

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3223

Vragen van het lid **Boekstijn** (VVD) aan de minister voor Ontwikkelingssamenwerking over *het WHO-rapport «An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems»*. (Ingezonden 23 juni 2009)

1

Heeft u kennisgenomen van een recent rapport van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) over de effecten van internationale gezondheidszorginitiatieven voor Nationale Gezondheidszorgstelsels?¹

2

Gaat u de conclusies van het rapport, namelijk dat hulp soms de publieke uitgaven aan gezondheidszorg vermindert en bijdraagt aan een verzwakking van het bestuur van gezondheidssystemen, aankaarten bij de organisaties die «global health initiatives» aansturen?

3

Kunt u een overzicht geven van de Nederlandse jaarlijkse bijdrage aan «global health initiatives»?

4

Heeft u ideeën hoe men het probleem van het moreel risico, het fenomeen dat consumptie van global health initiatives de pogingen om een nationale gezondheidszorgsysteem op te zetten ondermijnt, zou kunnen ondervangen? Zo ja, welke? Hoe gaat u proberen uw ideeën ingang te doen

vinden bij de vertegenwoordigers van «global health initiatives»?

5

Wat is uw reactie op de conclusie van het rapport dat «global health initiatives» gezondheidswerkers uit de publieke sector trekken en soms ook bijdragen aan een onbalans tussen rurale en stedelijke gezondheidswerkers?

6

Hoe beoordeelt u het gegeven dat sommige Afrikaanse landen minder ontvangen dan Zuid-Amerikaanse landen met minder gezondheidsproblemen?

7

Overweegt u, naar aanleiding van de conclusie van het rapport dat aidsbestrijding 23% van het OS budget omvat terwijl tuberculose- en malariabestrijding slechts eenderde van de aidsgelden bedragen (terwijl deze ziekten een nog veel grotere ondermijning van de gezondheidszorg met zich mee brengen), de Nederlandse hulp aan aids te verlagen en die aan tuberculose en malaria te verhogen?

¹ The Lancet, 20 juni 2009
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/current>

Antwoord

Antwoord van minister **Koenders** (Ontwikkelingssamenwerking) (ontvangen 10 juli 2009)

1

Ja.

2

Nederland draagt bij aan twee van de vier global health initiatives die in het betreffende artikel met name genoemd worden, namelijk GAVI en Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM). Beide organisaties hebben gedurende de afgelopen jaren in toenemende mate aandacht gegeven aan versterking van gezondheidssystemen en daarvoor ook specifieke financiering beschikbaar gesteld. In het rapport worden daarvan verschillende voorbeelden gegeven. Overigens wil ik bestrijden dat het rapport concludeert dat «hulp soms de publieke uitgaven aan gezondheidszorg vermindert en bijdraagt aan een verzwakking van het bestuur van gezondheidssystemen». Het rapport geeft een genuanceerd beeld met zowel positieve als negatieve voorbeelden. Het rapport concludeert vooral dat beide benaderingen («verticaal» en «horizontaal») waardevol zijn en dat betere coördinatie en inbedding nodig is om de effecten van deze gezamenlijke inspanning te maximaliseren. Ik ondersteun dit van harte. Overigens is deze aanbeveling helemaal in lijn met onze inzet in de besturen van zowel GAVI als GFATM gedurende de afgelopen jaren. Het rapport geeft ons alle aanleiding onze huidige inzet te continueren en aan te sturen op

een spoedige uitvoering van de aanbevelingen.

3
De bijdrage voor 2009 bedraagt respectievelijk € 24,6 miljoen voor GAVI en € 60 miljoen voor GFATM.

4
Vanzelfsprekend is het van groot belang de interventies van global health initiatives beter te laten aansluiten bij nationale gezondheidszorgsystemen. Hiermee kunnen negatieve effecten, waarvan het rapport enkele voorbeelden geeft, beperkt worden en kan de potentiële meerwaarde van beide benaderingen beter benut worden. Het rapport geeft ook hiervan verschillende voorbeelden en benadrukt het belang van een zorgvuldige planning. Ik onderschrijf dit volledig. Ik zie het International Health Partnership (IHP) als een veelbelovend initiatief dat kan helpen om deze aansluiting te verbeteren. Het IHP omvat afspraken voor betere samenwerking tussen ontvangende overheden, multilaterale organisaties en donoren, waaronder Nederland maar ook GFATM en GAVI. IHP biedt ook een platform waar de verschillende betrokkenen elkaar kunnen aanspreken op de mate waarin afspraken zijn nagekomen. Alhoewel het nog te vroeg is om grootscheepse resultaten te kunnen verwachten van het IHP, zijn de eerste indicaties naar mijn mening bemoedigend. Zo wil GAVI haar werkwijze in IHP landen aanpassen om maximaal aan te sluiten bij bestaande programma's. GFATM experimenteert op dit moment met een nieuwe benadering, National Strategy Applications, waarbij landen bestaande plannen kunnen voorleggen ter financiering en geen specifieke GFATM voorstellen geschreven hoeven worden. Nederland heeft dergelijke verschuivingen altijd bepleit en van harte aangemoedigd. PEPFAR is geen ondertekenaar van IHP, maar heeft wel steun uitgesproken voor de onderliggende principes. Ik verwacht overigens dat de nieuwe PEPFAR administratie meer oog zal hebben voor harmonisatie en aansluiting bij gezondheidszorgsystemen.

5
Met name Afrikaanse landen worden gekenmerkt door grote personeelstekorten, tekortschietende opleidingscapaciteit, slechte distributie van personeel ten koste van rurale gebieden en slechte arbeidsomstandigheden. Dit wordt verder verergerd door de brain drain, de trek van personeel – met name artsen – naar rijkere landen met betere arbeidsomstandigheden. Gezien deze complexe realiteit is het niet verbazingwekkend dat het rapport concludeert dat de impact van global health initiatives op gezondheidspersoneel een gemengd beeld laat zien. Het rapport geeft verschillende voorbeelden van positieve effecten maar wijst ook op negatieve effecten in sommige landen, waaronder de aantrekkingskracht van de private sector op werkers uit de publieke sector. Overigens hoeft dit niet per saldo negatief uit te werken – als gezondheidswerkers voor het land behouden kunnen blijven en niet wegtrekken naar rijkere landen is het netto effect toch positief. Dit neemt niet weg dat het personeelstekort in de gezondheidssector urgente aandacht behoeft van alle betrokkenen, waaronder vanzelfsprekend de global health initiatives. Het is positief dat het rapport meldt dat er grote vraag bestaat vanuit landen naar ondersteuning voor gezondheidspersoneel in aanvragen van global health initiatives, maar het baart mij zorgen dat deze aanvragen vooral ad hoc van karakter zijn. Betere aansluiting van programma's die door global health initiatives worden ondersteund bij nationale gezondheidszorgsystemen is een noodzakelijke eerste stap om een bredere benadering te faciliteren. In de landen waar Nederland de gezondheidssector ondersteunt heeft de aanpak van de personeelstekorten onze hoogste prioriteit.

6
Op basis van het Lancet artikel «Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007» concludeer ik vooral dat de ontwikkelingshulp aan de gezondheidssector geconcentreerd is op lage inkomenslanden en een kleine groep

middeninkomenlanden met een hoge ziektelast. Dit komt overeen met de wenselijke concentratie op de armste landen met de hoogste ziektelast. De relatie tussen disability-adjusted-life-year (daly's¹) en omvang van de hulp is complex. Allereerst is de absorptiecapaciteit in het algemeen hoger in landen met een redelijk stabiel bestuur, zodat het te verwachten is dat de omvang van hulp groter is in dergelijke landen. Ook is de totale ziektelast (gemeten in daly's) vanzelfsprekend het grootst is in de landen met de grootste bevolking, en dit zijn deels middeninkomenlanden die relatief minder hulp ontvangen. Ik vind het dan ook lastig om algemene conclusies te trekken uit eerder genoemd artikel. Ook het feit dat alleen Amerikaanse NGOs – die waarschijnlijk actiever zijn in Latijns Amerika kan NGOs uit andere continenten – zijn meegenomen in de analyses zou mede bepalend kunnen zijn voor de ogenschijnlijke hoge hulp aan landen in Latijns Amerika in relaties tot daly's.

7
Nee, dit overweeg ik niet. Ik deel uw mening dat tuberculose en malaria een groot beslag leggen op de gezondheidszorg, of dit beslag groter is dan voor hiv/aids varieert van land tot land. Er zijn echter grote verschillen in de financiering die nodig is om de drie verschillende infectieziekten aan te pakken. Op basis van berekeningen van de VN bedraagt de totale financieringsbehoefte voor hiv/aids, tuberculose en malaria voor 2009 US\$ 29,1 miljard, waarvan US\$ 3,4 miljard voor malaria (12% van totaal), US\$ 4,2 miljard voor tuberculose (14% van totaal) en US\$ 21,5 miljard voor hiv/aids (74% van totaal). Het overgrote deel van de Nederlandse steun aan landenprogramma's voor de bestrijding van de drie infectieziekten verloopt via GFATM. Deze organisatie is verantwoordelijk voor een vijfde van de totale externe steun voor hiv/aids, en voor tweederde van de totale steun voor malaria en tuberculose. GFATM verstrekt financiering op basis van verzoeken van landen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de vraag. GFATM hanteert dan ook geen plafonds voor

minimale dan wel maximale bijdragen per ziekte, en ik zou dat ook een onwenselijke ontwikkeling vinden.

¹ De ziektelast («burden of disease») wordt uitgedrukt in DALY's («Disability-Adjusted Life-Years»), een concept afkomstig van de WHO. Het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door ziekten. Met behulp van DALY's kunnen ziekten onderling goed vergeleken worden als het gaat om hun invloed op de volksgezondheid. In de berekening van DALY's worden namelijk vier belangrijke aspecten van ziekten meegenomen: het aantal mensen dat aan de ziekte lijdt, de ernst van de ziekte, de sterfte eraan, en de leeftijd waarop de sterfte optreedt.