécise toutefois, du poids des dépenses de santé dans le budget des patients et de leur famille.

zoeken die vereist zijn om de ARV-behandeling te kunnen starten, wat de toegang tot die behandeling aanzienlijk beperkt. Voor het onderzoeken en behandelen van opportunistische infecties moet eveneens worden betaald. Daardoor komt het dat sommige patiënten die weliswaar aanspraak maken op gratis ARV's, toch overlijden omdat zij niet bij machte zijn de voorafgaande tests en de behandeling van opportunistische infecties te betalen.

In andere landen worden ARV's fors gesubsidieerd, maar wordt van de patiënten wel een maandelijkse bijdrage gevraagd. In Burkina Faso bedraagt die 8.000 CFA frank (12 euro); in Kameroen betaalt de patiënt momenteel maandelijks tussen 15.000 en 28.000 FCFA (tussen 23 en 43 euro)¹⁰; Niger maakt in zijn voorstellen aan het Wereldgezondheidsfonds gewag van een eigen bijdrage die kan variëren van 8.000 FCFA (12 euro) tot 75.000 FCFA (114 euro) naar gelang van het inkomen van de patiënt.

Bovenop die bedragen komen nog de kostprijs van de geneesmiddelen tegen opportunistische infecties, de laboratoriumanalyses, de raadplegingen en de ziekenhuisopnames.

In Senegal worden de kosten voor patiënten die een ARV-behandeling volgen gemiddeld op maandelijks 5.200 FCFA (7,90 euro)¹¹ geraamd, wat neerkomt op 95 euro op jaarbasis, exclusief de prijs van de ARV's zelf. Het Franse *Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)* heeft uitgerekend dat jaarlijks per patiënt 150 euro nodig is om alle medische kosten - exclusief ARV's en CD4's - te dekken¹².

Die voorbeelden geven een - zij het onnauwkeurig - beeld van de mate waarin de uitgaven voor gezondheid doorwegen op het budget van de patiënten en hun gezin.

¹¹ Communication de Laura Ciaffi, MSF, sur la liste de diffusion e-med le 21 juin 2004

¹² Ceci inclut les coûts médicaux directs (coût des consultations, examens biologiques et radiologiques, hospitalisations et médicaments contre les infections opportunistes) et les frais de transport. Canestri, Ana (2002).

¹³ Ceci inclut le cotrimoxazole, la prophylaxie anti-tuberculeuse, les hospitalisations, les tests diagnostiques et le traitement des infections opportunistes sous réserve que les médicaments soient inscrits sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS – Voir la charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement, ANRS, mai 2002, <http://www.anrs.fr/index.php/articleview/695/1/127>

¹⁰ Mededeling van Laura Ciaffi in «e-med» (Franstalig forum voor de essentiële geneesmiddelen), *Médecins Sans Frontières*, 21 juni 2004.

¹¹ Dat bedrag omvat ook de directe geneeskundige kosten (raadplegingen, biologische en radiologische onderzoeken, ziekenhuisopnames, geneesmiddelen tegen opportunistische infecties) en de transportkosten. Canestri, Ana. (2002).

¹² Dat bedrag omvat cotrimoxazole, het voorkomen van tuberculose, ziekenhuisopnames, diagnostische tests en de behandeling van opportunistische infecties, met dien verstande dat de geneesmiddelen wel moeten voorkomen op de door de WGO opgestelde lijst van essentiële geneesmiddelen - zie het «Charte d'éthique de la recherche dans les pays en voie de développement», ANRS, mei 2002, <http://www.anrs.fr/index.php/articleview/695/1/127>.

POURQUOI LA GRATUITE DES SOINS EST-ELLE NECESSAIRE?

La participation des malades aux dépenses de santé pose de nombreux problèmes, plus aigus encore dans le cas du VIH. C'est pourquoi la prise en charge médicale gratuite du VIH/sida se justifie par de nombreux arguments de santé publique et éthiques.

Le recours aux structures de santé

Afin de toucher un nombre important de personnes, dont la plupart vit en dessous du seuil de pauvreté, et d'atteindre l'objectif de l'initiative 3x5, le traitement devra être gratuit. La gratuité des soins est un préalable à la réalisation de l'accès universel.

L'équité

Des recherches montrent que, même si la contribution demandée aux patients pour les ARV est faible, certains patients n'y ont pas accès parce qu'ils ne peuvent pas assumer ces coûts¹⁴. Prodiguer des soins gratuitement améliorera l'accès des plus démunis.

Nous avons pleinement conscience que la gratuité des traitements du VIH ne suffira pas pour parvenir à l'équité des programmes et qu'il restera encore beaucoup à faire, notamment pour la prise en compte des besoins des groupes les plus vulnérables. Mais la gratuité des soins est un préalable à la réalisation de l'équité.

L'efficacité

Les recherches menées au Sénégal montrent que les principales causes de non-observance sont les difficultés financières qui ont conduit à des interruptions de traitement¹⁵. Au Kenya, des patients ont dû interrompre leur traitement faute d'argent¹⁶. Or l'observance

WAAROM IS GRATIS ZORGVERLENING NOODZAKELIJK?

Het feit dat de zieken zelf hun gezondheidsuitgaven moeten betalen, doet tal van problemen rijzen die nog prangender zijn bij HIV-besmette patiënten. Daarom is het zowel uit het oogpunt van de volksgezondheid als om ethische redenen verantwoord dat de geneeskundige verzorging van HIV- en aids-patiënten gratis wordt gemaakt.

De toegankelijkheid van de zorgstructuren

De behandeling zou gratis moeten zijn om aldus een groot aantal mensen te kunnen bereiken van wie het overgrote deel onder de armoedegrens leeft. Tevens zou op die manier de doelstelling van het 3x5-initiatief worden verwezenlijkt. Het is onrealistisch te denken dat tegemoetkomingsprogramma's daartoe volstaan. Een universeel toegankelijke zorgverlening verkrijgt men pas door ze gratis te maken.

Billijkheid

Uit onderzoek blijkt dat zelf een kleine eigen bijdrage van de patiënt voor ARV's ertoe leidt dat sommige mensen uit de boot vallen omdat zij de kosten niet kunnen dragen¹³. Dankzij gratis zorgverlening krijgen ook de minstbedeelden makkelijker toegang.

Wij zijn er ons ten volle van bewust dat een gratis behandeling van HIV niet zal volstaan om de zorgprogramma's billijker te maken. Ook dan blijft er nog een lange weg af te leggen, zeker als we tegemoet willen komen aan de behoeften van de zwakste bevolkingsgroepen. Maar de zorgverlening kan pas billijk zijn als ze ook gratis is.

Efficiëntie

Onderzoek in Senegal toont aan dat financiële moeilijkheden de voornaamste oorzaak zijn van het niet volgen of het onderbreken van behandelingen¹⁴. Ook in Kenia hebben patiënten hun behandeling moeten stopzetten wegens geldgebrek¹⁵. Nochtans is het belang-

¹⁴ Desclaux Alice, «Equity in access to aids treatment in Africa: pitfalls among achievements» dans *Unhealthy Health initiatives: a critical anthropological examination*. Castro A, Singer M (eds), Altamira Press, Sept 04.

¹⁵ Lanièce, Isabelle et al. «Adherence to HAART and its principal determinants in a Cohort of Senegalese adults.» *AIDS* 17, supp. 3: S 103-S108.

¹⁶ «Aids Patient quitting treatment», *African Woman and Child Feature Services (Nairobi)*, All africa.com, envoyé le 30 septembre 2004.

¹³ Desclaux, Alice., «Equity in access to aids treatment in Africa: pitfalls among achievements», in: «Unhealthy Health initiatives: a critical anthropological examination», uitg.: Castro A., Singer M., Altamira Press, september 2004.

¹⁴ Lanièce, Isabelle., et. al., «Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults», *AIDS* 17, supp. 3: S103-S108.

¹⁵ «Aids patient quitting treatment», *African Woman and Child Feature Services (Nairobi)*, 30 september 2004.

doit être élevée pour éviter la survenue des résistances virales et assurer une efficacité à long terme pour le patient. La dispensation gratuite des traitements permettra une meilleure observance.

En outre, la gratuité des médicaments est le meilleur moyen de réduire la demande d'antirétroviraux sur le marché informel, leur mauvaise utilisation et les résistances virales qui en découlent, et de réduire le nombre de personnes ainsi perdues de vue. Enfin, la participation des patients aux frais de santé repousse leur quête de soins alors que, idéalement, les patients séropositifs doivent se présenter à un stade précoce de la maladie pour optimiser l'efficacité du traitement. La dispensation gratuite des soins contribuera à l'observance et à l'efficacité des traitements aux niveaux individuel et collectif.

La qualité

La participation des patients au coût des soins peut avoir d'autres conséquences négatives: des examens diagnostiques ne sont pas réalisés car les patients n'en ont pas les moyens; les soins prodigués aux malades hospitalisés sont repoussés jusqu'à ce qu'ils puissent financer des examens ou des soins complémentaires. La gratuité des soins en améliorera la qualité et réduira le délai de leur dispensation.

Nous sommes convaincus que la gratuité des soins est un préalable pour que les programmes de prise en charge médicale changent d'échelle, soient équitables et efficaces et fournissent une prise en charge de qualité.

LES SOINS DOIVENT-ILS ETRE GRATUITS POUR TOUS?

Certains pays demandent une participation aux patients, à l'exception des plus démunis ou de certaines populations qui ont accès gratuitement au traitement. L'OMS recommande la gratuité seulement pour les plus démunis¹⁷. Mais cette approche n'est pas équitable et ne permet pas non plus une utilisation rationnelle de ressources humaines limitées dans de nombreux contextes.

¹⁷ «Scaling up ARV therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach, OMS, Genève, 2003, page 34.

riek de behandeling voort te zetten om virusresistentie te voorkomen en ervoor te zorgen dat de behandeling zelf op lange termijn efficiënt is voor de patiënt. Dankzij gratiszorgverlening zullen de behandelingen beter worden gevolgd.

Bovendien zijn gratis geneesmiddelen de beste methode om te voorkomen dat op de informele markt naar antiretrovirale middelen wordt gezocht, dat die middelen verkeerd worden aangewend, dat er virusresistenties ontstaan en dat bepaalde patiënten over het hoofd worden gezien. Tot slot werkt een eigen bijdrage van de patiënt drempelverhogend, terwijl seropositieve patiënten er net belang bij hebben hun ziekte in een vroeg stadium te laten verzorgen zodat de behandelingen optimaal effect sorteren. Gratis zorgverlening zal ertoe bijdragen dat de behandelingen zowel individueel als collectief beter worden gevolgd en dus efficiënter worden.

Kwaliteit

Een eigen bijdrage van de patiënt kan nog andere negatieve gevolgen hebben: bepaalde diagnostische onderzoeken worden wegens geldgebrek niet uitgevoerd; de verzorging van in het ziekenhuis opgenomen patiënten wordt op de lange baan geschoven tot de betrokkenen de bijkomende onderzoeken of verzorging kunnen betalen. Gratis zorgverlening zal ertoe leiden dat de zorg kwalitatief beter wordt en ook minder lang moet worden toegediend.

De overtuiging heeft postgevat dat gratis zorgverstrekking een grondvereiste is, wil men de medische-tegemoetkomingsprogramma's zo aanpassen dat ze billijker, doeltreffender en kwaliteitsvoller worden.

MOET DE ZORGVERLENING VOOR IEDEREEN GRATIS ZIJN?

Sommige landen rekenen de patiënten een eigen bijdrage aan, behalve dan de minstbedeelden of bepaalde bevolkingsgroepen die wél aanspraak maken op gratis zorgverlening. De WGO beveelt aan om alleen de minstbedeelden recht te geven op gratis zorgverlening¹⁶. Die aanpak is echter niet billijk en verhindert een rationele inzet van de humane middelen, die in heel wat landen zo al beperkt zijn.

¹⁶ «Scaling up ARV therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach», WGO, Genève, 2003, blz. 34.

Les pauvres constituent la majorité

Dans les pays à revenus limités, les plus pauvres ne constituent pas une minorité ! Au Sénégal, 60% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté; au Botswana c'est 50,1% de la population, en Chine 47,3%, en Inde 79,9%, en Côte d'Ivoire 49,4%, au Nigeria 90,8% et en Ouganda 96,4%¹⁸. Si la vaste majorité de la population a droit à la gratuité, comment justifier un système d'exemptions qui sera coûteux à mettre en œuvre?

La participation financière aux soins accroît la vulnérabilité

Des recherches menées par des économistes montrent que le sida provoque un appauvrissement¹⁹. Le sida accroît les inégalités et les ménages touchés tombent dans une grande pauvreté. Au Kenya, la mort d'un chef de famille est associée à une baisse de 68% de la récolte familiale. Dans la province de Free State en Afrique du Sud, les dépenses alimentaires par personne étaient inférieures de 23 et 32% dans les ménages affectés en milieux urbain et rural par rapport aux ménages non affectés.

La mort et la maladie coûtent cher et exacerbent la pauvreté. Les personnes vivant avec le VIH sont généralement diagnostiquées après une longue quête thérapeutique qui a mobilisé toutes leurs ressources (et celle de leur famille au sens large); il leur est alors difficile de mobiliser des ressources supplémentaires. Au sein des ménages affectés, l'argent est consacré aux dépenses de santé des personnes vivant avec le VIH aux dépens d'autres utilisations telles que les dépenses de santé d'autres membres de la famille, l'éducation des enfants ou l'investissement²⁰. Même pour des maladies qui requièrent des soins simples et peu onéreux, il a été montré qu'une participation accrue des patients aux dépenses de santé a conduit des familles dans la pauvreté et a accentué la précarité des ménages déjà pauvres.

Demander aux patients de payer leur traitement va accroître la vulnérabilité économique des ménages affectés et accroître l'impact dévastateur du sida.

¹⁸ *The World Development Indicators*, the World Bank, 2003. Le seuil de pauvreté est défini à 2 \$ par jour.

¹⁹ Basia Zavan Alan Whiteside and J. Ties Boerma, *Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence*. AIDS 2004, 18 (suppl 0): 1-7.

²⁰ *The World Development Indicators*, the World Bank, 2003. Le seuil de pauvreté est défini à 2 \$ par jour.

De armen vormen de meerderheid

In de landen met beperkte inkomsten, vormen de armsten hoegenaamd geen minderheid! Zo leeft 60% van de Senegalese bevolking onder de armoedegrens. In Botswana bedraagt dat percentage 50,1%, in China 47,3%, in India 79,9%, in Ivoorkust 49,4%, in Niger 90,8% en in Uganda 96,4%¹⁸. Zo het overgrote deel van de bevolking recht heeft op een kosteloze behandeling, hoe zal men dan een systeem van vrijstellingen kunnen rechtvaardigen waarvan de uitvoering duur zal uitvallen?

De financiële bijdrage tot de zorgverlening verhoogt de kwetsbaarheid

Door economen uitgevoerd onderzoek toont aan dat aids tot verarming leidt.¹⁹ Aids doet de ongelijkheden toenemen en de getroffen gezinnen vervallen in een zeer armoedig bestaan. Zo leidt de dood van het gezinshoofd in Kenia tot een daling met 68% van de oogst die het gezin kan binnenhalen. In de *Free State* provincie in Zuid-Afrika lagen de uitgaven voor voeding per persoon in door aids getroffen gezinnen in stedelijk milieu 23% en op het platteland 32% lager ten opzichte van aidsvrije gezinnen.

Dood en ziekte kosten veel en verscherpen de armoede. Vooraleer bij met het HIV-virus besmette personen de juiste diagnose wordt gesteld, hebben zij doorgaans een lange therapeutische zoektocht achter de rug, waarin al hun financiële middelen en die van hun familie in de ruime betekenis van het woord zijn opgegaan. Voor hen is het dan moeilijk nog bijkomende middelen aan te spreken. Binnen de besmette gezinnen wordt het geld besteed aan de kosten voor gezondheidszorg aan de HIV-geïnfecteerden. Dat gaat dan ten nadele van andere uitgaven, zoals gezondheidsuitgaven voor andere leden van het gezin, de opvoeding van de kinderen of investeringen²⁰. Ook voor ziekten die eenvoudige en weinig dure medische hulpverlening vereisen, werd aangetoond dat een stijgende bijdrage van de patiënten aan de kosten voor gezondheidszorg sommige families in de armoede heeft gedompeld en de armoede van de gezinnen wier toestand reeds schrijnend was, nog heeft verergerd.

Als men de patiënten vraagt hun behandeling te betalen, zal dat de economische kwetsbaarheid van de getroffen gezinnen doen toenemen, zodat de aidsepidemie nog verwoestender kan toeslaan.

¹⁸ *The World Development Indicators*, the World Bank, 2003. De armoedegrens wordt vastgesteld op 2 USD per dag.

¹⁹ Basia Zavan Alan Whiteside en J. Ties Boerma, *Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence*. AIDS 2004, 18 (suppl 0): 1-7.

²⁰ *The World Development Indicators*, the World Bank, 2003. De armoedegrens wordt vastgesteld op 2 USD per dag.

L'équité ne peut pas être obtenue avec des exemptions

Les exemptions pour les pauvres sont difficiles à mettre en œuvre et peuvent conduire à des décisions arbitraires quant aux bénéficiaires. La définition même de la pauvreté peut être arbitraire. Puis, quand une définition a été adoptée, l'évaluation du revenu des personnes est très difficile, en particulier dans des contextes économiques où le secteur informel domine. Des études récentes ont montré que des systèmes incluant exemptions ou dérogations ne sont pas équitables parce que ces exemptions sont rarement offertes aux patients qui en auraient besoin et y auraient droit²¹. Enfin, ces systèmes peuvent aussi favoriser la corruption. Ces observations remettent en cause la capacité des systèmes fondés sur la «discrimination positive» en fonction du revenu, à assurer l'équité dans l'accès aux traitements.

Une autre possibilité est d'identifier des groupes spécifiques, comme les personnes appartenant à des associations de personnes vivant avec le VIH ou les femmes incluses dans les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. De telles décisions, qui ne sont pas fondées sur l'évaluation de la capacité à payer des individus, sont arbitraires et ne répondent pas aux besoins des populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

Les systèmes d'exemptions et de dérogations n'ont pas un bon rapport coût-efficacité

Enfin, le processus qui permet de définir qui aura ou n'aura pas accès gratuitement au traitement est consommateur de ressources: il requiert du temps, de l'argent et des ressources humaines, pour collecter des sommes relativement faibles. Les ressources humaines limitées pourraient être utilisées à d'autres fins (appui à l'observance, recherche des perdus de vue, etc.). De plus, le patient peut décéder ou être perdu de vue pendant ce processus. Contrairement à l'idée selon laquelle les soins gratuits seraient difficiles à mettre en œuvre dans de nombreux systèmes de santé, nous pensons que le fait de prodiguer des soins gratuits à tous les patients sera plus facile et d'un meilleur rapport coût-efficacité.

²¹ Basia Zaba, Alan Whiteside and J. Ties Boerma, *Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence, AIDS 2004, 18 (suppl 0): 1-7.*

Vrijstellingen leiden niet tot billijkheid

Het verlenen van vrijstellingen ten gunste van de armen is moeilijk in de praktijk te brengen en kan tot willekeur leiden bij de selectie van de begunstigden. De definitie zelf van armoede kan arbitrair zijn. Als dan eenmaal zo'n definitie is uitgewerkt, is het – vooral in economieën waarin het grijze circuit overheerst – vervolgens zeer moeilijk de inkomsten van de mensen in te schatten. Blijkens recente studies zijn systemen waarbij met vrijstellingen of afwijkingen wordt gewerkt, niet rechtvaardig omdat die vrijstellingen zelden worden verleend aan die patiënten die ze nodig hebben en er het meest recht op zouden hebben²¹. Ten slotte kunnen die systemen ook de corruptie in de hand werken. Uit die vaststellingen blijkt dat kanttekeningen kunnen worden gemaakt bij de mate waarin systemen die – rekening houdend met de inkomsten – op «positieve discriminatie» gebaseerd zijn, in staat zijn een billijke toegang tot de behandelingen te garanderen.

Een andere mogelijkheid is de opsporing van specifieke groepen, zoals de personen die deel uitmaken van verenigingen van HIV-patiënten of van vrouwen die deelnemen aan programma's ter preventie van de overbrenging van de ziekte van moeder op kind. Soortgelijke beslissingen, die niet gebaseerd zijn op de inschatting van de financiële draagkracht van het individu, zijn arbitrair en komen niet tegemoet aan de noden van de armste en meest kwetsbare bevolkingsgroepen.

De systemen inzake vrijstelling en afwijking vertonen geen goede kosten-batenverhouding

In het systeem om uit te maken of iemand al dan niet gratis toegang krijgt tot de behandeling, moet al bij al heel wat worden geïnvesteerd: het vereist tijd, geld en personele middelen om vrij geringe bedragen in te zamelen. De beperkte personele middelen zouden voor andere doeleinden kunnen worden aangewend (ondersteuning bij de patiëntenopvolging, opsporing van mensen van wie men het spoor bijster is geraakt enzovoort). Bovendien kan de patiënt tijdens dat proces overlijden of kan men hem uit het oog verliezen. In tegenstelling tot de algemeen gangbare idee als zou kosteloze medische hulpverlening moeilijk toepasbaar zijn in tal van gezondheidsstelsels, zijn wij de mening toegedaan dat het makkelijker zal zijn alle patiënten kosteloze gezondheidszorg te verstrekken, wat meteen een betere verhouding kosten/baten zal opleveren.

²¹ Basia Zaba, Alan Whiteside en J. Ties Boerma, *Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence, AIDS 2004, 18 (suppl 0): 1-7.*

Pour toutes ces raisons, nous pensons que les traitements doivent être dispensés gratuitement à toutes les personnes vivant avec le VIH, quelle que soit leur situation socio-économique.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX ARGUMENTS CONTRE LA GRATUITE ET POURQUOI NE SONT-ILS PAS RECEVABLES?

«Les gens doivent payer pour accorder de la valeur au traitement et être observants».

Les études conduites au Sénégal montrent exactement le contraire: plus les patients doivent payer, moins ils sont observants, car de nombreuses interruptions de traitement surviennent à cause de problèmes financiers. Cela a conduit le Président du Sénégal à rendre les ARV gratuits pour tous en décembre 2003.

«Il ne doit pas y avoir d'exception pour le sida».

Un des principaux arguments contre la gratuité dans le domaine du VIH est fondé sur le principe que ce qui ne peut pas être fait pour tous ne doit pas être fait du tout. Trois arguments peuvent être opposés à ce principe:

1. De fait, le sida fait exception comme l'a affirmé le Secrétaire Général des Nations Unies, Kofi Annan: «le VIH/sida est la pire épidémie que l'humanité ait jamais affrontée. Elle s'est répandue plus largement, plus rapidement et avec des conséquences à long terme plus catastrophiques que toute autre maladie. Son impact est devenu un obstacle dévastateur au développement²². Le caractère exceptionnel de l'épidémie justifie le caractère exceptionnel de la réponse. Le Directeur Général de l'OMS, Lee Jong-Wook, affirme que: «l'insuffisance de l'accès aux traitements antirétroviraux est une urgence médicale mondiale ... Pour dispenser les traitements antirétroviraux aux millions de personnes qui en ont besoin, nous devons changer notre façon de penser et notre façon d'agir».

2. D'autres pathologies sont prises en charge gratuitement dans divers pays (la tuberculose et la lèpre par exemple) si la santé publique le justifie.

²² Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, communiqué de presse du 15 janvier 2004

Om al die redenen vinden wij dat de behandelingen gratis moeten worden verstrekt aan alle met het HIV-virus besmette personen, ongeacht hun sociaal-economische toestand.

WAT ZIJN DE BELANGRIJKSTE ARGUMENTEN TEGEN GRATIS ZORGVERLENING EN WAAROM ZIJN ZE NIET ONTVANKELIJK?

«De mensen moeten betalen om de behandeling naar waarde te schatten en om therapietrouw te zijn».

Uit in Senegal verrichte studies blijkt net het tegendeel: hoe meer de patiënten moeten betalen, hoe minder zorgvuldig ze te werk gaan: velen staken immers de behandeling wegens financiële problemen. Dat heeft de president van Senegal er in december 2003 toe gebracht de ARV's gratis aan iedereen te verstrekken.

«Voor aids mag geen uitzondering worden gemaakt».

Eén van de voornaamste argumenten tegen de kosteloosheid in het domein van de HIV-besmetting is gebaseerd op het beginsel dat wat niet voor iedereen gedaan kan worden, niet gedaan hoeft te worden zonder meer. Drie argumenten kunnen tegen dat beginsel worden aangevoerd:

1. In feite is aids een uitzonderlijk fenomeen, zoals ook VN-secretaris, Kofi Annan heeft gesteld: «De besmetting met het HIV-aidsvirus vormt de allerergste epidemie die de mensheid ooit heeft gekend. Aids heeft zich op ruimere schaal en sneller verspreid dan enige andere ziekte en de gevolgen ervan op lange termijn zijn ook rampzaliger. Aids heeft een verwoestend effect voor de ontwikkeling²²» (vertaling). Het uitzonderlijke karakter van de epidemie rechtvaardigt een uitzonderlijk antwoord. De directeur-generaal van de WGO, Lee Jong-Wook, wijst er voorts op dat: «de onvoldoende ruime toegang tot antiretrovirale middelen op wereldvlak een probleem is dat met spoed behoort te worden aangepakt ... Om antiretrovirale middelen te verstrekken aan de miljoenen mensen die ze nodig hebben, moeten we onze manier van denken en onze manier van handelen veranderen». (vertaling)

2. Diverse landen voorzien voor bepaalde aandoeningen (zoals tuberculose en lepra) in een kosteloze behandeling zo de volksgezondheid zulks rechtvaardigt.

²² Kofi Annan, VN-secretaris-generaal, perscommuniqué van 15 januari 2004.

En ce qui concerne l'équité, «le plus petit dénominateur commun» ne doit pas être la règle. Ce n'est pas parce que nous ne pouvons prodiguer des soins gratuits immédiatement pour toutes les pathologies, que nous ne devons pas prodiguer des soins gratuits pour le plus grand nombre de pathologies possibles.

«La contribution des patients est nécessaire à la pérennisation des programmes d'accès aux traitements».

Certaines personnes estiment que la contribution des patients est importante pour garantir la pérennisation des programmes d'accès aux traitements. Pourtant il est improbable que cette contribution soit importante au regard de l'ensemble des coûts dans les pays à ressources limitées. L'expérience sénégalaise montre que 10% seulement du coût des médicaments était payé par les patients, et ceci ne tient pas compte d'autres coûts tels que ceux du personnel médical, des formations, du service social, etc. Le seul moyen de garantir la pérennisation est d'obtenir des engagements à long terme des bailleurs de fonds et une affectation appropriée des ressources nationales.

«Le système de santé va être débordé par les personnes affluant d'autres pays»

En Guyane française (Amérique du Sud), des patients traversent les frontières en quête de traitement. Il semble que cela soit aussi le cas au Botswana. C'est pourquoi la question de l'équité doit être traitée aux niveaux régional et international: des initiatives d'accès aux traitements comparables sur le plan régional sont un moyen d'éviter ces mouvements de population.

«La participation financière permet d'éviter une consommation excessive de soins de santé».

Cet argument est fondé sur l'expérience des pays riches – où la demande de soins est illimitée. Nous avons peu de signes d'une «consommation excessive» dans les pays pauvres. Par ailleurs, veut-on limiter la prise en charge médicale du sida? Précisément non: l'enjeu est justement de parvenir à améliorer le recours aux traitements ARV.

Par exemple, en Zambie, 4.000 patients seulement étaient sous traitement à la fin de l'année 2003 alors que le programme prévoyait la prise en charge de 10.000

In verband met het rechtvaardigheidsaspect kan er niet van worden uitgegaan dat de «kleinste gemene deler» de regel is. Het is niet omdat niet voor alle ziekten onmiddellijk een gratis behandeling voorhanden is, dat geen gratis behandeling kan worden geboden voor een zo groot mogelijk aantal ziekten.

«Een patiëntenbijdrage is nodig om duurzame programma's inzake de behandeling van HIV/aids te waarborgen».

Sommige mensen vinden een patiëntenbijdrage belangrijk om de duurzaamheid van de behandelingsprogramma's te waarborgen. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit in milieus met beperkte hulpbronnen een aanzienlijk deel van de totale kosten zal opvangen. De Senegalese ervaring toont aan dat maar 10% van de geneesmiddelenkosten door de patiënten werd betaald, en daarbij werd geen rekening gehouden met andere kosten, zoals medisch personeel, opleiding, sociale diensten enzovoort. De enige manier om duurzaamheid te garanderen, is te verkrijgen dat de schenkers langetermijnverbintenissen aangaan, alsook dat de nationale hulpbronnen adequaat worden aangewend.

«De gezondheidsregeling zal worden overstelpt door mensen uit andere landen».

In Frans-Guyana (Zuid-Amerika) steken mensen de grens over in hun zoektocht naar behandeling. Er zijn aanwijzingen dat dit ook in Botswana voorkomt. Daarom moet het rechtvaardigheidsvraagstuk op het internationale en het regionale vlak worden aangepakt: vergelijkbare regionale initiatieven inzake behandeling zijn mogelijk essentieel om dit soort migraties te voorkomen.

«Financiële bijdragen voorkomen buitensporige consumptie in de gezondheidszorg».

Dat argument is gebaseerd op de ervaring van de rijke landen — waar op de vraag naar gezondheidszorg geen rem staat. Er zijn weinig aanwijzingen voor «buitensporige consumptie» in de arme landen. Maar willen wij dan de consumptie van aids-behandelingen inperken? Juist niet: de uitdaging is net te komen tot een bevordering van de behandeling met ARV's.

In Zambia waren er eind 2003 bijvoorbeeld maar 4.000 patiënten in behandeling, terwijl in het programma het streefcijfer 10.000 was opgenomen. Een van de

personnes. Une des raisons pourrait en être le coût des examens de laboratoire requis pour initier le traitement (70\$ pour la charge virale et la numération des CD4 prescrits par les médecins) et le coût des ARV (10\$ par mois)²³. Au Kenya, le coût des tests de laboratoire est un obstacle à l'inclusion dans le programme²⁴.

Ainsi, les arguments opposés à la gratuité des soins ne résistent pas à l'analyse.

QUELS SONT LES SOINS QUI DOIVENT ETRE GRATUITS?

Pour que la prise en charge médicale soit gratuite, il faut que la gratuité aille au-delà des seuls médicaments. Il importe de définir ce qui doit être gratuit par des recherches approfondies, une réflexion et des recommandations internationales. A ce stade, nous proposons un ensemble minimum de soins qui devrait être disponible gratuitement au sein du système de santé publique.

Il doit inclure:

- les tests de dépistage du VIH;
- les consultations avec le personnel médical;
- les examens de laboratoire (suivant les recommandations de l'OMS ou les recommandations nationales si elles sont plus larges);
- les hospitalisations;
- le traitement des infections opportunistes courantes;
- les traitements prophylactiques;
- les antirétroviraux.

Nous reconnaissons que des choix devront être faits. Par exemple, dans de nombreux pays aujourd'hui, une ou deux combinaisons d'ARV seulement sont disponibles; peu d'examens de laboratoires sont utilisés, etc. Mais ces choix pourront être révisés en fonction des changements de prix et des améliorations technologiques²⁵.

²³ «Access to Treatment and ARV Uptake in Zambia», Namposya – Serpell, Plusnews, 11 mai 2004.

²⁴ «Aids Patient quitting treatment», African Woman and Child Feature Services (Nairobi), All africa.com. envoyé le 30 septembre 2004.

²⁵ L'économiste John Kenneth Galbraith disait «Quand les données changent, je change d'opinion. Que faites-vous?»

²⁶ WHO/UNAIDS Estimated funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 («3 by 5») Bulletin numéro 1: estimations du 31 décembre 2003.

²⁷ ONUSIDA, *Financing the expanded response to AIDS*, Juillet 2004, p. 11

oorzaken ligt mogelijk in de kosten van de laboratorium-onderzoeken vóór met de therapie kan worden begonnen (70 dollar voor een test — virale belasting en CD4 — op voorschrift van een arts), en in de ARV-kosten (10 dollar per maand)²³. Ook in Kenia doen de kosten van de laboratoriumtests de mensen afzien van deelname aan het programma²⁴.

Om deze redenen vervallen de argumenten tegen gratis verzorging.

WAT MOET GRATIS ZIJN?

Gratis verzorging zal meer geneesmiddelen vergen. De vraag wat precies gratis moet zijn, vormt een vraagstuk op zich en behoeft verder onderzoek, reflectie, en internationale richtlijnen. In dit stadium wordt een minimumpakket voorgesteld, dat in de openbare gezondheidszorg vrij beschikbaar zou moeten zijn.

Dat pakket zou moeten omvatten:

- de HIV-tests;
- de raadplegingen bij het medisch personeel;
- de laboratoriumonderzoeken (volgens de WGO-richtlijnen of volgens de nationale medische richtlijnen, als die meer omvatten);
- de opname;
- de behandeling van banale infecties;
- de profylactische verzorging;
- de ARV's.

Er zullen hoe dan ook keuzes moeten worden gemaakt. Zo zijn in de meeste landen momenteel maar één of twee combinaties van ARV-behandelingen mogelijk; er mogen maar weinig laboratoriumonderzoeken aan te pas komen enzovoort. Maar zulks moet worden gevolgd, omdat de prijzen veranderen en de technieken verbeteren²⁵.

²³ «Access to Treatment and ARV Uptake in Zambia», Namposya Nampanya-Serpell, Plusnews, 11 mei 2004.

²⁴ «Aids Patient quitting treatment», African Woman and Child Feature Services (Nairobi), All africa.com, 30 september 2004.

²⁵ Men denke hier aan wat de beroemde econoom John Kenneth Galbraith heeft gezegd: «When the facts change, I change my mind. What do you do?».

²⁶ WHO/UNAIDS Funding Gap Working Group, «Estimated funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 («3 by 5»)», Bulletin Number 1: Estimates as of 31 December 2003, WGO/UNAIDS.

²⁷ UNAIDS, «Financing the expanded response to AIDS», Juli 2004, blz. 11.

QUI FINANCERA?

Le coût total de l'initiative 3x5 se situe entre 5,4 et 6,4 milliards de dollars pour 2004 et 2005²⁶. ONUSIDA estime que le budget nécessaire pour les soins et le traitement en 2005 est de 3,8 milliards de dollars, et atteindra 6,7 milliards de dollars en 2007²⁷. Ces montants ne seront pas modifiés par la mise en œuvre de la gratuité.

La contribution des patients est marginale par rapport au coût global des programmes, car leur capacité financière est très limitée dans un contexte de pauvreté généralisée. Pour cette raison, la mise en œuvre de la gratuité ne changera pas radicalement le niveau de contribution des financeurs (bailleurs de fonds, gouvernements, ...).

Le financement de la réponse à l'épidémie de sida est un enjeu majeur, mais il ne sera pas plus important si les soins sont gratuits.

Nous notons avec beaucoup d'inquiétude que le déficit de financement pour fournir un paquet de soins complet était de plus de 2,5 milliards de dollars pour les années 2004 et 2005²⁸ en décembre 2003 et qu'il augmentera dans les années à venir. C'est pourquoi nous demandons aux bailleurs de fonds internationaux et aux différents partenaires de financer l'ensemble minimum de soins par des engagements à long terme.

Par ailleurs, nous attendons des pays à ressources limitées qu'ils contribuent de façon adéquate. En avril 2001, à Abuja, les dirigeants africains se sont engagés à allouer 15% des dépenses publiques à la santé. La première conférence des ministres de la Santé de l'Union Africaine, à Tripoli en avril 2003, a approuvé la stratégie de santé du NEPAD, qui confirme les objectifs d'Abuja et vise à développer les programmes de contrôle des maladies transmissibles. Les dirigeants africains ont souscrit à ces engagements et doivent maintenant s'assurer qu'ils sont mis en œuvre.

WIE ZORGT VOOR DE FINANCIERING?

Alleen al voor het «3 by 5»-initiatief zal voor de jaren 2004 en 2005 in totaal 5,4 tot 6,4 miljard dollar nodig zijn²⁰. UNAIDS raamt de kosten voor behandeling en verzorging in 2005 op 3,8 miljard dollar en verwacht een toename tot 6,7 miljard in 2007²¹. De bedragen die op het spel staan, zullen niet veranderen als kosteloze behandeling wordt ingevoerd.

De bijdragen van de patiënten in de totale kosten van de programma's zijn marginaal, omdat ze in een context van algemene armoede maar heel weinig kunnen betalen. Daarom zal de verwezenlijking van kosteloze verzorging geen dramatische veranderingen tot gevolg hebben voor het niveau van de bijdragen dat aan andere financiers wordt gevraagd (schenkers, regeringen enzovoort).

De financiering van het antwoord op het HIV/aids-vraagstuk is een enorme uitdaging, maar die financiering zal niet toenemen door in kosteloze behandeling te voorzien.

Het is uitermate zorgwekkend vast te stellen dat in december 2003 het te financieren tekort met betrekking tot het aanbieden van een allesomvattend verzorgingspakket via het «3 by 5»-initiatief meer dan 2,5 miljard dollar voor 2004-2005 bedroeg²⁸, en dat dit de komende jaren zal toenemen. Daarom moet er bij de internationale schenkers en andere geldschietters op worden aangedrongen het minimumpakket te financieren via langetermijnverbintenissen.

Voorts mag van landen met beperkte middelen worden verwacht dat zij een passende bijdrage leveren. In april 2001 hebben Afrikaanse leiders op een bijeenkomst in Abuja zich ertoe verbonden 15% van hun overheidsuitgaven aan gezondheid te besteden. Op de eerste conferentie van de gezondheidsministers van de Afrikaanse Unie, die in april 2003 in Tripoli is gehouden, werd de NEPAD-gezondheidsstrategie goedgekeurd; ze is een bekrachtiging van de Abuja-doelstellingen en is gericht op een intensivering van de programma's ter controle van overdraagbare ziekten. De Afrikaanse leiders hebben zich achter deze beleidslijnen geschaard en moeten er nu op toezien dat ze worden uitgevoerd.

²⁸ WHO/UNAIDS *Estimated funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 («3 by 5»)* Bulletin numéro 1: estimations du 31 décembre 2003.

²⁸ WGO/UNAIDS *Funding Gap Working Group, «Estimated funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 («3 by 5»)*, Bulletin Number 1: Estimates as of 31 December 2003, WHO/UNAIDS.

La mise à disposition de soins gratuits doit être le fruit d'un partenariat entre tous les acteurs concernés, qui, tous, ont des responsabilités.

Yvan MAYEUR (PS)
Colette BURGEON (PS)
Maire-Claire LAMBERT (PS)
Mohammed BOUKOURNA (PS)
Patrick MORIAU (PS)
Jean-Pol HENRY (PS)

De terbeschikkingstelling van gratis gezondheidszorg moet de vrucht zijn van een partnerschap tussen alle betrokkenen, die, allen, verantwoordelijkheid dragen.

PROPOSITION DE RESOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que la nécessité de proposer une prise en charge médicale, en particulier des programmes d'accès aux ARV (antirétroviraux), aux personnes vivant avec le VIH dans les pays à ressources limitées, fait aujourd'hui consensus;

B. considérant qu'en juin 2001, la Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida a adopté à l'unanimité une déclaration d'engagement qui reconnaît que «l'efficacité de la prévention, des soins et de la prise en charge médicale exigera des changements de comportements et une disponibilité accrue et un accès non-discriminatoire (...) aux médicaments, y compris les thérapies antirétrovirales, examens diagnostiques et technologies associées;

C. considérant qu'en 2004, le consensus des économistes de Copenhague a identifié la lutte contre le sida comme la première priorité pour améliorer le bien-être général, justifiant ce choix par le fait que «l'ampleur et l'urgence du problème – particulièrement en Afrique où le sida menace des sociétés entières d'effondrement – sont extrêmes»;

D. considérant que l'accès aux soins est justifié par des arguments économiques et par le respect des droits de l'Homme;

E. considérant que le changement d'échelle de l'accès aux soins, incluant les ARV, pour les personnes vivant avec le VIH, dans l'objectif d'un accès universel est une décision économique rationnelle et une priorité absolue;

F. considérant que l'OMS a fixé pour objectif que trois millions de personnes aient accès aux traitements à la fin de l'année 2005 et que le principe de la gratuité d'un ensemble minimum de soins complet pour toutes les personnes vivant avec le HIV doit maintenant être mis en œuvre;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat thans eensgezindheid bestaat over de noodzaak geneeskundige verzorging te bieden, inzonderheid toegangsprogramma's tot ARV's (antiretrovirale middelen), aan mensen met HIV in de landen met beperkte middelen;

B. overwegende dat in juni 2001 op de Bijzondere Zitting van de Algemene Vergadering over HIV/aids eenparig een verbintenisverklaring is aangenomen, waarin wordt erkend dat, willen preventie, verzorging en opvang doeltreffend zijn, zulks gedragsveranderingen zal vergen alsook een ruimere, beschikbaarheid van en een niet-discriminatoire toegang tot geneesmiddelen, met inbegrip van de antiretrovirale therapieën, de diagnostische onderzoeken en de daaraan gerelateerde technologieën;

C. overwegende dat de economen van Kopenhagen in 2004 eensgezind de strijd tegen aids tot topprioriteit hebben uitgeroepen, zulks ter verbetering van het algemeen welzijn, en dat zij die keuze hebben verantwoord door te stellen dat de omvang en de urgentie van dat vraagstuk – inzonderheid in Afrika waar aids hele samenlevingen dreigt te doen instorten – extreem zijn;

D. overwegende dat de toegang tot gezondheidszorg gerechtvaardigd is om economische redenen en met het oog op de inachtneming van de mensenrechten;

E. overwegende dat het een rationele economische beslissing en een volstrekt prioritaire noodzaak is de gezondheidszorg op grotere schaal toegankelijk te maken (ook als het gaat om de toegang tot ARV's) voor met HIV besmette mensen, zulks met het oogmerk te komen tot een universele toegankelijkheid;

F. overwegende dat de Wereldgezondheidsorganisatie zich tot doel heeft gesteld tegen eind 2005 drie miljoen mensen toegang tot de behandelingen te verlenen, en dat nu concreet uitvoering moet worden gegeven aan het beginsel dat iedereen met HIV kosteloos een volledig pakket aan basisverzorging moet krijgen;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de considérer comme décision rationnelle et prioritaire absolue, l'accès universel, incluant les ARV, pour les personnes vivant avec le VIH;
2. de considérer que la gratuité pour tous d'un ensemble minimum de soins incluant les ARV au sein du système de santé publique est un préalable pour que les programmes de prise en charge médicale changent d'échelle, soient équitables et efficaces, et fournissent une prise en charge de qualité;
3. d'estimer que cet ensemble de soins doit inclure les tests de dépistage du VIH, la prévention et la prise en charge médicale des infections opportunistes, tous les examens biologiques associés, les frais de consultation et d'hospitalisation et les ARV;
4. de prendre les initiatives nécessaires pour que l'OMS, l'ONUSIDA, les gouvernements des pays à ressources limitées et les bailleurs de fonds internationaux (notamment le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, PEPFAR et les agences de coopération bilatérales) puissent adopter et promouvoir activement le principe d'un accès gratuit et universel à la prise en charge médicale (incluant les ARV) et contribuer à sa mise en œuvre;
5. de préconiser la mobilisation de ressources additionnelles (devant provenir principalement des bailleurs de fonds, avec la contribution d'autres partenaires) par des engagements à moyen et long terme;
6. de s'engager à promouvoir le principe de la gratuité de la prise en charge médicale et à contribuer à le mettre en œuvre.

27 janvier 2005

Yvan MAYEUR (PS)
 Colette BURGEON (PS)
 Maire-Claire LAMBERT (PS)
 Mohammed BOUKOURNA (PS)
 Patrick MORIAU (PS)
 Jean-Pol HENRY (PS)

VRAAGT DE REGERING:

1. de universele toegankelijkheid van de gezondheidszorg (met inbegrip van ARV's) voor mensen met HIV te beschouwen als een rationele beslissing en als een volstrekte prioriteit;
2. ervan uit te gaan dat het feit dat iedereen in het kader van de gezondheidszorg kosteloos een pakket aan basisverzorging krijgt, een *conditio sine qua non* is opdat de programma's voor geneeskundige opvang op een andere schaal worden toegepast, opdat zij billijk en doeltreffend zijn en zij kwaliteitsvolle verzorging bieden;
3. de opvatting te huldigen dat dat pakket aan geneeskundige verzorging HIV-tests moet omvatten en dat het moet voorzien in de preventie en verzorging van opportunistische infecties, in alle daaraan gerelateerde biologische onderzoeken, in alle consult- en ziekenhuiskosten en in de ARV's;
4. de nodige initiatieven te nemen om ervoor te zorgen dat de Wereldgezondheidsorganisatie, UNAIDS, de landen met beperkte middelen, de internationale kredietverstrekkers (inzonderheid het Internationaal Muntfonds, de Wereldbank, PEPFAR en de instanties die zich inzetten voor bilaterale samenwerking) zich actief kunnen scharen achter het beginsel dat dient te worden voorzien in een kosteloze, universele toegankelijkheid van geneeskundige verzorging (met inbegrip van ARV's), alsmede dat zij dat beginsel kunnen bevorderen en tot de implementatie ervan kunnen bijdragen;
5. ervoor te pleiten dat bijkomende middelen worden vrijgemaakt (welke met de medewerking van andere partners hoofdzakelijk van de kredietverstrekkers moeten komen), met dien verstande dat terzake verbintenissen op middellange en lange termijn worden aangegaan;
6. er zich toe te verbinden het beginsel van kosteloze zorgverlening te bevorderen en tot de implementatie ervan bij te dragen.

27 januari 2005