

VERBETEREN VAN GEZONDHEIDSSYSTEMEN

Ondanks wereldwijde betrokkenheid en geweldige inspanningen lukt het echter nog niet om een voldoende terugdringing van ziekte en sterfte te bewerkstelligen. Mede daardoor richt de aandacht zich terecht ook steeds meer op het - veelal gebrekkige - functioneren van de gezondheidssystemen in landen die het hardst getroffen zijn. De problemen van deze systemen in vooral lage-inkomenslanden zijn velerlei. Ze spitsen zich toe op tekort aan zorgpersoneel, gebrekkige infrastructuur, zwak bestuur en management, geen bescherming tegen hoge persoonlijke uitgaven voor zorg, niet goed werkende systemen van doorverwijzing, het langs elkaar heen werken van verschillende diensten, en een veelheid van met buitenlandse hulp gefinancierde gezondheidsprogramma's. De beste garantie voor toegang tot kwalitatief goede zorg voor iedereen is een sterke eerstelijnsgezondheidszorg, die medische en sociale actie combineert. Helaas ontbreekt die zorg in veel lage-inkomenslanden. Wat in veel landen wel aanwezig is zijn gecoördineerde, internationale acties rond specifieke ziekten, zoals HIV/AIDS, terwijl een combinatie van benaderingen het meest gewenst zou zijn.

Initiatieven gericht op versterking van gezondheidssystemen in lage-inkomenslanden richten zich op een aantal thema's:

- De landen zullen zelf eigenaar van het probleem en de oplossing moeten worden, waar nu de afhankelijkheid van gulle gevers domineert.
- Er dient een betere vertaling van kennis naar beleid en praktijk te worden gemaakt. Zwakke ministeries van gezondheid verdienen meer en betere ondersteuning.
- Er zal meer aandacht moeten worden gegeven aan het realiseren van meer gelijkheid in toegang tot zorg. Onderzoek

heeft uitgewezen dat in veel landen mensen met de hoogste inkomens het meest profiteren van overheidsgeld voor gezondheid. De ontwikkeling van inkomensafhankelijke verzekeringsystemen biedt mogelijk uitkomst.

- Ten slotte zal er veel aandacht moeten worden geschonken aan de opleiding en het vasthouden van gezondheidspersoneel, omdat te veel mensen na hun opleiding vertrekken naar landen met beter perspectief.

NOTEN

- a Deze bijdrage is een compilatie van referentie 1.
- b Meer informatie is te vinden op internet: www.theglobalfund.org, www.unmillenniumproject.org, www.unicef.org, www.unaids.org, www.stoptb.org, www.rbm.who.int.

LITERATUUR

1. *Velden J van der*. Internationale Gezondheid. In: Mackenbach JP, Maas PJ van der. Volksgezondheid en Gezondheidszorg 4^e druk. Maarssen: Elsevier, 2008.
2. *Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD et al*. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Geneva: WHO, 2001.
3. *Ezzatti M, Rodgers AD, Lopez AD, Murray CJL (Eds)*. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors. (Vol 1 and 2) Geneva: WHO, 2004.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. J. van der Velden, afdeling Sociale Geneeskunde, UMC St Radboud, Postbus 9101 6500 HB Nijmegen, e-mail: J.vanderVelden@sg.umcn.nl

Mondialisering vergt een nieuwe kijk op gezondheid

Maud Huynen¹

Het Health Field Concept van de Canadese minister Lalonde van 1974 heeft wereldwijd een grote invloed gehad op ons begrip van het concept gezondheid. Zijn baanbrekende rapport¹ leidde tot een veel bredere benadering, waarbij naast gezondheidszorg(organisatie) ook biologische factoren, omgevingsfactoren en leefwijzen werden gezien als belangrijke gezondheidsdeterminanten. Deze visie op gezondheid als de geïntegreerde uitkomst van een verscheidenheid aan factoren is uitermate bruikbaar gebleken, en heeft een belangrijke rol gespeeld in het wetenschappelijke onderzoek en beleid van de afgelopen decennia. Maar hoe past de huidige mondialisering in dit plaatje?

EEN NIEUWE GEZONDHEIDSDETERMINANT

Een goede gezondheid voor de hele wereldbevolking is een belangrijk internationaal doel. In onze pogingen om dit doel te bereiken, moeten we echter onderkennen dat onze gezondheid

in toenemende mate wordt beïnvloed door de mondialisering. Mondialisering wordt gekenmerkt door een toenemende intensiteit, extensiteit en snelheid van institutionele, economische, sociaal-culturele en ecologische interacties, waardoor er grensoverstijgende (transnationale) processen en effecten ontstaan.^{2,3} Hierdoor neemt ook de geografische schaal van belangrijke gezondheidsproblemen toe. In 2003 hield de hele wereld bijvoorbeeld zijn adem in gedurende een historisch ongekend verschijnsel: de razendsnelle verspreiding van SARS (Severe Acute Respiratory Syndrom) via het vliegverkeer. Deze link tussen wereldwijde mobiliteit en het risico op infectieziekten is wellicht het bekendste gezondheidseffect van de mondialisering, maar vele andere effecten - zowel positief als negatief - worden in de literatuur genoemd. Het mondialiseringproces is dan ook in toenemende mate een belangrijke gezondheidsdeterminant. Wellicht is het dus tijd om onze kijk op gezondheid aan te passen aan het nieuwe millennium.

¹ ICIS, Universiteit Maastricht

GLOBAL HEALTH: DE MONDIALE CONTEXT VAN GEZONDHEID

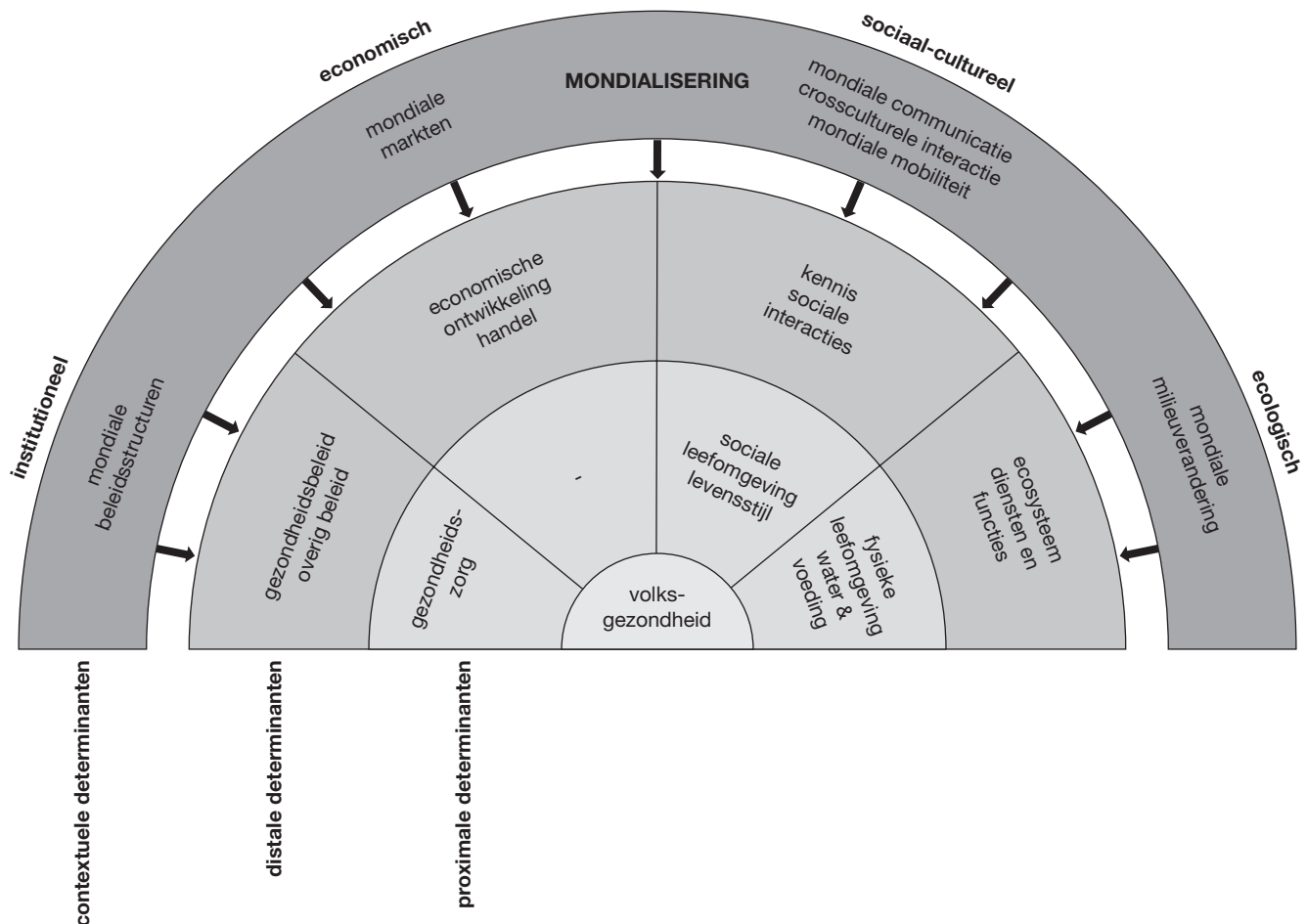
Global Health is een relatief nieuw, maar uitdagend onderzoeksveld dat zich richt op de invloed van de mondialisering op gezondheidsdeterminanten en -uitkomsten. De zogenaamde ‘upstream’ factoren in de causale keten spelen hierbij een belangrijke rol. Volgens McMichael⁴ is het bijvoorbeeld van belang om de reeds bekende gezondheidsdeterminanten in een bredere mondiale context te plaatsen. Hierdoor is er een toenemende behoefte aan een ‘multi-level’ en ‘system-based’ benadering van gezondheid.⁴⁻⁶

Tegen deze achtergrond hebben wij een nieuw conceptueel model ontwikkeld met betrekking tot de gezondheidseffecten van mondialisering (Figuur 1).^{7,8} Net als bij het Health Field Concept, speelt de multicausaliteit van gezondheid ook hier een centrale rol; er wordt onderscheid gemaakt tussen institutionele, economische, sociaal-culturele en ecologische factoren. Daarnaast maakt ons model onderscheid tussen determinanten met verschillende posities in de causale keten. Proximale factoren hebben een direct effect op onze gezondheid, terwijl distale factoren zich hoger in de causale keten bevinden en onze gezondheid indirect via de proximale determinanten beïnvloeden.⁹ Daarnaast onderscheiden we ook contextuele factoren.

Dit zijn de macro-level omstandigheden waarin de distale en proximale determinanten zich ontwikkelen. Het is op dit contextuele niveau waar belangrijke aspecten van mondialisering zich afspelen, zoals mondiale beleidsstructuren, mondiale markten, mondiale communicatie en de verspreiding van informatie, crossculturele interactie, mondiale mobiliteit, en mondiale milieuproblemen.

TOT SLOT

Het is voor wetenschappers en beleidsmakers vaak een uitdaging om een link te leggen tussen het mondialiseringsproces aan de ene kant en gezondheidseffecten aan de andere kant. Het beschreven conceptuele model is dan ook een van de eerste stappen op weg naar een beter begrip van de mondiale gezondheidscontext. Door de multicausaliteit van onze gezondheid centraal te stellen in de ontwikkeling van dit model, zijn de vele factoren die een (intermediaire) rol spelen in de relatie tussen mondialisering en gezondheid op een geïntegreerde wijze inzichtelijk gemaakt. De samenhang tussen deze determinanten is van cruciaal belang voor het uiteindelijke gezondheidseffect en kan uiteraard per regio of bevolkingsgroep verschillen.



Figuur 1 Mondialisering en gezondheid: conceptueel model.^{7,8}

LITERATUUR

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
2. Held D, McGrew A, Goldblatt D, Perraton J. Global transformations: politics, economics and culture. Stanford: Stanford University Press, 1999.
3. Scholte J. Globalization: a critical introduction. Second Edition. New York: Palgrave Macmillan, 2005.
4. McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 1999;10:887-97.
5. Pearce N. The globalization of epidemiology: introductory remarks. *Int J Epidemiol* 2004;33:1-5.
6. Pearce N, Merletti F. Complexity, simplicity, and epidemiology. *Int J Epidemiol* 2006; 35: 515-9.
7. Huynen M, Martens P, Hilderink H. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization Health* 2005;1: article number 14.
8. Huynen M. Future health in a globalising world. (proefschrift) Maastricht: Universiteit Maastricht (in voorbereiding).
9. *World Health Organization*. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.

CORRESPONDENTIEADRES

Drs. M. Huynen, International Centre for Integrated Assessment and Sustainable Development (ICIS), Postbus 616, 6200MD Maastricht, e-mail: m.huynen@icis.unimaas.nl

Meer samenhang noodzakelijk in Nederlandse bijdragen aan 'Global Health'

Louis Niessen, Geert van Etten, Leon Bijlmakers*

De Nederlandse bijdragen aan internationale gezondheidsactiviteiten ter verbetering van de stagnerende, en soms zelfs dalende, volksgezondheid in andere delen van de wereld zijn even talrijk als divers in aard en omvang. Het betreft vaak programma's om ziekten te bestrijden en gezondheid te bevorderen, maar ook onderwijs en opleiding, en fundamenteel en toegepast onderzoek. Een groeiende groep burgers en organisaties houdt zich bezig met lobbyen om internationaal en lokaal beleid op allerlei deelonderwerpen, zoals bijvoorbeeld de reproductieve rechten van jonge vrouwen, te beïnvloeden. Deze Spectrum-bijdrage schetst kort de veranderingen in de activiteiten van de overheid, beroepsorganisaties en maatschappelijke groepen binnen de internationale gezondheid, en concludeert dat er allereerst meer samenhang noodzakelijk is.

NIEUWE, PARTICULIERE FONDSSEN NIET ALTIJD EFFECTIEF

Veel westerse landen kennen al lange tijd de traditionele, tamelijk stabiele bilaterale vormen van samenwerking met ontwikkelingslanden, georganiseerd per maatschappelijke sector, waarbij afstemming plaats vindt binnen de Verenigde Naties (VN), zoals bijvoorbeeld via de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), het bevolkingsfonds (UNFPA) en in verband met aids (UNAIDS). De laatste twintig jaar laten daarin grote veranderingen zien. In veel landen, ook in Nederland, is centrale overheidsbemoeienis met projecten in ontwikkelingslanden sterk afgenomen. De thema's en activiteiten worden nog steeds wel gebundeld in VN-verband, maar de bundeling van programma's vindt steeds meer plaats binnen internationale niet-gouvernementele organisaties, zoals het Global Fund en de GAVI Alliance

voor vaccinaties. Deze zijn vaak direct gelieerd aan grote overheidsdonoren, zoals USAID, maar ook aan private organisaties zoals de Gates Foundation. Veel van de gelden die in verband met de Millenniumdoelen zijn vrijgemaakt lopen dan ook via deze organisaties, die verondersteld worden meer onafhankelijk en buiten de bestaande bureaucratie te kunnen opereren. Het nadeel is tegelijkertijd dat dit zonder veel last of ruggespraak gebeurt vanuit dezelfde VN-organisaties en de betreffende nationale overheden. De laatste partijen kunnen vaak alleen maar afwachten wat er gebeurt en hoe de financiering van de plannen op termijn zal lopen. Deze nieuwe organisaties creëren vaak een eigen aparte bureaucratie die een zware hypotheek legt op de absorptiecapaciteit van de 'ontvangende' landen. Uit de stagnatie van programma's die op deze manier zijn georganiseerd, lijkt men de les getrokken te hebben dat er in ieder geval altijd een goed functionerend lokaal systeem moet zijn om de talloze initiatieven in te kunnen bedden.

KAALSLAG IN ERVAREN KADER EN TOENAME VAN NIEUWE, ONERVAREN ORGANISATIES EN ACTOREN

Professionele gezondheidsorganisaties op het terrein van ontwikkelingssamenwerking, zoals Cordaid en ICCO, kenmerken zich veelal door een grote persoonlijke en organisatorische betrokkenheid van hun medewerkers. De laatste jaren gaven echter een grote kaalslag te zien in het ervaren kader dat zich van oudsher met ontwikkelingsvraagstukken bezig hield. Dit gebeurde zowel binnen de organisaties zelf als ook binnen verwante wetenschap- en onderwijsgroeperingen. En het is zeker ook het geval geweest bij de Nederlandse artsverenigingen en andere beroepsorganisaties, en op de medische faculteiten en sociaalwetenschappelijke onderzoeksinstituten. Tegelijkertijd worden andere organisaties die voorheen alleen *binnen*

* Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg