



MONDIALE GEZONDHEID

VOGELGRIEP, OVERGEWICHT,
ANTIBIOTICARESISTENTIE EN
ANDERE KWALEN

**NC
DO**

GLOBALISERINGSREEKS 11

NCDO is het Nederlandse kennis- en adviescentrum voor burgerschap en internationale samenwerking. NCDO bevordert het publiek bewustzijn over internationale samenwerking en het belang van Nederland om op dit terrein actief te zijn. NCDO doet onderzoek, verstrekt kennis en advies, stimuleert publiek debat en is actief in onderwijs en educatie. Zij werkt daarbij samen met overheid en politiek, maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven en wetenschap. In dit kader ontwikkelt NCDO kennisdossiers over actuele mondiale vraagstukken, speciaal gericht op geïnteresseerden en professionals die zich graag goed laten informeren over globaliseringsvraagstukken. De dossiers zijn onderdeel van de NCDO Globaliseringreeks en bieden beknopte, maar gedegen achtergrondinformatie over relevante en dringende thema's. Daarnaast schetsen de publicaties een beeld van de laatste stand van zaken ten aanzien van het wetenschappelijke, maatschappelijke en politieke debat hierover. NCDO wil hiermee de kennis en inhoudelijke discussie over internationale samenwerking in de Nederlandse samenleving bevorderen en versterken.

De NCDO kennisdossiers worden in overleg met experts opgesteld. Daarnaast is het dossier kritisch tegengelezen door Dr. Louise van Schaik (senior onderzoeker Clingendael, Nederlands Instituut voor internationale betrekkingen), Prof. Koos van der Velden (hoogleraar volksgezondheid, afdeling eerstelijns- en gemeenschapszorg, Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum), Gert-Jan Rietveld (gezondheid attaché, permanente vertegenwoordiging van het Koninkrijk der Nederlanden, Geneva, Zwitserland) en Dr. Frans van den Boom (directeur Life Sciences & Health Plaza (LSH Plaza) en secretaris van de Regiegroep LSH). NCDO is hen hiervoor zeer erkentelijk. Uiteraard ligt de verantwoordelijkheid voor de inhoud van deze publicatie niet bij hen, maar bij de auteur en eindredacteur.

Heeft u vragen of opmerkingen over een specifiek dossier of wilt u op de hoogte gehouden worden van nieuwe publicaties in de NCDO Globaliseringreeks, neem dan contact op met NCDO via onderzoek@ncdo.nl.

Foto omslag: Corbis/Hollandse Hoogte

ISBN: 978-90-74612-58-6

Amsterdam, juni 2014



NCDO is het centrum voor mondiaal burgerschap.
Postbus 94020, 1090 AD Amsterdam
tel +31 (0)20 568 87 55
onderzoek@ncdo.nl, www.ncdo.nl

MONDIALE GEZONDHEID

VOGELGRIEP, OVERGEWICHT,
ANTIBIOTICARESISTENTIE EN ANDERE KWALEN

AUTEUR **REMCO VAN DE PAS**
EINDREDACTIE **PETER HEINTZE**

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	3
2. GEZONDHEID, VOLKSGEZONDHEID, GEZONDHEIDSZORG EN MONDIALE GEZONDHEID: DEFINITIES EN ACHTERGRONDEN	8
3. NIEUWE GRENSOVERSCHRIJDENDE GEZONDHEIDSISSUES	15
4. MONDIALE ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG	26
5. NAAR EEN MONDIAAL BESTUUR & BELEID?	37
6. HET DEBAT	43
7. KANSSEN VOOR ACTOREN	47
8. CONCLUSIE	54
VERANTWOORDING	58
BRONNEN	60

HOODSTUK 1

INLEIDING

In september 2013 gaf de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een bijzonder reisadvies af voor de jaarlijkse pelgrimstocht naar Mekka. Zij waarschuwde dokters wereldwijd voor de symptomen van het Middle-Eastern Respiratory Virus (MERS). De vrees was dat het virus, dat vooralsnog vooral slachtoffers in het Midden-Oosten maakt, zich via de pelgrims zou verspreiden over de wereld. Wie MERS oploopt kan een zware longontsteking krijgen. In september 2013 waren ten minste 58 mensen aan het virus overleden. MERS is familie van het SARS-virus, dat in 2002 en 2003 bijna tienduizend mensen besmette, waarvan er ongeveer achthonderd overleden.

We leven in een *Global Village*. Een van de gevolgen van deze mondialisering van economie en maatschappij is dat de mobiliteit van mensen, alsook de internationale handel en transport in vee en voedselproducten enorm is toegenomen. Deze tendens heeft gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van mensen. Toegenomen mobiliteit biedt kansen. Mensen kunnen bijvoorbeeld migreren om elders een inkomen te verdienen en zo het welzijn van zichzelf en hun familie te verbeteren. Door uitwisseling van technologie kan kennis en capaciteit om moderne gezondheidsproblemen op te lossen verder ontwikkeld worden.

Aan de andere kant zijn er ook nadelen of uitdagingen. De Spaanse griep van 1918, de dodelijkste griepepidemie uit de moderne geschiedenis, zorgde destijds voor een geschatte twintig tot honderd miljoen doden wereldwijd (drie tot vijf procent van de wereldbevolking). Modellen die de Spaanse griep, een zeer infectieus H1N1 virus, nabootsen voor huidige tijden laten zien dat dit wereldwijd zou leiden tot 21 tot 33 miljoen doden. Ondanks beschikbare moderne medicijnen, vaccins en waarschuwingssystemen zou een dergelijk griepvirus in onze gemonialiseerde wereld zich zeer snel kunnen verspreiden (Madhav, 2013).

Ander voorbeeld: de vogelgriep. Sinds 2004 komt bijvoorbeeld het AH5N1 virus veelvuldig voor bij miljoenen kippen, eenden, ganzen en wilde vogels in Aziatische en Arabische landen en sporadisch ook in West-Europese landen.

Pluimvee en wilde vogels kunnen dit virus overdragen op mensen. Mensen onderling kunnen elkaar (nog) niet besmetten. Als mensen geïnfecteerd raken, kunnen ze heftige griepverschijnselen krijgen, en in een aanzienlijk aantal gevallen zelfs overlijden. Wereldwijd zijn 630 gevallen bekend van menselijke AH5N1 infectie, waarvan 375 mensen gestorven zijn. Dit is een groot risico omdat een griepvirus zich binnen twee dagen over de wereld kan verplaatsen. Nederland wil graag het vogelgriepvirus buiten de deur houden en neemt daartoe drastische maatregelen. Toen er in 2013 op enkele pluimveebedrijven een (milde) variant van vogelgriep werd geconstateerd, werd er dan ook voor gekozen om alle dieren op het pluimvee bedrijf te 'ruimen'. In de eerste zes maanden van 2013 werden daarom in Nederland ongeveer honderdduizend kippen geruimd (Central Veterinary Institute, 2013b).

Naast MERS, SARS, vogelgriep en andere zoönosen (ziekten die van dieren op mensen kunnen worden overgedragen) zijn er andere voorbeelden van grensoverschrijdende gezondheidsissues, zoals de toenemende antibioticaresistentie en de opmars van welvaartsziekten (overgewicht, diabetes). Al deze ontwikkelingen hebben met elkaar gemeen dat zij door de grotere bevolkingsdichtheid en toegenomen mobiliteit van mensen, dieren en producten wereldwijd grote gezondheidsrisico's met zich mee kunnen brengen en dat zij doorgaans zijn gerelateerd aan andere mondiale ontwikkelingen zoals klimaatverandering.

De mondialisering van handel, voedselinvesteringen, economieën, westerse leefgewoontes, moderne geneeskunde en klimaatveranderingen, gekoppeld aan bevolkingsgroei, demografische veranderingen en gewapende conflicten, zetten gezondheidssystemen wereldwijd sterk onder druk. Sinds de Tweede Wereldoorlog waren internationale interventies op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg gericht op het bieden van hulp in ontwikkelingslanden. De HIV-epidemie, SARS en vogelgriep laten zien dat nieuwe mondiale gezondheidsissues ook voor rijke landen grote risico's met zich meebrengen. Dit zijn niet 'slechts' de problemen van ontwikkelingslanden, maar steeds meer mondiale thema's waarvoor landen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen. De Chinese minister van Gezondheid zegt er het volgende over: "In een wereld van groeiende wederzijdse afhankelijkheid, kan geen enkel land immuun zijn voor de problemen van een ander" (The Graduate Institute & Global Health Programme, 2012). Het eerder genoemde voorbeeld van de dreigende uitbraak van de vogelgriep is een goed voorbeeld. Op mondiaal niveau worden nu afspraken gemaakt om dit te voorkomen.

In de volgende hoofdstukken wordt verder besproken hoe gezondheid in Nederland afhankelijk is van de wereld om ons heen en hoe vanuit Nederland kan worden bijgedragen aan mondiale gezondheid. Hoe kan de gezondheid van mensen op een duurzame, rechtvaardige manier verbeterd worden? En hoe kunnen we de negatieve bijwerkingen van mondialisering voorkomen? Wat kunnen bovendien de Nederlandse overheid, burger en bedrijfsleven hierin betekenen?

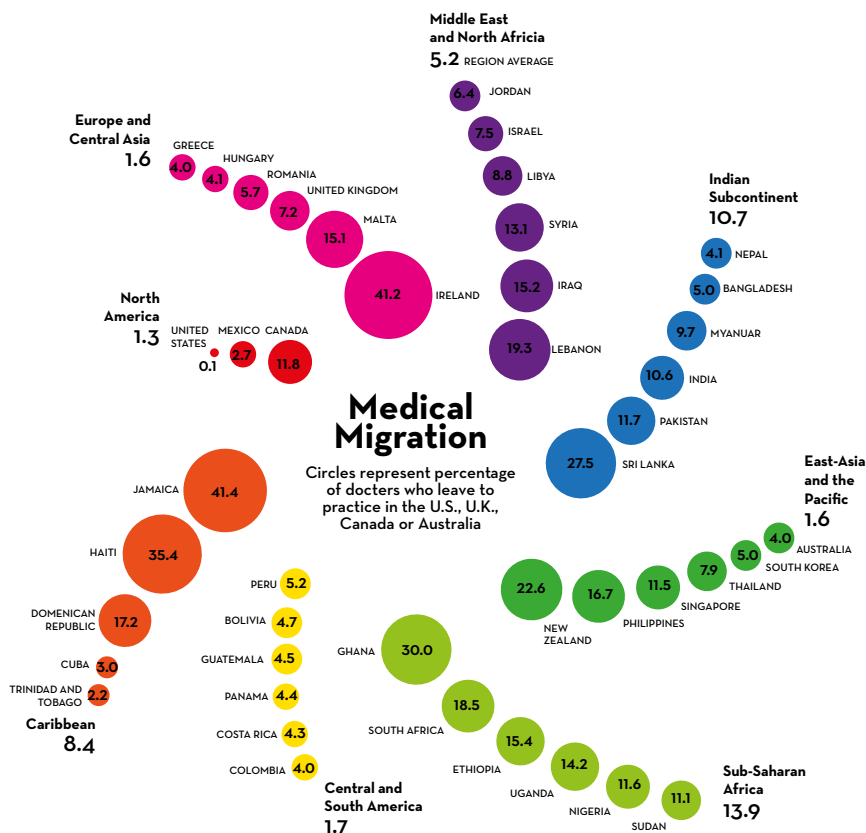
Leeswijzer

Het kennisdossier heeft als doel inzicht te geven in mondiale gezondheid en belangrijke huidige ontwikkelingen hierin. Het dossier doet een oproep aan Nederlandse actoren om strategisch na te denken over internationaal gezondheidsbeleid. Mondiale gezondheid omvat vele, complexe, vraagstukken. Dit dossier licht er enkele belangrijke vraagstukken uit, maar heeft niet de intentie om een compleet overzicht te geven. Het dossier is een aanzet tot verdere gedachtenvorming, debat en onderzoek over gezondheidsthema's, die in een mondiale samenleving nauw met elkaar verbonden zijn.

Dit kennisdossier behandelt eerst definities met betrekking tot gezondheid, zorg en mondiale gezondheid in **hoofdstuk 2**. Daarna worden in **hoofdstuk 3** nieuwe grensoverschrijdende gezondheidsissues beschreven. **Hoofdstuk 4** gaat nader in op mondiale ontwikkelingen in de gezondheidszorg. **Hoofdstuk 5** beschrijft welk nationaal en internationaal beleid er momenteel is ten aanzien van mondiale gezondheid, en welke tekortkomingen daarin worden aangetroffen. **Hoofdstuk 6** gaat dieper in op het huidige maatschappelijke debat en controverses rond enkele mondiale gezondheid thema's. **Hoofdstuk 7** bespreekt hoe verschillende actoren kunnen bijdragen aan beleid en activiteiten rond mondiale gezondheid. In **hoofdstuk 8** volgt dan de conclusie.

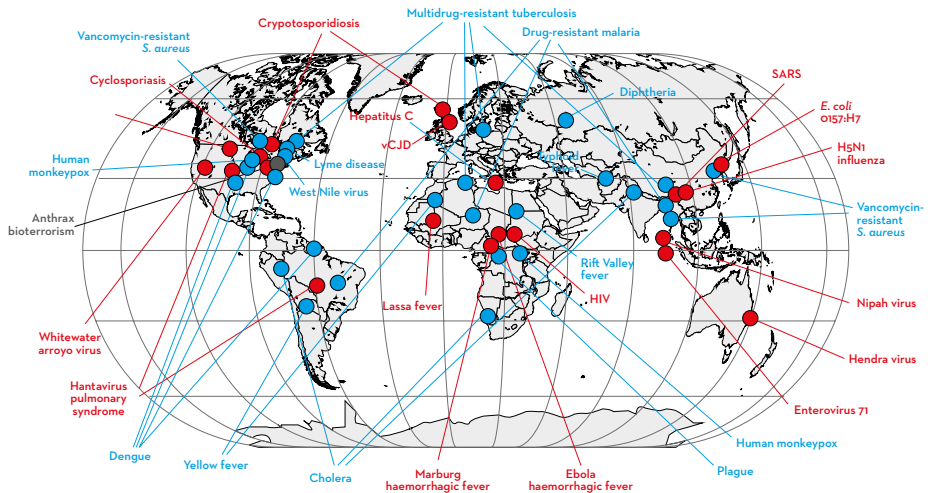
DE STAND VAN ZAKEN RONDOM MONDIALE GEZONDHEID

De mondialisering van gezondheid en gezondheidszorg blijkt onder meer uit een toenemende migratie van zorgpersoneel, een groei van infectieziekten wereldwijd en mondialisering van levensstijlen.



Medische migratie (Bates, 2008)

Wereldwijd is er een tekort van 4,3 miljoen zorgpersoneel (artsen, verpleegkundigen, verloskundigen): zorgpersoneel is daarmee een schaars en gewild goed. Het gevolg is dat dokters en verpleegkundigen uit armere landen migreren naar rijkere landen (de 'brain drain'), wat het tekort van zorgpersoneel in armere landen versterkt. Deze trend is de laatste decennia fors toegenomen.



Opkomende (rood), terugkerende (blauw) en menselijk veroorzaakte (zwart) infectieziekten.

Er is een wereldwijde toename van infectieziekten waarvan gedacht werd dat ze al onder controle waren, zoals resistente malariaparasieten en multidrug-resistente tuberculose-bacillen. Daarnaast is er een toename van ‘nieuwe’ virusziekten zoals het Marburg-virus, SARS en de vogelgriep (Morens, Folkers, & Fauci, 2004).



De wereldwijde verspreiding van de westerse levensstijl betekent dat een toenemend aantal mensen veel fossiele brandstoffen gebruiken, minder bewegen en meer calorie- en eiwitrijk voedsel tot zich nemen. Dit leidt tot meer luchtverontreiniging, meer hart- en vaatziekten en een grotere druk op beperkte grondstoffen. “De mondialisering van levensstijlen is veel meer dan slechts een technische aangelegenheid voor volksgezondheid. Het is een politiek thema. Het is een handelsthema, en het is van belang voor buitenlandse zaken” (WHO Directeur Generaal Margaret Chan, Juni 2013).

HOOFDSTUK 2

GEZONDHEID, VOLKS- GEZONDHEID, GEZONDHEIDS- ZORG EN MONDIALE GEZONDHEID: DEFINITIES EN ACHTERGRONDEN

De definitie van gezondheid

In 1948 omschreef de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, World Health Organization) gezondheid als: “Een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.” In de statuten van de WHO staat dat het beleven van een hoogst bereikbare gezondheidsstatus een fundamenteel mensenrecht is (World Health Organization, 1948).

Er wordt, ook vanuit Nederland, beargumenteerd dat de definitie van de WHO te statisch is en tot medicalisering kan leiden. De arts Machteld Huber pleit daarom voor de volgende definitie voor gezondheid: “Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.” In haar definitie is gezondheid geen doel op zich, maar een middel tot een beter welzijn (Huber et al., 2011). In dit kennisdossier gebruiken wij deze laatste definitie, met de kanttekening dat de formele WHO-definitie sinds 1948 niet meer aangepast is.

Box 1: Compendium van kernbegrippen in mondiale gezondheid

Gezondheidszorg: Het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten, dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand.

Volksgezondheid (1): De gezondheid van een populatie.

Volksgezondheid (2): Het vakgebied gericht op het voorkómen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en bevorderen van de publieke gezondheid door collectieve maatregelen.

Mortaliteit: Sterftcijfer, aangegeven in relatie tot het totaal aantal individuen waar het over gaat, meestal in procent of promille (bijvoorbeeld van alle mensen die een bepaalde ziekte krijgen).

Morbiditeit: Ziektetijfer, frequentie van vóórkomen een bepaalde ziekte in een totale bevolking.

Ziekte last: De ziekte last ('burden of disease') is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten.

DALY's: De ziekte last wordt uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV): Systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en mensen met een lage positie in de sociale stratificatie. De positie van mensen in de sociale stratificatie wordt sociaaleconomische status genoemd.

Epidemie: Een opmerkelijk, binnen een bepaald tijdsverband, optredende toename van het aantal gevallen van een bepaalde (vaak besmettelijke) ziekte in een bevolking.

Pandemie: Een epidemie die op hetzelfde moment op verschillende continenten plaatsvindt.

NCDs: Non-Communicable Diseases. Dit verwijst naar chronische ziekten, die niet van persoon naar persoon overgedragen worden. In praktijk worden onder de noemer NCDs vier aandoeningen bedoeld: hart- en vaat-aandoeningen (zoals hartaanvallen en beroertes), kanker, chronische luchtwegaandoeningen (zoals COPD en astma) en suikerziekte (diabetes)

UHC: Universal Health Coverage. Doel van deze strategie is dat alle mensen toegang (en recht) hebben op essentiële gezondheidszorg, zonder dat dit mensen financieel in moeilijkheden brengt als zij voor deze zorg betalen.

MPGs: Mondiaal Publieke Goederen. Grensoverschrijdende goederen die in principe iedereen raken, of die voor iedereen beschikbaar zouden moeten zijn. Mondiale gezondheid is zélf in principe geen publiek goed. Wél worden het voorkomen van infectieziekten en pandemieën, en ook

de wederzijdse relatie tussen economisch welzijn en volksgezondheid beschouwt als MPG's. De facto is gezondheid dermate belangrijk dat het als MPG beschouwt kan worden.

Transnationale gezondheidsthema's: Grensoverschrijdende zaken die direct of indirect de gezondheid beïnvloeden. Deze thema's dienen gezamenlijk door landen aangepakt te worden. Dit moet gebeuren in de gezondheidssector in samenwerking met andere disciplines zoals economische- en sociale wetenschappen en landbouw.

(Bronnen: WHO, RIVM, NCDO)

Gezondheid als mensenrecht

Het recht op gezondheid is vastgelegd in een mensenrechtenverdrag, het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (United Nations General Assembly, 1966), en het is verder aangescherpt binnen de Verenigde Naties. Het houdt niet in dat mensen het recht hebben om gezond te zijn, maar het houdt wel in dat nationale overheden alles in het werk moeten stellen om de gezondheid van hun burgers te verbeteren (United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights, 2000). Het recht gaat ten dele over toegang tot zorg, dat wil zeggen dat staten de verplichting hebben goede zorg mogelijk en (financieel) toegankelijk te maken. Daarnaast spreekt het recht op gezondheid ook over de onderliggende randvoorwaarden (determinanten) van gezondheid, en de verplichtingen die landen hebben om basale randvoorwaarden te garanderen. Hieronder vallen onder andere huisvesting, adequate voeding, schoon drinkwater, sanitaire voorzieningen en een gezonde werk- en leefomgeving.

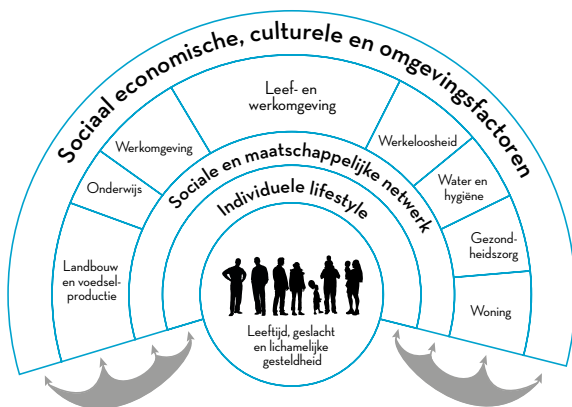
Gezondheidszorg

Als de WHO over gezondheid spreekt, heeft zij het in praktijk toch voornamelijk over gezondheidszorg. Gezondheidszorg is een middel om ziektes te behandelen, te voorkomen en gezondheid te bevorderen. De WHO definieert 'zes bouwstenen voor een goed zorgsysteem': kwalitatieve zorgverlening, competent zorgpersoneel, adequate medicijnen en medische technologie, een goed informatiesysteem (bijvoorbeeld een degelijk patiëntendossier), een eerlijk financieringssysteem (zoals een gezondheidsverzekering) en als laatste degelijk beleid (structuren) en leiderschap (World Health Organization, 2007).

Volksgezondheid

In (inter)nationale gezondheidsstatistieken worden vaak levensverwachting, morbiditeit en mortaliteit gebruikt als indicatoren voor de algemene volksgezondheid. Het is echter beter om te kijken naar de ziektelast (DALY's), omdat dit aangeeft hoe ziek of gezond de bevolking is. Met behulp van DALY's kunnen ziekten onderling goed vergeleken worden als het gaat om hun invloed op de volksgezondheid. Psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en kanker veroorzaken de hoogste ziektelast in Nederland (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013b).

Kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg is één van de factoren (ongeveer dertig procent) die tot een betere volksgezondheid leidt. De overige zeventig procent wordt bepaald door de woon-werkomgeving waarin mensen leven (Commission on Social Determinants of Health, 2008). In ontwikkelingssamenwerking lag voorheen de focus voornamelijk op het versterken van gezondheidszorg, zoals het opleiden van artsen en verloskundigen en de verbetering van toegang tot medicijnen. Het laatste decennium is er echter meer aandacht gekomen voor andere determinanten van gezondheid en hoe de zorgsector kan samenwerken met andere sectoren aan maatschappij-brede gezondheidsuitkomsten. Tegenwoordig wordt breed onderkend dat gezondheidsverschillen voortkomen uit de sociaaleconomische situatie waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden. Deze kennis is zeker niet nieuw. In veel Europese landen is sinds de industrialisering veel gedaan om leefomstandigheden te verbeteren, zoals de aanleg van riolering, goede ventilatie in woningen en de verwerking van huis- en straatafval (zie figuur 1).



Figuur 1. Belangrijke Sociale Determinanten van Gezondheid (naar Dahlgren & Whitehead, 2006).

Het begrip mondiale gezondheid

Traditioneel worden ontwikkelingsvraagstukken en gezondheid beschreven in vakgebieden als tropische geneeskunde, gezondheidssystemen en volksgezondheid. Het laatste decennium is hier mondiale gezondheid (*Global Health*) aan toegevoegd. Dit is een nieuw expertisegebied dat zich op de volgende wijze onderscheidt: 1) de focus ligt op transnationale gezondheidsthema's; 2) er is mondiale samenwerking nodig voor een oplossing; 3) 'rechtvaardige gezondheid' tussen landen en voor alle mensen is een belangrijk aandachtsgebied ('rechtvaardige gezondheid' gaat niet alleen om een goede toegang tot zorg, maar ook om structureel goede leefomstandigheden die de volksgezondheid bevorderen); 4) het is een multidisciplinair vakgebied. Deze vier benaderingen houden in dat het niet enkel meer gaat om afzonderlijk de gezondheid in ontwikkelingslanden of hogere inkomenslanden te verbeteren, maar dat gezondheidsthema's mondiale reikwijdte hebben en dat er gezamenlijke oplossingen gezocht moeten worden voor grensoverschrijdende gezondheidsproblemen (Koplan et al., 2009). Mondiale gezondheid hangt nauw samen met andere mondiale vraagstukken zoals klimaatverandering, wereldhandel, voedselzekerheid en mobiliteit van burgers. Gezondheid kan beschouwd worden als een mondiaal publiek goed. Dat betekent dat vraagstukken hierover ook op mondiaal niveau geadresseerd moeten worden, bijvoorbeeld via de VN. Dit heet *Global Governance for health* (Bozorgmehr, 2010). In figuur 2 wordt een verdere categorisering van mondiale gezondheid voorgesteld.

Gezondheidszorg is echter nog steeds vooral nationaal of zelfs regionaal georganiseerd – dat geldt ook voor Europa. In het verdrag van Maastricht (1992) ("Geconsolideerde versie van het verdrag" 2008) is vastgelegd dat onder andere gezondheidszorg het mandaat blijft van de nationale overheden en binnen een aantal Europese landen (Duitsland, België, Spanje) is het zelfs de verantwoordelijkheid van regionale overheden. Dat bemoeilijkt de mondiale aanpak van gezondheidsvraagstukken. De opkomst van de HIV/Aids-epidemie heeft eens te meer duidelijk gemaakt dat Nederland of Europa er direct belang bij heeft dat ook elders op de wereld goede gezondheidszorg wordt geboden. Door het tijdig en adequaat behandelen van infectieziekten, alsook een degelijke aanpak in zowel ontwikkelde als ontwikkelingslanden van de opmars van chronische ziekten, wordt resistentie van medicijnen voorkomen en worden potentiële pandemieën in de kiem gesmoord. Bovendien stimuleert dit de handel en economie (Chen & Berlinguer, 2001).

Volgens internationale gezondheidsexperts moeten we ons veel meer richten op transnationale en mondiale aansturing en organisatie van gezondheidszorg (Frenk, Gómez-Dantés, & Moon, 2014; Frenk & Moon, 2013). Omdat deze structuren en afspraken zich nog maar beperkt ontwikkeld hebben, blijven nationale overheden de voornaamste rol hebben in het zorgdragen voor een goede gezondheidszorg en volksgezondheid.

De Verenigde Naties erkennen de noodzaak voor een mondiale aanpak van gezondheid wel degelijk. Mondialisering heeft een enorme impact, zowel in positieve als negatieve zin, op de gezondheid van mensen. Het *UN System Task Team* dat zich richt op de toekomstige agenda voor ontwikkelingssamenwerking zegt hierover: “De centrale uitdaging van de post 2015 UN ontwikkelingsagenda is te garanderen dat mondialisering een positieve kracht wordt voor de gezondheid en welzijn van mensen wereldwijd, zowel van de huidige als van toekomstige generaties. Mondialisering biedt enorme mogelijkheden, maar de voordelen hiervan zijn momenteel erg ongelijk verdeeld” (UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda, 2012).

	Voorbeelden van bedreigingen	Voorbeelden van mogelijkheden
1. De natuurlijke leefomgeving	Natuurlijke bedreigingen (bv. klimaatverandering, lucht- en watervervuiling), verspreiding van ziektekiemen (bv. zoönosen als vogelgriep)	Verbeterde toegang tot natuurlijke bronnen (bv. water)
2. Mensen	Verspreiding van ziektekiemen (bv. mens-tot-mens overdracht zoals de Mexicaanse griep)	Verspreiding van kennis en vaardigheden door mobiliteit van personeel
3. Productie van goederen en diensten	Overhevelen van schadelijke praktijken (bv. vervuilende fabrieken naar landen met zwakke regulatie), veranderde arbeidsomstandigheden die lijden tot een zittende leefwijze en zo bijdragen aan chronische ziekten	Economische groei en technologieoverdracht
4. Consumptie van goederen en diensten	Verspreiding van schadelijke producten (bv. tabak); mondiale handel in ongezond voedsel	Verspreiding van nuttige medische technologie, aannname van gezonde producten en diensten
5. Informatie, kennis en cultuur	Ongepast gebruik van technologie (bv. met als gevolg antibioticaresistente)	Verspreiding van kennis en gebruiken die gezondheid verbeteren, zoals anticonceptie; uitwisseling van traditionele en moderne kennis
6. Regels	Transnationale investeringsovereenkomsten die nationaal gezondheidswetgeving beperken, transnationale intellectueel eigendom (patenten) reglementen die prijzen van medicijnen omhoog stuwen	Transnationale gezondheidsreglementen, zoals het WHO kaderverdrag over tabakscontrole, die nationale beleidsruimte voor gezondheidsbescherming verruimen

Figuur 2. 6 grensoverschrijdende stromen die risico's en mogelijkheden voortbrengen in de mondialisering van gezondheid. (Julio Frenk, hoogleraar mondiale gezondheid aan universiteit Harvard in de Verenigde Staten, 2014)

HOOFDSTUK 3

NIEUWE GRENS- OVERSCHRIJDENDE GEZONDHEIDSISSUES

In dit hoofdstuk worden een aantal actuele grensoverschrijdende gezondheids-thema's beschreven. Aan bod komen de opmars van chronische aandoeningen, het effect van klimaatveranderingen en bevolkingsgroei voor de volksgezondheid, terugkerende en opkomende infectieziekten, antibioticaresistentie en intensieve veehouderij.

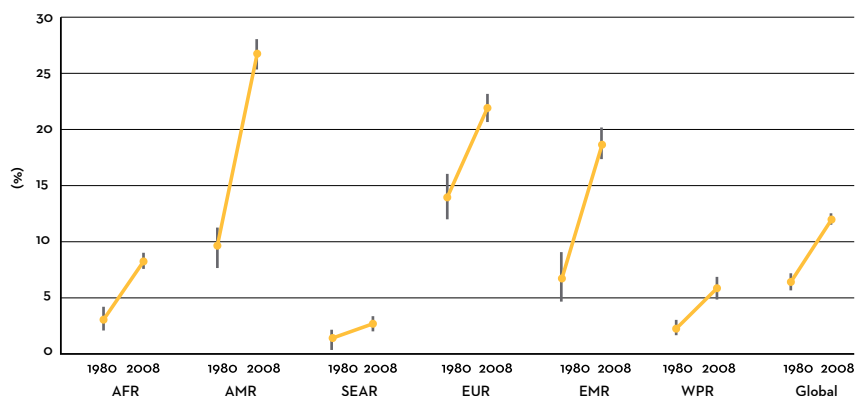
De opmars van chronische aandoeningen

De groeiende welvaart in opkomende economieën en de verspreiding van niet alleen een westers zorgmodel, maar ook een westerse levensstijl hebben hun weerslag in een opmerkelijke trend: infectieziekten komen minder vaak voor, terwijl chronische ziekten steeds meer voorkomen. Deze chronische ziekten – zoals suikerziekte, kanker, hart- en vaatziekten, maar ook psychische problemen – worden voor een deel als welvaartsziekten gezien. De internationale term hiervoor is *Non-Communicable Diseases* (NCDs). De verschuiving van infectieziekten naar NCDs wordt een epidemiologische transitie genoemd (Omran, 1971).

Het mondiale sterftecijfer van kanker zal tussen 2007 en 2030 stijgen met 45 procent tot 11,5 miljoen sterfgevallen per jaar. Tachtig procent van alle sterfte door niet-overdraagbare aandoeningen heeft plaats in lage- en middeninkomenslanden. Eén op de drie volwassenen heeft tegenwoordig overgewicht (1,5 miljard mensen) en 12 procent van de volwassen wereldbevolking heeft ernstig overgewicht (obesitas, zie figuur 3). In Nederland kampt zestig procent van de volwassen mannen en 44 procent van de volwassen vrouwen met overgewicht (Blokstra et al., 2011). Vooral in de ontwikkelingslanden is het aantal mensen met overgewicht fors toegenomen. Dit aantal verdriedubbelde tussen 1980 en 2008 van 250 miljoen naar 904 miljoen mensen. Tegelijkertijd is ondervoeding

en honger nog steeds een probleem voor honderden miljoenen mensen, voornamelijk in ontwikkelingslanden. Op mondiale schaal zijn mensen twintig procent meer suiker gaan eten tussen 1961 en 2009. Mensen zijn op grotere schaal ook meer vlees, eieren en zuivel gaan eten. In veel landen zijn nu chronische aandoeningen zoals suikerziekte, kanker en hartaandoeningen de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte (Keats & Wiggins, 2014).

Behalve op het Afrikaanse continent zijn wereldwijd de NCDs de voornaamste redenen dat mensen overlijden (World Health Organization, 2011). In veel ontwikkelingslanden geldt dat sterftecijfers afnemen en de bevolkingsgroei toeneemt. Daarnaast komen ook in ontwikkelingslanden chronische aandoeningen veel vaker voor dan voorheen. De behandeling en financiering van deze aandoeningen vormen forse uitdagingen (World Health Organization, 2011).



Figuur 3. Procentuele toename van obesitas bij volwassenen in de verschillende WHO regio's (Afrika, Zuid- en Noord Amerika, Zuidoost Azië, Midden-Oosten, West Pacific) voor de periode 1980-2008. De Europese regio is omcirkeld. In Europa heeft 22 procent van de bevolking ernstig overgewicht (World Health Organization, 2012b).

Er zijn meerdere redenen waarom NCDs wereldwijd toenemen. Twee aspecten verdienen het om uitgelicht te worden. Het eerste aspect betreft de toegenomen consumptie van ongezonde producten. Zo laat Sanjay Basu, hoogleraar in de volksgezondheid, samen met collega's in een onderzoek zien dat er bijvoorbeeld een sterke relatie is tussen frisdrankconsumptie, obesitas en diabetes. De frisdrankconsumptie gaat volgens analisten de komende vijf jaar met 15,7 procent in ontwikkelingslanden toenemen en met 9 procent wereldwijd. Dat betekent,

zo waarschuwt Basu, dat er op den duur 2,3 miljard mensen met overgewicht, 1,1 miljard mensen met obesitas en 192 miljoen mensen met diabetes zullen zijn (Basu, McKee, Galea, & Stuckler, 2013).

Het tweede aspect heeft te maken met verstedelijking. In 2030 leeft 60 procent van de wereldbevolking in steden, terwijl dit toegenomen zal zijn tot 70 procent in 2050. Steden bieden economische en sociale mogelijkheden om het welzijn van mensen te verbeteren. Onderzoek laat echter ook zien dat gezondheidsverschillen binnen steden groter zijn dan gezondheidsverschillen op het platteland. Zo sterft de arme bevolking in steden in ontwikkelingslanden onevenredig veel aan NCDs. Er is vaak wel voldoende (calorierijk) voedsel in steden te vinden, maar toegang tot groente en fruit voor de armere bevolking is een probleem. Daarnaast hebben mensen in steden vaak een meer zittende levensstijl; zo is het in veel steden, zeker de snel groeiende in opkomend economieën, lastig om je te verplaatsen per voet of fiets. Stedelijke luchtvervuiling draagt bij aan de groeiende hoeveelheid luchtwegaandoeningen. Luchtvervuiling in steden komt voor een aanzienlijk deel door uitlaatgassen van auto's, wat leidt tot luchtweginfecties en astma. Wereldwijd sterven per jaar twee miljoen mensen voortijdig door aandoeningen gerelateerd aan luchtvervuiling. Het meeste hiervan heeft plaats in ontwikkelingslanden. Het blijkt ook dat stedelijke omgevingen aanzienlijk impact hebben op de geestelijke gezondheid van mensen, wat weer gerelateerd is aan straat- en huiselijk geweld. Om de mondiale proporties in perspectief te brengen: op iedere persoon die sterft door oorlog, sterven drie personen door roofovervallen en vijf personen door zelfmoord (Global Research Network on Urban Health Equity, 2010).

De beschreven trends op het gebied van de millenniumdoelen, zorgsystemen en chronische ziekten laten zien dat gezondheid en gezondheidszorg belangrijke mondiale thema's zijn geworden. Dat wordt ook zichtbaar op internationaal niveau: gezondheidsvraagstukken worden meer meegenomen in diplomatieke afspraken tussen landen. De groep van G8 landen (de voormalig acht grootste economieën ter wereld) heeft in 2008 toegezegd gezondheidssystemen in ontwikkelingslanden te zullen versterken (Reich & Takemi, 2009). Daarnaast investeren de BRICS-landen (Brazilië, Rusland, India, China, Zuid-Afrika ofwel de opkomende economieën) in het uitwisselen van kennis op het gebied van gezondheid en medische technologie, wat ook wel Zuid-Zuid samenwerking wordt genoemd (Ministry of Health and Family Welfare, 2013).

Gezondheid, klimaatveranderingen en bevolkingsgroei

In de ontwikkelingssamenwerkingssector is gezondheid is een centraal thema. Het is een belangrijk doel op zich, maar ook een manier om andere doelen te bereiken, zoals economische en sociale stabiliteit. Daarnaast is gezondheid een centrale factor binnen andere mondiale thema's zoals economische groei, duurzame energie, klimaatverandering, voedselveiligheid, schoon drinkwater en bevolkingsgroei. Volksgezondheid wordt sterk beïnvloed door deze ontwikkelingsthema's. Andersom kan een goede volksgezondheid bijdragen aan een vermindering van de bevolkingsgroei, economisch welzijn en transitie naar duurzame energie (United Nations Department of Social and Economic Affairs, 2013). Ter illustratie worden de thema's klimaatverandering en bevolkingsgroei in relatie tot gezondheid verder toegelicht.

Klimaatverandering heeft een aanzienlijke impact op gezondheid. Klimaatverandering leidt tot extreme weersomstandigheden zoals overstromingen maar ook tot droogte en voedselschaarste en waterbronnen die verdwijnen. De WHO heeft uitgerekend dat er sinds 1970 jaarlijks 140.000 mensen sterven door klimaatveranderingen. Vooral ontwikkelingslanden zijn kwetsbaar, maar deze veranderingen vormen op hun beurt een grote bedreiging voor de mondiale gezondheid in de 21e eeuw (Costello et al., 2009; World Health Organization / Public Health and environment department, 2012).

Het toenemende risico van overstromingen kan direct en indirect impact hebben op gezondheid. Denk hierbij aan de verdrinkingen; verhoogd risico op infectieziekten die via water of vectoren overgedragen worden (bijvoorbeeld de Salmonella-bacterie of het denguevirus); psychosociale stress; zorg infrastructuur en voorzieningen voor water en voedselopslag die beschadigd kunnen raken (World Health Organization & World Meteorological Organization, 2012).

Er zijn ook aanwijzingen dat het toenemend aantal zoönosen te maken heeft met klimaatveranderingen. In Nederland is de ziekte van Lyme hier een bekend voorbeeld van. Dit is een bacteriële infectie (*Borrelia burgdorferi*) die door de beet van de teek wordt overgebracht. Deze bacterie kan chronische klachten geven zoals huiduitslag, gewrichts- en hoofdpijn en hartritme stoornissen. Door klimaatveranderingen komt de teek, die kan leven boven een minimumtemperatuur van 7° Celcius, in Europa noordelijker voor dan voorheen. In de meeste Noord-Europese landen, waaronder Nederland, is het aantal teken en het aantal Lyme-besmettingen de afgelopen jaren aanzienlijk

gestegen (Lindgren & Jaenson, 2006). Het aantal mensen dat zich met de typische huiduitslag meldde bij de huisarts is de afgelopen jaren gestegen, van 17.000 in 2005 tot 22.000 in 2009.

Als gevolg van de klimaatsverandering worden in Europa zelfs ‘tropische’ ziektes gesignaleerd, bijvoorbeeld omdat het voor muggen makkelijker is om zich te vestigen in niet-tropische gebieden. De Aziatische tijgermug, die het dengue-virus met zich kan meedragen wat tot knokkelkoorts leidt, is ondertussen al in beperkte mate in Nederland gesignaleerd (voornamelijk in het Westland). De mug komt waarschijnlijk mee met geïmporteerde bamboeplantjes uit China (Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu, 2013). Eind 2012 was er al een aanzienlijke dengueuitbraak met meer dan tweeduizend ziektegevallen op het Portugese eiland Madeira. En in 2011 was er een malaria-uitbraak in Griekenland (European Centre for Disease Control, 2013).

Klimaatveranderingen en de NCDs zijn ook aan elkaar gerelateerd. De NCDs en klimaatverandering volgen voor een groot deel uit dezelfde maatschappelijke trends: een fossiele-brandstof-intensieve en arbeidsbesparende levensstijl; een voedingspatroon op basis van industrieel geproduceerd voedsel welke veel energie-input vraagt; groeiende consumptie van vlees en calorierijk voedsel; en meer luchtvervuiling. Deze factoren verhogen niet alleen de CO₂-uitstoot, maar ook risicofactoren van NCDs, zoals overgewicht, een hoge bloeddruk, een hoog bloedsuiker- en cholesterolgehalte. Volgens de onderzoeker Alessandro Demaio kan beleid, waarbij aandacht is voor een stimulerende openbare ruimte die uitnodigt om te lopen of fietsen, helpen om de volksgezondheid te verbeteren. Ook kan het gebruik van openbaar vervoer gestimuleerd worden en zou er meer aandacht moeten zijn voor de beschikbaarheid van goed en voordelig vers en lokaal geproduceerde fruit en groente. Dit zou klimaatverandering tegengaan, alsook gunstig zijn voor de volksgezondheid (Demaio, 2013).

Een ander wederzijds voordeel wordt uitgelicht door de wetenschapper Paul Wilkinson. Hij laat zien dat in India de introductie van een door de overheid gesubsidieerde gaskachel in 150 miljoen huishoudens zowel op gezondheid- als op klimaatgebied een aanzienlijk resultaat heeft bereikt. Traditioneel koken Indiërs op houtvuur, waar veel rook- en roetvorming bij komt kijken. Na afloop van het tienjarige programma in India bleek dat 12.500 DALYs per miljoen inwoners aan winst geboekt kan worden, voornamelijk door het voorkomen van luchtweginfecties bij kinderen, en chronische luchtwegaandoeningen en hartaanvallen bij volwassenen. Daarnaast nam ieder jaar de uitstoot CO₂ per

miljoen inwoners met 0,1 tot 0,2 megaton af. Het laat zien dat een geïntegreerde benadering van de klimaat- en gezondheidsproblematiek baat heeft (Wilkinson et al., 2009).

Bevolkingsgroei heeft een impact op de mondiale gezondheid doordat dit extra druk geeft op de toch al schaarse capaciteit van de planeet om iedereen van voedsel, drinkwater en grondstoffen te voorzien. Toegang tot schoon drinkwater is bijvoorbeeld essentieel om in goede gezondheid te kunnen leven. Wereldwijd hebben 884 miljoen mensen, het grootste deel in Sub-Sahara Afrika, geen toegang tot veilig drinkwater (Spitz, 2012). Demografen verwachten dat de wereldbevolking nog zal doorgroeien tot negen miljard in 2050 en tien tot elf miljard in 2100, om daarna weer te krimpen (United Nations Fund for Population, 2012).

De echte uitdaging ligt overigens in het toekomstige consumptiepatroon van deze wereldbevolking. En daar zitten grote verschillen tussen bevolkingsgroepen. De rijkste één miljard van de wereldbevolking is verantwoordelijk voor meer dan de helft van alle CO₂-uitstoot. Slechts zeven zondaars - de VS, China, Rusland, Brazilië, India, Duitsland en Engeland - hebben tussen 1906 en 2005 meer dan zestig procent van alle broeikasgassen uitgestoten. We dienen dan niet alleen te kijken naar overbevolking, maar ook naar overconsumptie als een belangrijke uitdaging voor mondiale gezondheid (Ravilious, 2014). Daarbij zien we dat de opkomende economieën met indrukwekkende groeicijfers, bezig zijn aan een enorme inhaalslag. Als Brazilianen, Indiërs, Chinezen en Zuid-Afrikanen doorgroeien naar het westerse consumptieniveau zal dat bij de huidige productiemethoden leiden tot toenemende en problematische schaarste.

Van pest naar vogelgriep: grensoverschrijdende besmettingen

Epidemieën hebben hun stempel op de wereldgeschiedenis gezet. De inheemse bevolking van Zuid-Amerika werd in de 16e eeuw met zeventig procent uitgeroeid omdat zij geen afweer hadden tegen het pokkenvirus wat door de Spaanse veroveraars werd meegedragen. In de middeleeuwen gooiden vijandelijke troepen de kadavers van pestslachtoffers in de grachten van ommuurde steden, om zo het drinkwater te besmetten met de pestbacterie (Diamond, 1997).

Door mondialisering, met het intensievere wereldwijde verkeer van mensen, is het risico op uitbreken van infectiezieken aanzienlijk toegenomen. Virussen met een zorgwekkend verspreidingsrisico zijn bijvoorbeeld HIV, de vogelgriep (AH5N1), SARS en MERS. Westerse donoren hebben veel geld geïnvesteerd in ontwikkelingslanden om verspreiding van het HIV-virus tegen te gaan. Dit is

enerzijds wegens humanitaire redenen en bijdrage aan politiek- economische stabiliteit in ontwikkelingslanden. Anderzijds is het ook in hun eigen belang om te voorkomen dat de epidemie impact heeft op eigen nationale veiligheid, bijvoorbeeld door verdere verspreiding van het HIV-virus of toenemende migratiestromen (McInnes, 2006).

Door intensivering van onze voedselketens is de kans groter dat ziektekiemen overspringen van dieren naar mensen. Het AH5N1 virus, bekend als de vogelgriep, is daar een goed voorbeeld van. Binnen de WHO zijn internationale afspraken tussen landen gemaakt om te voorkomen dat dit virus zich verder verspreidt. Er wordt ook onderzoek gedaan om te kijken hoe dit virus zich kan muteren en ontwikkelen. Begin 2012 ontstond een politieke discussie of wetenschappelijk onderzoek naar mutaties van virussen wel gepubliceerd mocht worden, omdat het ook mogelijk misbruikt zou kunnen worden voor bio-terroristische doeleinden (World Health Organization, 2012a). In 2012 verbood de Nederlandse regering de viroloog Ron Fouchier, een onderzoeker van het Erasmus MC in Rotterdam, een artikel te publiceren in het wetenschappelijke tijdschrift Science waarin hij aantoont hoe een gemuteerd vogelgriepvirus zich via de lucht makkelijk kan verspreiden. In de Haarlemse rechtbank werd in een kort geding de overheid hierin gelijk gesteld, daar de onderzoeker niet de benodigde exportvergunning had aangevraagd voor de publicatie. Dit is in strijd met een Europese verordening tegen verspreiding van biologische wapens. Deze zaak toont aan dat in het belang van internationale zekerheid er dus grenzen zijn aan de vrijheid van (medisch) onderzoek (Colijn, 2013).

Antibioticaresistentie

Overmatig en onjuist gebruik van antibiotica in ontwikkelingslanden, in opkomende economieën maar ook in zuidelijk Europa heeft er voor gezorgd dat bepaalde bacteriën in hoog tempo resistent zijn geworden, ook in Nederland. Dit betekent dat in meer dan een-derde van de landen in de Europese Unie bacteriën resistent zijn voor geavanceerde ('derde-generatie') antibiotica. Het gaat voornamelijk om de bacteriën *Klebsiella pneumoniae* en *Escherichia coli* (*E.coli*), die luchtweg- en urineweginfecties veroorzaken.

Ieder jaar sterven in Europa 25 duizend mensen aan bacteriële infecties die niet meer te behandelen zijn wegens antibioticaresistentie. In Nederland zien we een toename van urineweginfecties (ongeveer 25 procent) die niet meer te behandelen zijn met reguliere antibiotica. Er is een toename van *multi-drug* resistente bacteriën in ziekenhuizen, waardoor steeds vaker dure 'laatste redmiddelen'

gebruikt moeten worden. In 2011 stierven enkele mensen op de intensive care van het Maasstad-ziekenhuis in Rotterdam aan een multiresistente bacterie die longontsteking kan veroorzaken.

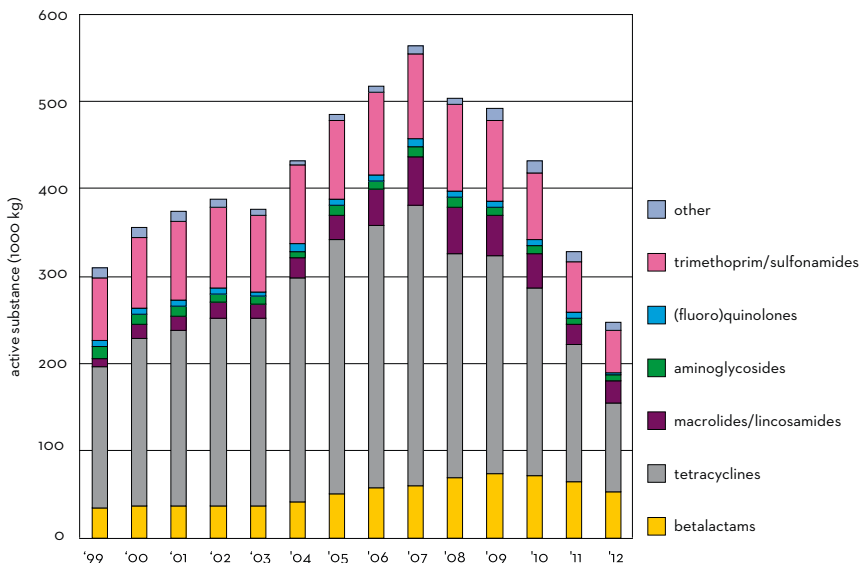
Er is een laatste klasse van breedspectrum antibiotica, de Carbapenems, die als redmiddel gebruikt kunnen worden in dergelijke gevallen. In een aantal Zuid-Europese landen is 25 procent van de infecties door *Klebsiella pneumoniae* ook al resistent voor dit middel (European Centre for Disease Control, 2012). De *Klebsiella* bacterie zorgde voor de sterfgevallen op de intensive care van het Maasstad-ziekenhuis. Dit lijkt een signaal voor een grotere kans op soortgelijke gevallen. Het antibioticagebruik is in Nederland de afgelopen jaren met 15 procent toegenomen. Vooral in verpleegtehuizen wordt veel (breedspectrum) antibiotica gebruikt. Ook in ziekenhuizen is er een aanzienlijke toename van het gebruik van breedspectrum antibiotica. Hoewel nog niet op hetzelfde niveau als in andere EU-landen, is in Nederland ook een vergelijkbaar patroon van antibioticaresistentie te zien. Dit betekent dat huisartsen en specialisten steeds vaker naar een zwaarder middel moeten grijpen om relatief eenvoudige infecties zoals een urineweg- of luchtweginfectie te behandelen. Het risico is dat ouderen en mensen met een verminderde afweer deze gecompliceerde infecties niet meer overleven (Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid, 2013).

Multiresistente bacteriën komen vaak mee met toeristen, migranten en dierlijke voedselproducten zoals geïmporteerde zalm of kip. De vrees is dat er een multiresistente bacterie de kop op steekt die zich snel verspreidt. In dat geval is er een reëel risico dat we terugkeren naar het tijdperk voordat de antibiotica werden uitgevonden door Alexander Flemming in 1928 en besmettelijke ziekten zich razendsnel verspreiden zonder dat daar een goede behandeling voor is (Carlet et al., 2011).

In tegenstelling tot veel andere landen is er in Nederland een redelijk verantwoord antibioticagebruik in de gezondheidszorg. Een groter probleem is echter het overmatig antibioticagebruik in de veterinaire sector in Nederland. Dit is bijvoorbeeld af te leiden uit de mate waarin het enzym *Extended Spectrum Beta-Lactamase* (ESBL) voorkomt in ons voedsel. ESBL wordt geproduceerd door resistente bacteriën en op zijn beurt kan ESBL bepaalde soorten antibiotica (penicillines en cefalosporines) afbreken. ESBL wordt gezien als een potentieel gezondheidsrisico, maar komt veel voor in onze voedselketen. ESBL-producerende bacteriën worden op meer dan 90 procent van het kippenvlees in de supermarkten aangetroffen en bij 80 procent van de

pluimveebedrijven. 33 procent van de pluimveehouders draagt zelf een ESBL-bacterie mee, welke overeenkomt met de ESBL-bacterie die op de kippen wordt aangetroffen. Ook 40 procent van het kalfsvlees draagt een ESBL bacterie (Van Nieuwland, 2013). Inmiddels is er is een statistisch significant verband aangetoond tussen antibiotica gebruik in de veehouderij en ESBL-resistentie in zorginstellingen. Men is het er nog niet over eens of deze resistentie vooral komt door overmatig gebruik van antibiotica in de menselijke geneeskunde of dat de veterinaire sector hier ook een aanzienlijke rol in heeft (Havelaar, 2012). Het is positief dat de afgelopen jaren het totale antibioticagebruik in de veterinaire sector in Nederland al is gehalveerd (zie figuur 4).

Een ander voorbeeld van resistentie van risicovolle besmettingen is de resistentie van tuberculose (TB) bacillen tegen gangbare medicijnen. Er zijn al in 84 landen patiënten met een dermate resistente vorm van TB, dat geen behandeling meer mogelijk is. Dit leidt er toe dat de Nederlandse overheid extra waakzaam is om nieuwe TB-gevallen op te sporen. Als blijkt dat iemand een resistente vorm heeft, dan wordt hij, net als vroeger, in quarantaine geplaatst om besmetting te voorkomen. Personen met een resistente TB-infectie moeten behandeld worden middels een lange en dure behandeling met zware geavanceerde medicijnen. In Nederland is het aantal nieuwe TB-patiënten gevallen per jaar ongeveer duizend personen, 78 procent van deze personen zijn van niet-Nederlandse afkomst. Het aantal gevallen van resistente tuberculose is afgelopen jaren langzaam gestegen, vorig jaar waren dit vijftien gevallen in Nederland (KNCV Tuberculose Fonds, 2012).



Figuur 4. Antibioticaverkoop in de veterinaire sector Nederland 1999-2012
(Bron: Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid, 2013)

Intensieve veehouderij

Door intensieve veehouderij en consumptie van vleesproducten neemt de kans op bepaalde voedselinfecties toe. 70 procent van de nieuwe opkomende infectieziekten hebben hun oorsprong in de dierenwereld. Een voorbeeld hiervan is de veel voorkomende maag-darm-infectie met de *Campylobacter* bacterie. Het aantal gevallen hiervan in de EU is van 2002 tot 2012 met 20 procent toegenomen (in 2011 waren er 107.000 gevallen bekend). Deze bacterie komt veelvuldig voor op slachtkuikens en rundvlees. Men schat in dat 12 tot 14 procent van infecties door toeristen wordt meegenomen uit het buitenland. Zorgwekkend is dat ook deze bacterie te maken heeft met groeiende antibioticaresistentie (Graveland et al., 2013). Een ander voorbeeld dat we in Nederland kennen is de BSE-crisis (de ‘gekke koeien ziekte’) die in verband wordt gebracht met hersenziekte van Creutzfeld-Jakob, en waaraan enkele personen zijn overleden in de periode 2005-2010. De Q-koorts, overgedragen door besmette geiten of schapen, is een andere aandoening die de afgelopen jaren tot duizenden ziektegevallen heeft geleid (Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu, 2014).

Toenemende infecties van deze *Campylobacter* bacterie, de eerder genoemde ESBL-bacterie, en de Q-koorts (verwekker *Coxiella burnetti*) epidemie van 2007 tot 2011, die zich verspreidde vanuit geitenboerderijen, heeft de discussie doen ontstaan over megastallen (intensieve geconcentreerde veehouderij met een groot aantal dieren waarvan een groot aandeel bestemd is voor de export) en de noodzaak deze in ieder geval meer dan 250 meter buiten de bebouwde kom te plaatsen zodat dergelijke bacteriën minder kans hebben burgers te infecteren. Volgens een laatste telling zijn er al 575 megastallen in Nederland (Central Veterinary Institute, 2013a). Deze intensieve productie van vee leidt in Nederland – maar via een groot exportaandeel ook daarbuiten – tot een risico op zoönosen. Zo staat Nederland op de vijfde plaats op de mondiale ranglijst van landen die vlees exporteren, en vierde op de lijst van zuiveluitvoerende landen.

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) bewaakt de veiligheid van zowel geïmporteerd als geëxporteerd voedsel. In 2013 is er aanzienlijke kritiek geweest op de organisatie wegens een aantal voedselschandalen en falend toezicht van de NVWA, wat een negatief gevolg heeft voor de volksgezondheid (Vanheste & Alberts, 2013).

Er zijn ook voorbeelden van ziektes die via de import van zaden (uitgangsmaterialen voor gewassen) Europa bereiken. Een zeldzame *E.coli* bacterie (EHEC) zorgde in 2011 in Noord-Duitsland, via de consumptie van besmette groenten, tot een uitbraak waarvan 3.816 mensen ziek werden, 58 mensen overleden en 816 mensen nierfalen ontwikkelden. In Nederland leden telers grote financiële schade doordat de export naar Duitsland en Rusland vrijwel volledig stil kwam te liggen. Grote hoeveelheden komkommers, tomaten, sla, paprika's en courgettes waren onverkoopbaar en moesten worden vernietigd. Uiteindelijk bleken vanuit Egypte geïmporteerd fenegriekzaadjes de bron van infectie (European Food Safety Authority, 2013).

Concluderend zien we dat mondialisering van economie en maatschappij een aantal nieuwe, serieuze uitdagingen met zich meebrengt voor de volksgezondheid. De aanpak hiervan gaat verder dan de zorgsector alleen. Voordat we hier verder op ingaan, wordt in hoofdstuk 4 een aantal mondiale trends in de gezondheidszorg besproken.

HOOFDSTUK 4

MONDIALE ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

In hoofdstuk 3 zijn een aantal grensoverschrijdende gezondheidissues beschreven. In dit hoofdstuk worden een aantal mondiale trends in de gezondheidszorg beschreven waaronder de Millenniumdoelen, duurzame gezondheidszorg, universele zorgsystemen, medisch toerisme, zorg als ‘*booming business*’, e-health en investeringen voor onderzoek naar essentiële medicijnen.

De Millenniumdoelen: een mondiale agenda voor toegankelijke gezondheidszorg

De Millenniumdoelen zijn door de internationale gemeenschap geformuleerde ontwikkelingsdoelstellingen om voor 2015 wereldwijd armoede uit te bannen. De doelen zijn een zeer belangrijke impuls (geweest) voor de gezamenlijke agenda voor armoedebestrijding. De Millenniumdoelen 4, 5 en 6 hebben een nadrukkelijke focus op gezondheid en zijn er op gericht om kindersterfte, moedersterfte en sterfte door HIV/Aids, tuberculose en malaria terug te dringen. Investerings van donoren en overheden in gezondheidsprogramma's in ontwikkelingslanden zijn tussen 1990 en 2010 vervijfvoudigd tot 27 miljard US\$. Er is op een aantal vlakken vooruitgang geboekt (figuur 5, WHO, 2012).

Ondanks deze vooruitgang zijn in vele landen, vooral in Sub-Sahara Afrika, de gezondheid-gerelateerde doelen nog niet gehaald. Wat deze nationale gemiddelden hierboven overigens niet laten zien, zijn de verschillen binnen landen en regio's. Het blijkt dat verschillen *tussen* bepaalde inkomensgroepen binnen landen, bijvoorbeeld tussen stads- en plattelandsbevolking, toegenomen zijn.

	World	Africa	Americas	Eastern Mediterranean	Europe	South-East Asia	Western Pacific
Under 5 mortality <i>per 1000 live births</i>	65	142	18	78	14	63	21
Measles immunization <i>% coverage</i>	81	73	93	83	94	75	93
Maternal mortality <i>per 100 000 live births</i>	400	900	99	420	27	450	82
Skilled birth attendant <i>% births</i>	66	47	92	59	96	49	92
Contraceptive use <i>% married women aged 15–49</i>	62	24	71	43	68	58	83
HIV/AIDS prevalence <i>% adults aged 15–45</i>	0.8	4.9	0.5	0.2	0.5	0.3	0.1
Malaria mortality <i>per 100 000 population</i>	17	104	0.5	7.5	–	2.1	0.3
TB treatment <i>success rate %</i>	86	79	82	88	67	88	92
Water <i>% using improved sources</i>	87	61	96	83	98	86	90
Sanitation <i>% using improved facilities</i>	60	34	87	61	94	40	62

on track
 insufficient progress
 off track

Data from World Health Statistics 2010

Figuur 5. Vooruitgang van gezondheid gerelateerde millenniumdoelen (World Health Organization, 2010a).

Box 2: Groeiende ongelijkheid in gezondheid

Een belangrijke kanttekening bij de gemiddelde vooruitgang in de gezondheidssituatie is dat het niet laat zien dat verschillen in gezondheid tussen landen én binnen landen zijn toegenomen. Om enkele voorbeelden te noemen; in Afghanistan sterft één op de acht vrouwen sterft in het kraambed, dat is één op 17.400 in Zweden. In Indonesië is moedersterfte drie tot vier keer hoger onder de armste bevolkingsgroepen ten opzichte van de rijkste bevolkingsgroepen (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Er zijn dus grote gezondheidsverschillen. Daarnaast bestaat er het fenomeen van een 'dubbele ziektelast', die zich manifesteert in sloppenwijken van grote metropolen. In deze sloppenwijken hebben families te maken met armoede-gerelateerde infectieziekten, zoals darmparasieten, tuberculose, en HIV/AIDS. Tegelijkertijd hebben deze families ook een hoger risico op overgewicht, diabetes, luchtwegaandoeningen en hartziekten (Doherty et al., 2012).

Volgens de onderzoekers Labonté en Schrecker worden de toenemende sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen en binnen landen veroorzaakt door de mondialisering. Zij wijzen daarbij op vier belangrijke ontwikkelingen: 1) mondiale liberalisering van handel, arbeid en financiële markten; 2) de schulden crisis van ontwikkelingslanden; 3) de privatisering van gezondheidssystemen; en 4) degradatie van natuurlijke leefomgevingen. Macro-economische omstandigheden hebben indirect een aanzienlijke impact op de gezondheid van mensen (Labonté & Schrecker, 2007).

Ook in Nederland zijn deze effecten van mondialisering zichtbaar. Digitalisering en internationale media beïnvloeden onze gezondheidskeuzes en interpretatie van ziekte en gezondheid. De overvloed aan internationaal geproduceerd voedsel en drank in supermarkten heeft een sterke invloed op ons voedselpatroon. Deze invloeden kunnen zowel een positieve als negatief gevolg op de gezondheid hebben. Belangrijk daarbij is de mate waarin burgers zelfstandig de weg kunnen vinden in het brede aanbod van informatie over levensmiddelen en gezondheidsproducten. Goed geïnformeerde en opgeleide burgers kunnen deze overvloed van informatie aan, terwijl dit voor anderen lastiger is. Dit is een van de redenen dat gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden ook in Nederland groter worden. Hoogopgeleiden hebben een zeven jaar langere levensverwachting dan laagopgeleiden (83 jaar versus 76 jaar). Bovendien leven zij langer in goede gezondheid. Bij geboorte kunnen hoogopgeleide mannen en vrouwen verwachten respectievelijk 19,2 en 20,6 jaar langer te leven in goed ervaren gezondheid dan laagopgeleiden (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013a).

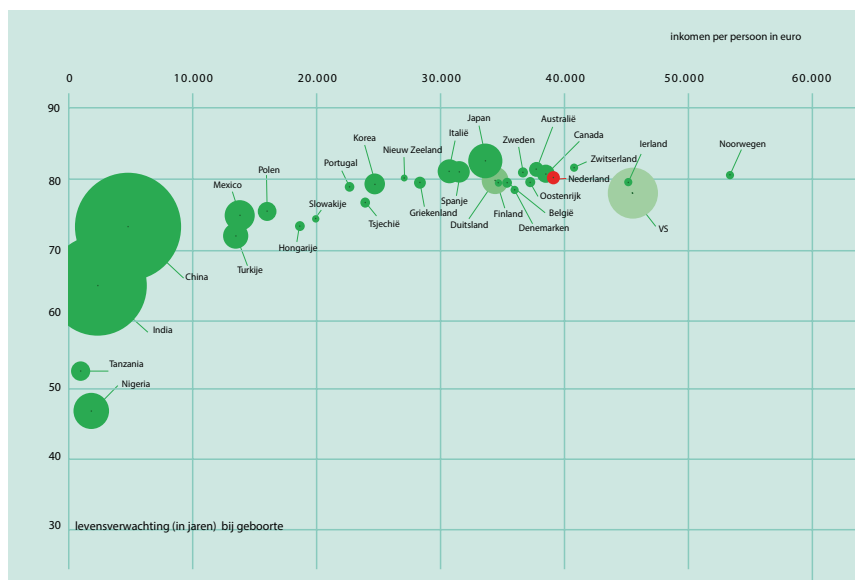
Duurzame gezondheidszorg

Al in de Nederlandse koloniale tijd werd er veel onderzoek verricht naar het voorkomen en behandelen van een malariabesmetting. De voornaamste reden was ervoor te zorgen dat de inheemse plantagearbeiders niet ziek werden opdat het productieproces intact bleef (Haneveld, 1989). De Wereldbank onderkent dat een goede volksgezondheid de basis legt voor economische stabiliteit. Tegenwoordig is er veel aandacht voor de economische impact van NCDs. Zo is berekend dat door het voorkomen van NCDs de wereld als geheel de komende twee decennia 47 biljoen US\$ aan economisch verlies lijdt (Bloom et al., 2011).

Investerings in preventie van ziekten en in promotie van gezondheid zijn – vooral in de vroege kinderjaren – zowel vanuit gezondheids- als economisch perspectief veel effectiever dan ziektebehandeling in latere levensjaren. De onderzoekers Banerjee en Duflo (2012) hebben laten zien dat een investering van enkele dubbeltjes, zoals het ontwormen van kinderen in ontwikkelingslanden, leidt tot structurele rendementen van tientallen dollars per jaar, die zichtbaar wordt in hogere salarissen die deze kinderen op latere leeftijd verdienen. Deze winst is echter pas op lange termijn zichtbaar en de kostenbesparing is gefragmenteerd over meerdere sectoren (ontwormen via gezondheidszorg, muskieten-netten via huisvestingsprogramma's en (voorlichting over) goede voeding via het onderwijs). Veel landen en internationale donoren kiezen eerder voor duurdere kortetermijnoplossingen zoals het uitbreiden van ziekenhuizen en complexe medische diagnostiek zoals MRI-scans (McDaid, Sassi, & Merkur, 2012).

Ondanks alle mogelijkheden om investeringen in gezondheidszorg als samenleving terug te verdienen, vergt goede zorg in onze complexe maatschappij een aanzienlijke financiële investering (zie ook figuur 6). Naar schatting geven we in Nederland in 2020 per gezin bijna zeventuizend euro aan zorg uit, tegen ongeveer 4.500 euro nu (Schäfer et al., 2010). De betaalbaarheid van de zorg is een voortdurende discussie – in Europa, maar ook in ontwikkelingslanden. Door vergrijzing, medische vooruitgang en economische lastige tijden moeten ook wij scherpe keuzes maken om de zorg betaalbaar én solidair te houden (Figueras & McKee, 2012).

Universele toegang tot gezondheidszorg (UHC) wordt erkend als een mensenrecht en een essentiële voorwaarde voor duurzame ontwikkeling. Onder UHC wordt verstaan dat: a. iedereen toegang heeft tot zorgdiensten; b. deze diensten van voldoende kwaliteit zijn om effectieve verbeteringen in gezondheid te brengen; c. dat gebruik van diensten er niet toe leidt dat de gebruiker in de financiële problemen komt. Een kernaspect van het concept universele toegang tot zorg is de financiering. In veel landen is noodzakelijke zorg slechts toegankelijk voor een gedeelte van de bevolking. Veelal zorgen zorgverzekeringen of belastingssystemen voor het toegankelijk maken van die zorg. Zonder dergelijke collectieve systemen zou deze zorg voor de meeste mensen onbetaalbaar zijn op de momenten waarop zij er aanspraak op moeten maken (World Health Organization, 2010b). De algemene vergadering van de Verenigde Naties heeft in december 2012 een resolutie aangenomen die, vanuit het perspectief van mensenrechten en duurzaamheid, alle lidstaten oproept universele gezondheidssystemen en sociale bijstandssystemen te ontwikkelen (United Nations General Assembly, 2012c).



Figuur 6. Mondiale verschillen in welvaart en levensverwachting.

Migratie van zorgpersoneel

In 2006 was er wereldwijd een tekort van 4,3 miljoen zorgpersoneel (artsen, verpleegkundigen, verloskundigen). De Global Health Workforce Alliance heeft berekend dat dit tekort oploopt tot 12,9 miljoen in 2035 (Global Health Workforce Alliance/ World Health Organization, 2013). Zorgpersoneel is daarmee een schaars en gewild goed, wat leidt tot een ‘*brain drain*’ van dokters en verpleegkundigen vanuit armere landen naar rijkere landen. Dit draagt bij aan het tekort van zorgpersoneel in armere landen. Deze trend is de laatste decennia fors toegenomen. Er zijn vele artsen die buiten hun landsgrenzen zorg verlenen en hun brood verdienen (zie de eerste afbeelding op de infographics pagina op bladzijde 6 en 7. In 2000 waren Filipijnse verpleegkundigen (110.000) en Indiase artsen (56.000) de grootste groep van zorgmigranten in westerse landen (Organization for Economic Co-operation and Development, 2010).

In de EU is de afgelopen jaren vooral de migratie tussen lidstaten toegenomen, met name van Oost- naar West- en van Zuid- naar Noord-Europese landen. Deze migratie wordt bevorderd door de financiële crisis die er aan heeft bijgedragen dat zorgpersoneel in verschillende Europese landen hun banen verloren. Een op de drie artsen en een op de vijf verpleegkundigen in het Verenigd Koninkrijk en

Ierland zijn in het buitenland opgeleid (in de Europese Unie of daarbuiten). In Nederland ligt dit aantal voor artsen beneden de twee procent en voor verpleegkundigen onder de een procent. Mogelijk is de Nederlandse taal een beperking voor buitenlands zorgpersoneel (Wismar, Maier, Glinos, Dussault, & Figueras, 2011).

Thailand is een van de landen die het afgelopen decennium aanzienlijke vooruitgang heeft geboekt in zijn personeelsbeleid. De overheid investeert in opleiding, salaris en arbeidsomstandigheden voor zorgmedewerkers. De verwachting is dat door dergelijk beleid in Thailand in 2035 twee keer zoveel zorgpersoneel beschikbaar is als in 2012 (Global Health Workforce Alliance/ World Health Organization, 2013).

Nederland dreigt, onder andere door de vergijzing, ook een tekort aan medewerkers te krijgen. Dit is met name onder verpleegkundigen en in de ouderenzorg het geval. Er zijn voorspellingen dat de Nederlandse zorgsector in 2025 een tekort heeft van 450.00 medewerkers. Mede door de financiële crisis staan banen in de (thuis)zorg op de tocht en worden maar beperkt nieuwe medewerkers aangenomen. Ondanks de groei in opleidingen voor verpleegkundigen, is het waarschijnlijk dat er over tien jaar een tekort is aan personeel (Wemos & Jansen, 2011).

Er bestaat sinds 2010 een mondiale gedragscode waarin landen afspraken hebben gemaakt over hoe ze om kunnen gaan met internationale mobiliteit en werving van zorgpersoneel. Kern van deze code is dat landen zo veel mogelijk zelf hun zorgpersoneel moeten opleiden, dat arbeidsrechten van buitenlandse werknemers gerespecteerd moeten worden, en dat landen elkaar dienen te ondersteunen om sterke zorgsystemen op te zetten (World Health Organization, 2010b).

Medisch toerisme en grensoverschrijdende zorg

Binnen de Europese Unie is er groeiende grensoverschrijdende zorg: medische professionals vestigen zich in een ander EU-land of patiënten halen de zorg over de grens. Dit is mogelijk gemaakt dankzij Europese regelgeving. De verdragen van Maastricht (1992) en Lissabon (2007) ("Verdrag van Lissabon", 2007) regelden dat medische professionals zich in andere lidstaten kunnen vestigen. In 2011 nam de Europese Raad van gezondheidsministers een wet aan die het patiënten makkelijker maakt om in andere Europese lidstaten zorg te krijgen en deze ook vergoed te krijgen via de reguliere zorgverzekeraar in het land

van herkomst. Dit biedt meer keuzevrijheid, maar heeft een aantal negatieve neveneffecten die ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg versterken. Zo krijgen Nederlandse gepensioneerden aan de Spaanse kust goede zorg van Nederlandse huisartsen, terwijl in meer afgelegen delen van Nederland, zoals in het noordoosten van de provincie Groningen, het moeilijk is om zorgverleners te vinden. In deze gebieden worden inmiddels Roemeense huisartsen geworven.

Daarnaast waarschuwt de European Public Health Alliance ervoor dat in de meer geliberaliseerde gezondheidsmarkt zorgverleners ‘medische toeristen’ voorrang geven boven gemarginaliseerde groepen in eigen land. Ook is er ongerustheid dat de continuïteit van patiëntenzorg onder druk komt te staan wanneer mensen in toenemende mate zorg gaan ‘shoppen’ in het buitenland (European Public Health Alliance, 2011).

Er bestaat geen goed overzicht van deze grensoverschrijdende zorg. Het is bijvoorbeeld onduidelijk hoeveel medische toeristen jaarlijks van of naar Nederland komen om zorg te krijgen. Vaak vindt deze zorg (bijvoorbeeld plastische en orthopedische chirurgie) plaats in privéklinieken waarop toezicht beperkt is. Er is volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling een groeiende noodzaak om deze mobiliteit van patiënten beter te reguleren, omdat zij bijvoorbeeld ook allerlei resistente bacteriën mee kunnen nemen uit klinieken waar hygiëne niet gewaarborgd is (Lunt et al., 2012). Ook buiten Europa groeit grensoverschrijdende zorg. Er is een groei van medisch toerisme, waarin rijkere mensen naar bijvoorbeeld Singapore reizen om op een voordelige manier hoogwaardige medische zorg te krijgen. Van een ziekenhuis in Bangkok, Thailand is het bekend dat zij meer dan 400.000 buitenlandse bezoekers per jaar krijgen.

Gezondheidszorg als ‘booming business’

De gezondheidszorg zelf is een belangrijke economische groeiemarkt geworden. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het hierboven beschreven medisch toerisme. Een ander voorbeeld is de explosieve groei van het gebruik van geneesmiddelen voor chronische ziektes zoals hoge bloeddruk en diabetes in veel opkomende economieën. Ook zijn Europese zorgverzekeraars tegenwoordig internationaal betrokken bij het opzetten van nieuwe polissen; zij richten zich vooral op Afrikaanse landen omdat hier nog veel groeipotentieel zit. Tot slot investeren ook de levensmiddelen- en drankindustrie in een mondiale markt voor producten die de gezondheid ‘bevorderen’, zoals frisdrank met weinig suikers, en zuivel met toegevoegde mineralen. Gezondheid en zorg zijn *booming business* (Kickbusch,

2011). Er is echter ook kritiek. We exporteren niet alleen een modern westers zorgmodel, maar ook de bijwerkingen daarvan, zoals het overmatig voorschrijven van geneesmiddelen voor psycho-sociale aandoeningen als depressieve klachten en angsten. Het is maar de vraag of al die investeringen ook de volksgezondheid ten goede komen (Wolffers, 2011).

E-health

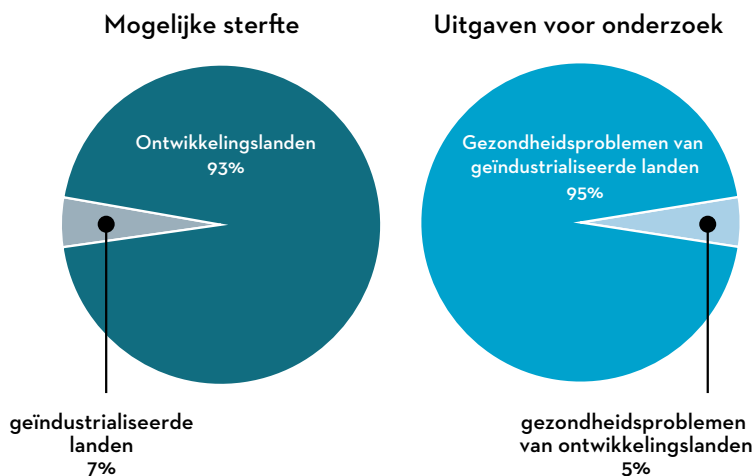
De digitalisering van de maatschappij verandert aanzienlijk de manier waarop mensen met zorg omgaan. Dat brengt voordelen met zich mee, maar heeft ook nadelen. Mensen zijn door toegang tot internet veel beter geïnformeerd over ziekte en gezondheid en kunnen daarmee op een meer gelijkwaardige manier met hun arts overleggen over een behandelingstraject. Het nadelige effect hiervan is dat mensen, die zelf gaan 'dokteren', door de vele digitale bomen het bos niet meer zien en onnodig een ziekte toegeschreven worden (*disease mongering*). Een ander voordeel is dat mensen steeds vaker via digitale weg hun hulpverlener kunnen raadplegen. Hulpverlening kan via deze weg eenvoudig geboden worden naar en vanuit verschillende plaatsen op de wereld. Een mogelijk nadelig gevolg hiervan is de onduidelijke kwaliteit van de hulpverlener. Bovendien is er een risico dat de privacy van patiënten tijdens dergelijke consultaties niet goed kan worden gegarandeerd.

Een andere belangrijk trend is de opkomst van '*personalised medicine*': de mogelijkheid om via digitale applicaties informatie te krijgen over individuele medische gegevens. Nu het menselijke genoom (het geheel van erfelijke informatie in een cel) ontrafeld wordt, is er meer inzicht in genetische aanleg voor bepaalde ziektes. Het is aannemelijk dat in de nabije toekomst, bijvoorbeeld via een smart App, een beetje slijmvlies van een Nederlands burger genetisch ontrafeld kan worden via een laboratorium in China, om daarna gedetailleerde informatie terug te sturen over de gezondheid van deze burger. Zo kan bijvoorbeeld de kans op borstkanker of de kans om dementie op latere leeftijd te ontwikkelen in kaart worden gebracht (Brand, 2009). Deze ontwikkeling werpt nieuwe vragen op. Een belangrijke vraag is of deze applicaties en informatiestromen zo veilig gemaakt kunnen worden dat bijvoorbeeld zorgverzekeraars niet bij deze data kunnen, aangezien zij wellicht personen met een hoog ziekterisico willen uitsluiten van een zorgpolis.

Onderzoek en mondiale gezondheid

Een groot probleem in mondiale gezondheid is de disbalans tussen de wereldwijde ziektelast en investeringen die gedaan worden in onderzoek en

ontwikkeling (Research & Development, R&D) van nieuwe medicijnen. In 1990 werd inzichtelijk gemaakt dat minder dan tien procent van de mondiale R&D-investeringen naar ziektes in ontwikkelingslanden ging, welke op dat moment verantwoordelijk waren voor meer dan negentig procent van de vermijdbare mondiale sterfte. Dit werd bekend als de 10/90 kloof (zie figuur 7). Hoewel de investeringen in R&D tussen 1986 en 2010 zijn toegenomen van dertig miljard dollar naar 286 miljard dollar bestaat deze 10/90 kloof in essentie nog steeds. Zo wordt er bijvoorbeeld veel R&D gedaan naar bepaalde vormen van kanker (welke vooral in het westerse landen voorkomen), terwijl een aantal ‘tropische’ ziektes, zoals malaria, tuberculose, worm- en voedselinfecties genegeerd worden. Via de behandeling van deze ziektes kan veel sterfte voorkomen worden. Een expertgroep van de WHO heeft in 2012 aanbevolen dat er een mondiaal toezichtsorgaan moet komen die alle R&D-investeringen en behoeftes voor nieuwe medicatie overziet. Daarnaast zou er een mondiaal fonds moeten komen waarin landen en andere donoren hun investeringen bijeenbrengen om nationale onderzoeksinstanties in ontwikkelingslanden te versterken. Dezelfde expertgroep heeft voorgesteld dat er hiervoor een bindend internationaal verdrag moet komen, onder de hoede van de WHO. Onderhandelingen over een verdrag zijn voorlopig afgebroken, maar vervolgstappen hierin staan de komende jaren hoog op de agenda van de WHO (Viergever, 2013).



Figuur 7. De disbalans in R&D voor nieuwe medicatie. Maar vijf procent van de mondiale investeringen gaat naar ontwikkelingslanden, waar 93 procent van de vermijdbare sterfte plaats heeft (Viergever, 2013).

Concluderend kunnen we stellen dat er zowel in Nederland als daarbuiten aanzienlijke nieuwe uitdagingen zijn om mensen gezond te krijgen en te houden. Klimaatveranderingen en bevolkingsgroei hebben invloed op schaarse middelen zoals schoon drinkwater en voedselvoorziening; basisvoorwaarden voor een gezond leven. De opkomst van chronische ziekten legt extra druk op landen die beperkte middelen hebben (zorgpersoneel, financiering, medicijnen) voor gezondheidszorg, en kan daarmee duurzame ontwikkeling afremmen. Opkomende infectieziekten en antibioticaresistentie vergen urgente aandacht op nationaal en internationaal niveau. Hoofdstuk 5 gaat nader in op bestaand beleid en de verschillende spelers rond dergelijke thema's. In hoofdstuk 6 worden enkele belangrijke dilemma's uitgelicht.

Box 3: het Nederlandse SRGR-beleid

Een van de vier speerpunten voor Nederlands beleid in internationale samenwerking is Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR), inclusief HIV/Aids. Binnen dit SRGR-beleid is er aandacht voor vier thema's: 1) meer kennis en keuzevrijheid van jongeren over hun seksualiteit; 2) verbeterde toegang tot voorbehoedsmiddelen en medicijnen; 3) betere gezondheidszorg rond zwangerschap en bevalling inclusief veilige abortus; 4) aandacht voor specifieke groepen zoals seksuele minderheden, sekswerkers en drugsgebruikers.

Nederland is al jaren een standvastig supporter van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, waar anticonceptie een belangrijk onderdeel in heeft. Nederland wordt internationaal erkend en gewaardeerd, niet alleen vanwege de goede resultaten in eigen land (bijvoorbeeld een laag aantal tienerzwangerschappen) maar ook vanwege de voortrekkersrol en bereidheid om lastige onderwerpen (zoals abortus en rechten van Lesbiennes, Homo- en Biseksuelen, Transgender - LGBT) te agenderen. Er zijn verschillende dwarsverbanden tussen seksuele gezondheid, andere prioriteiten van de agenda voor ontwikkelingssamenwerking en het bredere buitenlandbeleid. Investeren in seksuele gezondheid, zoals het vergroten van de toegang tot anticonceptie en het geven van voorlichting, zorgt ervoor dat vrouwen minder kinderen krijgen en het draagt daarmee bij aan lagere bevolkingsgroei. Dit is belangrijk, want een te hoge bevolkingsgroei is een rem op ontwikkeling, vooral in landen waar ecosystemen precair zijn en waar de druk op onderwijs- en gezondheidssystemen en op land en

water nu al aanzienlijk is. Bovendien zijn vrouwen door het gebruik van anticonceptie beter in staat om de geboorten van hun kinderen te plannen waardoor hun arbeidsparticipatie stijgt. Longwe-Ngwira (2013) toont aan dat dat er toe bijdraagt dat meer kinderen naar school gaan en de welvaart van huishoudens verbetert.

De ambities van de Nederlandse overheid worden gerealiseerd in samenwerking met multilaterale organisaties, private partijen (inclusief Nederlandse en internationale NGO's en bedrijven) en in bilaterale programma's in acht partnerlanden. Zo wordt er veel geïnvesteerd in internationale fondsen en programma's als de UNFPA, UNAIDS, WHO, The GAVI Alliance, GFATM, en IPPF ("Brief inzake beleid van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, en hiv/aids", 2011).

HOOFDSTUK 5

NAAR EEN MONDIAAL BESTUUR & BELEID?

Mondiale gezondheid en de factoren die gezondheid wereldwijd bedreigen moeten op verschillende niveaus worden aangepakt. Internationaal en nationaal zijn er diverse instellingen die hiervoor zorg (willen) dragen. Daarnaast zijn er maatschappelijke organisaties en bedrijven actief op dit terrein. In dit hoofdstuk worden deze spelers belicht en wordt bekeken in welke mate zij effectief met elkaar samenwerken.

Rol van de WHO

De WHO is een gespecialiseerde organisatie van de Verenigde Naties die het mandaat heeft om mondiaal gezondheidsbeleid te coördineren. Dat mandaat is vastgelegd in de constitutie van de WHO uit 1948. De WHO zet internationaal beleid uit op een aantal gezondheidsprioriteiten en biedt landen daarop technische ondersteuning. Via de jaarlijkse ledenvergadering worden er internationale afspraken gemaakt. Op dit moment zijn de gezondheidsprioriteiten: de Millenniumdoelen, NCDs, versterking van gezondheidssystemen, infectieziekten en pandemieën, determinanten van gezondheid en de kwaliteit en toegankelijkheid van geneesmiddelen. Deze prioriteiten sluiten goed aan op de mondiale uitdagingen die in de voorgaande hoofdstukken zijn geïdentificeerd.

In de praktijk is de invloed van de WHO echter beperkt. Ondanks het feit dat de WHO legaal bindende afspraken kan maken over mondiale gezondheidsissues, is dit tot nu toe maar twee maal gebeurd. Dit is de *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), het wereldwijde kaderverdrag over tabak uit 2003. Daarnaast zijn er de *International Health Regulations* (IHR) uit 2005, waarin wetgeving is opgenomen om de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan, bijvoorbeeld via een verbod op de export van bepaalde dier- en plantensoorten. Vanuit volksgezondheidsperspectief zou het wenselijk zijn als de WHO meer bindende afspraken kan maken over mondiale gezondheidsissues, bijvoorbeeld over de migratie van zorgpersoneel, de ontwikkeling van essentiële medicijnen,

het aanpakken van antibioticaresistentie, of het toegestane gehalte aan vetten en suikers in voedsel en frisdranken. Politieke en economische belangen die meespelen bij de multilaterale onderhandelingen die plaatsvinden in de WHO verhinderen echter dat deze afspraken worden gemaakt (Mahbubani, 2013).

Een andere handicap is de financieringsstructuur van de WHO. Het leeuwendeel van de kosten, ongeveer 75 procent, wordt gefinancierd door vrijwillige bijdragen. De overige 25 procent bestaat uit een vastgestelde ledenbijdrage voor ieder land. Ook andere grote internationale fondsen, zoals UNICEF (VN-kinderrechtenorganisatie), UNFPA (*United Nations Population Fund*) en GFATM (*Global Fund to fight against AIDS, TB and malaria*), werken op basis van vrijwillige bijdragen. Op internationale bijeenkomsten, zoals de G20 en donorconferenties, doen landen toezeggingen voor de financiering van fondsen, maar deze beloftes worden lang niet altijd nageleefd en zijn niet (altijd) legaal bindend. Het gevolg is dat fondsen – en daarmee het beleid – voor internationale gezondheidsprogramma's instabiel zijn en afhangen van de politieke agenda van donorlanden (Shridhar, 2012).

De rol van een internationale organisatie als de WHO voor mondiale standaarden is relevant, maar heeft nog maar weinig bindende afspraken opgeleverd. De rol van landen blijft zeer belangrijk. Er zijn maar enkele landen met een mondiaal gezondheidsbeleid. Dit betekent dat zij zowel nationaal als internationale prioriteiten voor gezondheid combineren in een gezamenlijke strategie. In Nederland is relatief nog weinig aandacht voor deze benadering.

Europees niveau

De EU heeft ook een strategie voor mondiale gezondheid gemaakt. Zo ontwikkelde de Europese Commissie in 2010 de beleidscommunicatie de *'EU Role in Global Health'*. Zij geeft hierin aan dat het Europese beleid op het gebied van gezondheid en internationale samenwerking ondersteund moet worden middels het beleid dat op andere Europese beleidsterrein wordt gevoerd. Dit gaat bijvoorbeeld over de aanpak van de NCD-epidemie, opkomende infectieziekten en ontwikkeling van medicijnen. Hierin moeten het Europese handelsbeleid, landbouwbeleid en arbeidsmigratiebeleid niet ondermijnend zijn aan principes als universalisme, mensenrechten en sociale rechtvaardigheid. De *'EU Role in Global Health'* benoemt bovendien dat de EU een leidende en gecoördineerde positie zou moeten nemen in mondiale onderhandelingen bij onder andere de WHO. Gezamenlijke posities van de EU-lidstaten moeten aangeven waar de lidstaten van de EU het over eens

zijn wat betreft mondiaal gezondheidsbeleid. De EU ondersteunt een sterker leiderschap van de WHO (European Commission, 2010).

Het Europese kantoor van de WHO (WHO-EURO) heeft voor de bredere Europese regio ook een strategie ontwikkeld welke 'Health 2020' heet. De belangrijkste doelstelling van 'Health 2020' is het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen landen en tussen verschillende bevolkingsgroepen binnen landen. Een belangrijk thema hierin is dat gezondheid een maatschappij-brede benadering moet hebben en niet slechts het domein is van het ministerie van Gezondheid en van zorginstellingen. Verder wordt hierin een intersectoraal beleid en een proactieve rol van de gezondheidssector (focus op de promotie van gezondheid in plaats van behandeling van ziekte) uiteengezet. De strategie benadrukt dat het voordeliger is voor een samenleving om op langere termijn in zorg en welzijn te investeren en dat het snijden in publieke gezondheidszorg sociale ongelijkheden vergroot (World Health Organization Regional Office for Europe, 2012).

De Nederlandse ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Buitenlandse Zaken werken nauw samen met de WHO en de EU-partners om tot een sterk gezamenlijk gezondheidsbeleid te komen. Nederland heeft hierin voor een aantal speerpunten gekozen, waaronder NCDs, seksuele en reproductieve gezondheid, gezonde vergrijzing en samenwerking ten aanzien van vogelgriep en andere virus-surveillance. Een aantal Nederlandse expertisecentra, waaronder het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Nederlandse Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (NIVEL) en enkele academische instituten zijn samenwerkende partners van de WHO en de European Centre for Disease Control (ECDC).

Nationale overheden

Ondanks het mandaat dat de WHO en de EU hebben om gezamenlijk gezondheidsbeleid te maken, ligt de primaire verantwoordelijkheid voor zorg voornamelijk op nationaal niveau. Dit kan een spanningsveld oproepen: mondiale belangen kunnen – zeker op korte termijn – botsen met nationale belangen terwijl de uitvoering van internationaal beleid afhankelijk is van nationale politieke afwegingen. De Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen, Zwitserland en Duitsland hebben op nationaal niveau ook mondiaal gezondheidsbeleid ontwikkeld. De meeste landen hebben echter geen mondiaal gezondheidsbeleid geformuleerd, waaronder Nederland. Momenteel is de

Nederlandse overheid, door economische en financiële druk, vooral gericht op het efficiënt en slim inrichten van zijn eigen interne zorgsysteem. In tegenstelling tot tien jaar geleden neemt de Nederlandse overheid een wat meer afzijdige houding aan en volgt binnen de WHO de algemene diplomatieke positie van de Europese Unie. Het blijkt echter dat veel Europese landen en ook de VS selectief bepalen welke prioriteiten ze van de WHO willen financieren en steunen. Met deze selectieve financiering blijven bepaalde programma's van de WHO onvoldoende gefinancierd, zoals het werk op de invloed van sociale ongelijkheden en milieuproblemen op (geestelijke) gezondheid.

Volgens Kishore Mahbubani, een voormalig diplomaat en politiek wetenschapper uit Singapore, heeft het Westen middels deze selectieve benadering, voornamelijk gericht op kortetermijn-eigenbelang, een grote strategische fout gemaakt. In Europa vergrijsst en krimpt de bevolking, wat de aandacht voor bijvoorbeeld NCDs kan verklaren. Tegelijkertijd nemen echter complexe internationale gezondheidsproblemen toe. Juist in deze tijd zouden Europese landen ook vanuit hun eigen belang moeten investeren in duurzame gezondheidszorg elders op de wereld en mondiale afspraken over bijvoorbeeld voedselzekerheid of de aanpak van de toenemende zoönosen (Mahbubani, 2013).

Nederlandse overheid

De belangrijke beleidsdomeinen voor de Nederlandse overheid ten aanzien van mondiale gezondheid zijn internationale samenwerking, de economische topsectoren en het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. Op het gebied van internationale samenwerking richt de Nederlandse overheid zich vooral op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR), inclusief HIV/Aids.

Deze agenda sluit aan bij de Nederlandse topsector *Life Sciences and Health*, een innovatieplatform waarin bedrijfsleven, universiteiten en overheid samenwerken aan product- en kennisontwikkeling. Deze topsector investeert in nieuwe markten voor gezondheidsproducten zoals gespecialiseerde voeding, moleculaire diagnostiek van infectieziekten, vaccins die zowel voor mens- en dier-gerelateerde infecties gebruikt kunnen worden, zoals bijvoorbeeld bij de Q-koorts (Regiegroep Life Sciences & Health, 2012).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vindt de internationale coördinatie rondom mogelijke ontwikkelingen van infectieziekten uitermate belangrijk. Daarom wil het ministerie, in Europese samenwerking en met de WHO-EURO, tot afspraken komen om uitbraken van infectieziekten te

voorkomen. Deze afspraken zijn in lijn met de *International Health Regulations* van de WHO en gaan erover dat landen “betrouwbare, tijdige en transparante” informatie verstrekken over uitbraken zoals de Mexicaanse griep in 2010 of uitbreidende patronen van antibioticaresistentie (“Brief inzake dierziektebeleid”, 2012).

De organisatie Wemos bepleit echter dat er meer strategische samenwerking en samenhang moet komen tussen het beleid van de ministeries van Buitenlandse Zaken, Economische Zaken en VWS. Wemos stelt voor dat de Nederlandse overheid een geïntegreerd mondiaal gezondheidsbeleid ontwikkelt, zoals reeds in andere Europese landen gedaan (Van de Pas & Hoeflake, 2013).

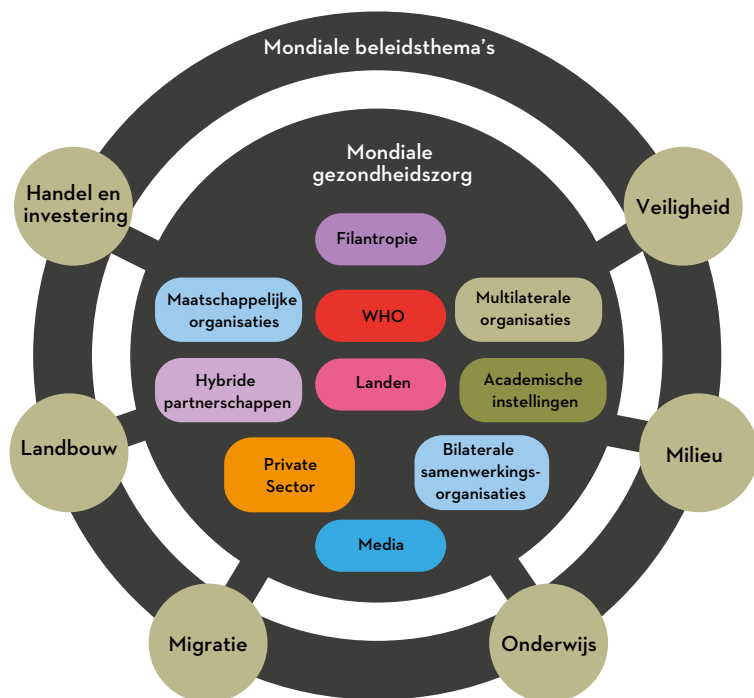
Lage-inkomenslanden en fragiele staten

In de jaren 2000-2010 is er door donoren aanzienlijke energie en capaciteit gestoken in coördinatie en integratie van internationale donorinvesteringen met nationaal gezondheidsbeleid van lage-inkomenslanden. Deze inspanningen richtten zich met name op de aidsbestrijding en hebben er bijvoorbeeld voor gezorgd dat HIV-medicatie en tuberculosemedicijnen ook beschikbaar zijn gekomen in landen als Malawi en Zambia. Deze investeringen worden echter vaak voor een beperkte periode (drie tot vijf jaar) gedaan. Nu er door de financiële crises ook minder geld beschikbaar is voor deze fondsen, zullen een aantal TB- en HIV-programma's gestopt worden, wat weer een risico met zich meebrengt voor resistentie en internationale verspreiding van deze ziektes (Ooms, Van Damme, Baker, Zeitz, & Schrecker, 2008; World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009).

Grote internationale gezondheidsinitiatieven zoals GFATM en de *Global Alliance for Vaccine Initiatives* (GAVI) investeren voornamelijk in directe programmaondersteuning, zoals bednetten voor malaria, en vaccinaties voor mazelen. Zij hebben minder oog voor het structureel versterken van nationale gezondheidssystemen. Vanwege de beperkte financiële middelen van lage inkomenslanden en fragiele staten zijn hun nationale gezondheidsbeleid en -programma's niet sterk ontwikkeld. Hierdoor is vanuit deze landen ook weinig of geen aandacht voor mondiale gezondheidsbeleid.

Een opmerkelijke trend is een toenemende rol en groeiend aantal van NGO's (niet-gouvernementele organisaties), filantropische instellingen en *global health* initiatieven. Dit heeft geleid tot aanzienlijke fragmentatie van internationale gezondheidszorg-programma's en -beleid. Deze organisaties hebben op hun

deelterrein en geografische locatie een bijdrage aan verbetering van zorg. Daarnaast hebben ook andere actoren, zoals het bedrijfsleven en de wetenschap, een rol in de gezondheidszorg. Wat ontbreekt, is een sterk mondiaal mechanisme en instelling om strategische coherentie een aansturing aan het geheel te geven (Frenk & Moon, 2013, zie figuur 8). De WHO zou hier een sterke rol in moeten en kunnen hebben, maar krijgt daarvoor slechts beperkt de ruimte van zijn lidstaten. Bovendien richt een groot aantal spelers die actief zijn op het gebied van internationale gezondheid zich op de meer directe programmatische aanpak van gezondheidszorg. Volgens professor Ilona Kickbusch, directeur van het Global Health Programme van het Graduate Institute of International and Development Studies, is dringend meer aandacht nodig voor overkoepelende gezondheidsproblemen en toekomstige uitdagingen (Kickbusch, 2011). Hiervoor is echter veel meer internationale afstemming nodig. Over dit debat gaat het volgende hoofdstuk.



Figuur 8. Uitdagingen voor het besturen van mondiale gezondheid (Frenk & Moon, 2013).

HOOFDSTUK 6

HET DEBAT

De opmars van de NCDs, de toenemende antibioticaresistentie van bacteriën en het groeiende risico van nieuwe zoönosen worden breed als grote problemen erkend. Toch is er internationaal beperkt aandacht voor hoe de risico's van antibioticaresistentie en zoönosen ingeperkt kunnen worden (preventie). Het debat over mondiale gezondheid spitst zich daarbij met name toe op hoe deze mondiale gezondheidsrisico's op een effectieve en rechtvaardige manier aangepakt kunnen worden. Dit gaat over het vinden van geschikte bestuurlijke vormen, beleidsmodellen en financieringsmechanismen. In deze discussie zijn drie vraagstukken te onderscheiden: een effectieve mondiale aanpak van gezondheidsissues, de rol van het bedrijfsleven en de financiering van gezondheidszorg.

Een effectieve mondiale aanpak van gezondheidsthema's

Er is momenteel veel debat over de *governance*, het bestuur, voor mondiale gezondheid. Hoe kan beleid rond grensoverschrijdende gezondheidsvraagstukken minder vrijblijvend zijn en hoe kunnen verschillende actoren hun verantwoordelijkheid nemen? In principe is de WHO met zijn ledenvergadering het aangewezen instituut om landen ter verantwoording te roepen over de voortgang van hun gezondheidsbeleid. In de statuten van de WHO is vastgelegd dat landen jaarlijks een rapportage van hun gezondheidsbeleid moeten maken en dit moeten delen met de WHO en anderen (World Health Organization, 1948). Kishore Mahbubani (2013) stelt vast dat landen helaas niet individueel aangesproken worden of zij wel voortgang maken met betrekking tot hun gezondheidsprogramma's. Hij constateert ook dat nationale overheden vooralsnog economische en veiligheidsbelangen laten prevaleren boven (mondiale) gezondheidsbelangen. Daarnaast neemt de rol van niet-statelijke spelers, zoals NGO's en filantropische instellingen, toe. Deze spelers zijn nauwelijks gebonden aan de regels van de WHO.

Verder is er op het gebied van gezondheid gebrek aan samenhang van mondiaal beleid tussen de verschillende mondiale organisaties. Westerse landen hebben in VN-verband uitgesproken dat iedereen wereldwijd toegang moet hebben

tot essentiële geneesmiddelen. Dezelfde landen zorgen er echter in onderhandelingen van de Wereldhandelsorganisatie (WTO, World Trade Organization) voor dat de patenten van grote farmaceutische bedrijven beschermd blijven. Dit doen zij vanuit de gedachte dat anders farmaceuten niet meer inzetten op de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Dit heeft als gevolg dat in meerdere lage-inkomenslanden geen goedkope medicijnen geproduceerd worden. Hierdoor zijn veel medicijnen, zoals medicijnen om diverse vormen van kanker te behandelen, voor grote groepen mensen onbetaalbaar. Handelsbelangen profileren in dit geval boven gezondheidsbelangen (Stiglitz, 2013).

Naast kritiek op de gebrekkige mondiale aansturing van de gezondheidszorg is er ook kritiek op de inefficiënte manier waarop de WHO in landen gezondheidsprogramma's uitrolt. Volgens het Britse ministerie van Ontwikkelingssamenwerking, DFID, gaat de WHO nogal bureaucratisch en niet-effectief te werk (Department for International Development, 2011). Internationale donoren kiezen daarom vaker voor grote fondsen, zoals UNICEF of GAVI, of voor NGO's die sneller en doelgerichter programma's kunnen uitrollen. Dat kunnen zij makkelijker verantwoorden aan belastingbetalers of donateurs (Van de Pas & Van Schaijk, 2014).

De rol van het bedrijfsleven

Er zijn verschillende discussies over de rol van het bedrijfsleven. Belangrijkste steen des aanstoot is het gegeven dat het bedrijfsleven via ongezonde voedingsartikelen (te vet, te zout en te zoet) bijdraagt aan de ziektelast. Juist ongezonde voedingsartikelen blijken commercieel interessant. Door vrijhandel en internationale investeringen hebben grote voedselmultinationals (*'Big Food'*) in veel opkomende economieën in Zuid-Amerika, Azië en Afrika een aanzienlijke markt gevonden. Bedrijven zien een aantrekkelijke markt in de snel uitdijende steden. Volgens WHO directeur-generaal Chan hebben krottenwijken behoefte aan kleine levenswarenwinkels waar vers voedsel gekocht kan worden en niet slechts aan voorverpakte, goedkope junkfood met een lange houdbaarheidsdatum (Chan, 2011). Hiermee is veel lokale voedselconsumptie onder druk komen te staan en hebben veel mensen zich (gedwongen) moeten overgeven aan een westers eetpatroon. Dit is een belangrijke reden dat overgewicht en bloedsuikerspiegels wereldwijd zo zijn toegenomen (Labonté, Mohindra, & Lencucha, 2011).

Binnen de VN zijn lidstaten in 2011 in een politieke verklaring overeengekomen hoe NCDs het beste voorkomen en behandeld kunnen worden. De nadruk ligt op een multisectorale benadering waarin op verschillende vlakken aan dit probleem

gewerkt moet worden (United Nations General Assembly, 2011). De commerciële belangen van het bedrijfsleven zijn echter erg groot. Ondanks de politieke afspraken zijn er momenteel nog geen internationale overeenkomsten die landen en multinationals dwingen gezonder voedsel aan te bieden waarin minder zout, verzadigde vetten en snelle suikers zitten.

Een ander discussie richt zich op het *Amsterdam Initiative against Malnutrition* (AIM) en wijst op een mogelijke tegenstrijdige rol van het bedrijfsleven. AIM is een publiek-private samenwerking welke tot doel heeft ondervoeding aan te pakken door de verrijking van voedsel met micronutriënten. Interessant in deze discussie is dat de levensmiddelenindustrie hier zowel de oplossing als het probleem vormt, omdat zij met hun producten tegelijkertijd ook bijdragen aan de groei van overgewicht wereldwijd. De Nederlandse organisatie Wemos stelt kritische vragen bij de rol van deze voedingsindustrie: Wat is de waarde van de inspanningen van de voedingsindustrie binnen AIM (om ondervoeding te bestrijden), als diezelfde industrie tegelijkertijd bijdraagt aan een wereldwijde toename van overgewicht (Van de Pas, 2013)?

Financiering van de zorg: wie betaalt de rekening van een mensenrecht?

Gezondheidszorg wordt, net als andere economische, sociale en culturele rechten, voornamelijk gezien als een nationale aangelegenheid. Er begint echter vanuit een mensenrechtenperspectief meer aandacht te komen voor de mondiale verantwoordelijkheden van staten (United Nations General Assembly, 2012b).

Mensenrechtenactivisten en onderzoekers bestuderen of dit ook betekent dat landen internationale verplichtingen hebben om gezondheidsprogramma's buiten hun eigen landsgrenzen te financieren en ondersteunen. Dit werpt nieuwe vragen op. De Nederlandse overheid heeft bijvoorbeeld een verplichte zorgverzekering ingesteld zodat alle burgers toegang hebben tot zorg. Kan dit op den duur ook betekenen dat Nederland, als onderdeel van afspraken binnen de VN, verplicht wordt bij te dragen aan zorgsystemen in landen die dat niet kunnen betalen? Aan welke elementen dienen zij dan wel mee te betalen en welke niet? Wat houdt essentiële zorg überhaupt in en wat is het legale raamwerk voor een dergelijke mondiale gezondheidsovereenkomst? Wie moet dit coördineren (Gostin et al., 2011)?

Nederlandse organisaties en verzekeraars zijn al betrokken bij het opzetten en subsidiëren van coöperatieve of sociale gezondheidsverzekeringen in Afrikaanse landen. Deze inzet draagt bij aan verdere dekking van het aantal mensen dat toegang tot zorg heeft. Het succes van dergelijke verzekeringen op langere termijn hangt af van mogelijkheden van overheden om deze op te nemen in hun nationale gezondheidsbeleid (Spaan et al., 2013). In tijden van financiële crisis is het echter aannemelijk dat landen, inclusief Nederland, in eerste instantie voor hun eigen sociaal systeem kiezen (Decoster, 2013).

Bij de discussies over de betaalbaarheid van de zorg is de preventie van allerlei mondiale gezondheidsrisico's een onderbelicht thema. Juist een goede preventie kan leiden tot enorme kostenbesparingen. Preventieve programma's van de WHO zijn echter sterk ondergefinancierd. Een voorbeeld hiervan is de *Framework Convention on Tobacco Control* waar landen via hun bijdrage aan de WHO aan meebetalen. Preventie van volksgezondheidsrisico's zoals een voedselcrisis of aanpakken van overgewicht, worden grotendeels nationaal gefinancierd.

De conclusie is dat het beschermen en promoten van gezondheid van burgers vooral nog een nationale aangelegenheid is. Nationale overheden kunnen over grensoverschrijdende gezondheidsproblemen afspraken maken op multilateraal niveau. Meer en meer wordt gepleit voor samenwerking met multinationals en NGO's (niet-gouvernementele organisaties), omdat zij grote invloed kunnen hebben op gezondheidssissues en een groot internationaal bereik hebben. Probleem hierbij is dat deze private partijen geen legale verplichtingen hebben om de volksgezondheid en mensenrechten te waarborgen. De cruciale vraag blijft of deze samenwerkingsverbanden dan niet te vrijblijvend zijn om huidige mondiale problemen aan te pakken. Een belangrijke vraag daarbij is of landen naast hun eigen burgers ook een verantwoordelijkheid hebben voor de bescherming van gezondheid van mensen in andere landen. De economische crisis zorgt ervoor dat Europese landen voornamelijk met hervormingen van hun eigen zorgsysteem bezig zijn. Zij hebben daarbij minder oog voor wat er op ander plekken in de wereld gebeurt.

HOOFDSTUK 7

KANSEN VOOR ACTOREN

Wie zijn de relevante actoren op het gebied van mondiale gezondheid? En op welke manier kunnen zij bijdragen aan de eerder beschreven noodzakelijke veranderingen?

Mondiaal bestuur en internationale afspraken

In de discussie rond internationale samenwerking en duurzame ontwikkeling wordt steeds duidelijker dat er meer werk gemaakt moet worden van het verbeteren van de hulpeffectiviteit en donorcoördinatie. Ondanks het feit dat landen zelf meer financiële inkomsten hebben om hun gezondheidsprogramma's te financieren, zullen er een aantal zijn – in het bijzonder in sub-Sahara Afrika – die het niet zal lukken om deze financiën op te brengen. De internationale gemeenschap heeft een verantwoordelijkheid om ook daar gezondheidsprogramma's financieel te ondersteunen. Er vindt langzaam een verschuiving plaats van het paradigma van internationale gezondheidshulp, gebaseerd op charitatieve donorfinanciering, naar een verplichtend systeem om universele gezondheidszorg te garanderen. Dit systeem, gebaseerd op solidariteit en één of meerdere mondiale fondsen voor gezondheid, moet zijn basis hebben in internationale of regionale overeenkomsten of conventies die juridisch bindend zijn (Sidibé & Buse, 2012; United Nations General Assembly, 2012a).

Het is belangrijk dat Nederland, in EU-verband, zich inzet voor een efficiënte en sterke WHO, die voldoende middelen en flexibiliteit heeft om normerend beleid uit te zetten en internationale afspraken te faciliteren en op te volgen. Dit betekent ook een grotere coördinerende rol voor de WHO in relatie tot andere instituten zoals de Wereldbank, UNICEF en andere mondiale actoren als de GFATM en de Bill & Melinda Gates Foundation (Battams, Van Schaik, & Van de Pas, 2012).

De Nederlandse overheid

Omdat gezondheid in principe steunt op een goede gezondheidszorg en op omgevingsfactoren zoals luchtkwaliteit, inkomensniveau, handel en vrede en

stabiliteit, heeft een aantal landen er al voor gekozen een nationale mondiale gezondheidsstrategie te ontwikkelen waarin aandacht is voor coherentie van beleid en waarbij meerdere sectoren worden betrokken. De gezondheidsorganisatie Wemos pleit er dan ook voor dat de Nederlandse overheid een dergelijke benadering kiest, waarin het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het initiatief zou kunnen nemen (Van de Pas & Hoeflake, 2013).

Het Verenigd Koninkrijk (VK) heeft een dergelijke overheidsstrategie ontwikkeld voor de periode 2008-2013. De strategie van het VK is gebaseerd op de volgende vijf pijlers:

1. betere gezondheid voor mondiale veiligheid;
2. sterkere, eerlijke en veilige systemen voor gezondheid;
3. effectievere internationale gezondheidsorganisaties;
4. eerlijke en vrije handel voor betere gezondheid;
5. het versterken van wetenschappelijk bewijs voor verbeteren van beleid en praktijk.

Dit moet uiteindelijk leiden tot grotere samenhang tussen internationale en nationale beleid om de mondiale gezondheid te verbeteren (United Kingdom HM Government, 2008).

Als deze benadering naar Nederland zou worden vertaald dan betekent dit dat beleidsmakers van de verscheidende ministeries een strategie kunnen ontwikkelen, in samenspraak met relevante NGO's, kennisinstituten en het bedrijfsleven. Hierin zouden thema's zoals zorgverzekeringen en zorgfinanciering, seksuele en reproductieve gezondheidsprogramma's, maar bijvoorbeeld ook het voorkomen van een grippandemie of een gezondheidsramp, een plek in kunnen hebben. Nederland zou zich daarnaast ook binnen de EU actief kunnen opstellen in het beleid rond Europese en mondiale gezondheid. De Nederlandse egalitaire traditie, respect voor mensenrechten, en decennialange ervaring in internationale gezondheidsprogramma's hebben een absolute meerwaarde in het versterken van het EU-beleid in mondiale gezondheid (Mackenbach & McKee, 2013).

Bedrijfsleven

Overheden moeten nationaal en internationaal de beleids- en juridische kaders bepalen. Bedrijven, zoals grote farmaceuten, verzekeraars, en voedingsmiddelenproducenten, kunnen meer doen om via integer en strategisch MVO-beleid bij te dragen aan duurzame ontwikkeling die ten goede komt aan het verbeteren van de volksgezondheid. Winstmaximalisatie voor aandeelhouders moet niet

het hoofddoel zijn, maar eerder een bedrijfsmodel met aandacht voor de rechten van werknemers en impact van de bedrijfsproducten op de gezondheid van consumenten. Er zijn al goede voorbeelden. Nederlandse verzekeraars zijn in samenwerking met NGO's betrokken bij de opzet van coöperatieve gezondheidsverzekeringen in verschillende landen buiten Europa (zie hiervoor de Achmeawebsite: <https://www.achmea.nl/over-achmea/MVO/onze-wereld/microverzekeren/Paginas/default.aspx>). De voedingsmiddelenindustrie, die in Nederland en daarbuiten een aandeel heeft in de oorzaak en aanpak van overgewicht en suikerziekte bij kinderen, richt zich in zijn MVO-beleid op het bevorderen van gezonde keuzes. Dit doen zij onder andere via campagnes, het labelen van bepaalde gezonde voedingsmiddelen en innovatie om levensmiddelen gezonder te maken. Een voorbeeld hiervan is het Choices Programme (zie daarvoor de website <http://www.choicesprogramme.org/what-choices>).

De farmaceutische industrie heeft in haar MVO-beleid ook aandacht voor mondiale problemen. De industrie wordt daarbij gesteund door de *Access to Medicine Index*, een onafhankelijk platform waarin de farmaceutische industrie wordt beoordeeld op de toegankelijkheid van de medicijnen die zij produceren. De index laat zien hoe transparant bedrijven zijn, welke investeringen zij doen in armoede-gerelateerde ziekten en hoe zij hun patenten beschikbaar maken (Access to Medicines Index, 2013). *Health Action International* (HAI) betoogt dat onderzoek en innovatie in geneesmiddelen voor veel voorkomende ziektes in lage- en middeninkomenslanden niet voldoende aandacht krijgen van de industrie omdat de markt ervoor niet interessant genoeg is. Hetzelfde geldt voor nieuwe antibiotica en zogenaamde weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen voor zeldzame ziektes). Dit komt voort uit een structureel probleem rond de ontwikkeling van nieuwe medicijnen: de investeringen vooraf zijn zeer hoog en die kosten moeten achteraf worden terugverdiend. Een dergelijke investering is bedrijfsmatig alleen verantwoord bij een stevige potentiële markt: medicijnen voor een grote en bij voorkeur kapitaalkrachtige doelgroep. Om de ontwikkeling van medicijnen voor ziekten die een minder sterke terugverdiengarantie hebben ook mogelijk te maken pleit HAI voor meer publieke financiering van bijvoorbeeld onderzoek naar antibioticaresistentie (Health Action International-Europe, 2013).

Farmaceutische bedrijven hebben ook stappen genomen om de toegankelijkheid van hun gepatenteerde medicijnen te vergroten. Dit is ontstaan na druk van verschillende NGO's (middels rechtszaken) in onder andere India en Zuid-Afrika om toegang te hebben tot betaalbare medicijnen. In het 'TRIPS'-verdrag

(*Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*) van de Wereldhandelsorganisatie (WTO (World Trade Organization, 1994)) is vastgelegd dat intellectueel eigendom op medicijnen twintig jaar wordt beschermd. Dit kan door landen alleen worden omzeild als er een volksgezondheids crisis is (zoals in het geval van HIV-Aids). Zij kunnen in een dergelijk geval goedkope medicijnen zonder merknaam inkopen bij een internationale of nationale producent. In werkelijkheid staan patenten landen nog wel in de weg om zelf goedkope medicijnen te ontwikkelen. Om een aantal landen tegemoet te komen biedt een aantal grote farmaceutische bedrijven nu vrijwillig hun gepatenteerde HIV-medicijnen aan tegen kostprijs via de Medicines Patent Pool (website: <http://www.medicinespatentpool.org/>). Dit heeft geholpen HIV-medicijnen in lage-inkomenslanden beschikbaar te krijgen.

De Nederlandse veterinaire sector

De bouw van megastallen voor vleesproductie voor de export, het transport van levend vee en voedsel over grote afstanden door Europa, en de voortschrijdende schaalvergroting in de voedselverwerkende industrie kunnen grote risico's vormen voor een gezonde leefomgeving en brengen een verhoogde kans op de verspreiding van infectieziekten. Er is een groeiende bewustwording dat deze spelers in de voedingsindustrie een verantwoordelijkheid hebben. Zo is er bijvoorbeeld een convenant waarin afspraken staan over het terugdringen en monitoren van besmetting met de *Campylobacter* bacterie in pluimvee (Central Veterinary Institute, 2013a). In het geval van megastallen kunnen gemeenten en Gemeentelijke Gezondheid Diensten (GGD), op basis van nationale richtlijnen, afspraken maken met de betrokken landbouwondernemers. Het risico op infecties en gezondheidsschade kan dan tot een minimum beperkt worden. In de veterinaire sector zijn op nationaal niveau ook afspraken gemaakt over het vergaand terugdringen van antibioticagebruik. Bedrijven in de veterinaire sector hebben zich gebonden aan vrijwillige afspraken om antibioticagebruik terug te dringen door middel van beter toezicht, meer aandacht voor een gezond bedrijfsomgeving van dieren en afname van het preventief gebruik van medicijnen. De Nederlandse overheid houdt ook scherper toezicht op antibioticagebruik en -resistentie, en zet antibioticaresistentie in het kader van de EU en WHO hoog op de agenda ("Brief inzake antibioticaresistentie", 2013).

Een belangrijke ontwikkeling is ook de internationale beweging en kennisnetwerk *One Health*, die op een multidisciplinaire manier kijkt naar de samenhang tussen de gezondheid van mensen, dieren en ecosystemen, en zo probeert risico's te voorkomen (*One Health Global Network* 2013: <http://www.onehealthglobal>).

net/). Het netwerk heeft daarbij ook een portal die bedoeld is voor professionals die werkzaam zijn in de menselijke gezondheidszorg of de veterinaire sector. Het is een digitaal platform om 'humaan-veterinaire informatie uit te wisselen en samenwerking te faciliteren.' Dit platform kan zich in de toekomst verder uitbreiden om expertise en integraal beleid te ontwikkelen op het gebied van zoönosen en de aanpak hiervan. Er is ook een Nederlands platform gelieerd aan *One Health* dat als belangrijkste doel heeft om zoönosen vroegtijdig te signaleren. Het is belangrijk om tijdig maatregelen te kunnen nemen in zowel het menselijke als het veterinaire domein.

Maatschappelijke organisaties

Michael Edwards, een specialist in internationale ontwikkeling, beschreef in *The Broker* hoe internationale NGO's de brug kunnen vormen van een technologische benadering van gezondheidsproblemen naar een vorm waarin meer aandacht is voor sociale veranderingen en publieke participatie. "Er is geen vaccinatie voor sociale onrechtvaardigheid en geweld" (Edwards, 2011). Door mondialisering is ook de complexiteit van gezondheidsissues groter geworden. NGO's zouden deze complexiteit moeten omarmen naast hun meer traditionele werk in het verlenen van humanitaire medische zorg en educatie. Dit betekent, volgens Edwards en anderen dat medische NGO's uit hun silo moeten breken en meer actief kunnen samenwerken met andere maatschappelijke organisaties die, via een politieke agenda, werken aan thema's zoals eerlijke belastingssystemen, klimaat en leefomgeving, patenten, arbeidsrechten, sociale rechtvaardigheid etc. Dit kan via het versterken van netwerken, zowel op nationaal als internationaal niveau (McCoy, 2011).

Filantropische instellingen

Gezondheid staat hoog op het prioriteitenlijstje van veel filantropische instellingen. Er is sprake van een langzame trend waarbij privé-donoren proportioneel meer bijdragen aan mondiale gezondheid dan de traditionele overheidsfinanciering. De Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF) is na de overheid van de Verenigde Staten de grootste investeerder in mondiale gezondheidszorg-programma's. Zij doen dit via verschillende investeringen, zoals via programma's van de WHO, GAVI, GFATM, maar ook door wereldwijd NGO's, academische instituten en laboratoriumonderzoek te financieren. Door de hoeveelheid geld die de BMGF investeert is het een belangrijke actor geworden in mondiaal gezondheidsbeleid. Ondanks haar grote inzet is er kritiek op het functioneren van de stichting. Veel van haar programma's richten zich op technologische en innovatieve oplossingen, zoals vaccinaties tegen baarmoederhalskanker en

sneltesten voor HIV-infecties, zonder aandacht te hebben voor het algemene gezondheidssysteem en leef- en sociale omstandigheden in landen waar de programma's uitgezet worden (Stuckler, Basu, & McKee, 2011).

Zorginstellingen

Nederlandse zorginstellingen zijn grote ondernemingen geworden. Een gemiddeld ziekenhuis in Nederland heeft meer dan vijfhonderd bedden en er is de neiging tot verdere fusies. In 2010 bedroegen de totale zorguitgaven 75 miljard euro. Ongeveer tien procent van ons nationale inkomen wordt gespendeerd aan de zorg en medicatie. Het is niet verwonderlijk dat in de context van de huidige financiële crisis er vooral wordt gesproken over het beheren van de zorgkosten. Er wordt veel nagedacht over duurzame zorg en hoe we dit kunnen organiseren in de veranderende Nederlandse maatschappij (Van der Lucht & Polder, 2010). Mondiale invloeden blijven echter grotendeels buiten beschouwing. Zorginstellingen en biomedische bedrijven ontkomen er niet aan om deze meer te nemen in toekomstige overwegingen. Op economisch en innovatief gebied gebeurt dit al door een aantal platforms, zoals de Taskforce Healthcare, waarin het bedrijfsleven, verzekeraars, overheid en het maatschappelijk middenveld samenwerken aan internationale gezondheidsinitiatieven. In het kader van internationale ontwikkelingen op het gebied van MVO is het waardevol voor instellingen om de VN-principes voor bedrijfsleven en mensenrechten, de zogenaamde 'Ruggie principes', te gebruiken (United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, 2011).

Deze Ruggie principes geven een leidraad hoe bedrijven en ondernemingen mensenrechten kunnen beschermen, respecteren, en actie kunnen ondernemen als er mensenrechten geschonden worden. Denk bijvoorbeeld aan de nadelige effecten van wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen die door farmaceutische bedrijven uitgevoerd worden in lagelonenlanden. Een ander voorbeeld is het voorkomen van een *brain drain* van medisch zorgpersoneel uit landen met weinig artsen en verpleegkundigen. Ook in Nederland is er door verschillende organisaties over nagedacht hoe met een duurzaam zorgsysteem en mobiliteit van werknemers omgegaan kan worden, waarbij voorkomen wordt dat de beschikbaarheid van zorgverleners uit balans raakt (Van de Pas & Hoeflake, 2013).

Academische instituten

Academische zorginstellingen hebben de afgelopen jaren ook *global health* instituten opgezet. Deze instituten komen vaak voort uit bestaand onderzoek en

samenwerking met organisaties in lage- en middeninkomenslanden. Deze instituten zijn bij uitstek geschikt om huidige mondiale gezondheidsontwikkelingen systematisch te analyseren, zoals de NCD-epidemie, universele gezondheidszorg en de relatie tussen klimaat en gezondheid. Een voorbeeld voor geavanceerd onderzoek in mondiale gezondheid kan gevonden worden bij transdisciplinaire instituten in Canada, welke de effecten van mondialisering op de gezondheid van Canadezen analyseren (Labonté, 2010).

Burgers

'Global health starts at home' is een concept dat de eigen gezondheidssituatie van burgers wil verbeteren en tevens een bijdrage wil leveren aan het oplossen van internationale gezondheidsproblemen. Ilona Kickbusch, hoogleraar mondiaal gezondheidsbeleid aan de Graduate Institute in Geneve, legt dit principe uit middels de co-productie van gezondheid. Mensen zijn niet langer slechts patiënten die gelaten zorg ondergaan, maar zijn als consumenten, kritische burgers, zorgprofessionals, mantelzorgers etc. veel actiever betrokken bij zorg en gezondheidsprogramma's. Het idee is dat bedrijfsleven, burgers en overheid gedreven door gezamenlijke waarden zoals welzijn, mensenrechten en solidariteit, samenwerken aan een gezonde samenleving (Kickbusch, 2011).

Een Nederlandse benadering hiervan is het concept 'Maatschappij als medicijn'. Dit is een maatschappelijke benadering waarin de mens centraal staat. Het idee is dat we moeten stoppen met de focus op ziekte en diagnoses, maar dat we in plaats daarvan mensen centraal stellen om zo het gezondheidspotentieel te versterken. Participatie en gezondheid van mensen kunnen meer beloond worden, bijvoorbeeld door het stimuleren door de overheid van allerlei lokale initiatieven om mensen met verstandelijke of lichamelijke handicaps deel te laten hebben aan dagelijks werk en sociale activiteiten; of plekken waar ouderen met chronische ziekten bij elkaar komen en samen met jongeren sociale activiteiten ondernemen. Mensen kunnen (financieel) gestimuleerd worden om (weer) lokaal geproduceerd – voornamelijk plantaardig – voedsel te eten, of deze zelf te verbouwen in stadstuintjes. De druk op de bio-industrie neemt hiermee af. Dit zorgt ervoor dat mensen weer wat meer in beweging zijn. Hiermee sla je twee vliegen in een klap om bij te dragen aan klimaat- en gezondheidsrisico's (Stronks, 2007). Er is de afgelopen jaren ook meer aandacht voor preventie zoals gezonde voeding en voldoende beweging. Mensen kunnen zich ook beter informeren over gezondheidsrisico's als zij op vakantie gaan naar een ander land.

CONCLUSIE

De mondialisering van economie en maatschappij heeft aanzienlijke gevolgen voor onze gezondheid en de gezondheidszorg. Er zijn nieuwe kansen en mogelijkheden. Zo zijn bijvoorbeeld dankzij internet en toegenomen mobiliteit de keuzemogelijkheden voor patiënten sterk toegenomen. Er zijn echter ook nieuwe risico's. Met de verspreiding van een westerse levensstijl zien we ook een wereldwijde toename van chronische ziekten. Deze is in sterke mate het gevolg van een ongezonde levensstijl: minder bewegen en slecht eten (te vet, te zout en te zoet). Daarnaast verspreiden griepvirussen zich sneller, neemt de antibiotica-resistentie van bacteriën toe en ontwikkelen gevaarlijke zoönosen zich sneller dan voorheen. Tot slot zijn gezondheidsrisico's in landen met een tekortschietende gezondheidszorg, vanwege de groeiende mobiliteit, in toenemende mate ook een risico voor landen met redelijk of goed functionerende gezondheidszorg. Antibioticaresistentie als gevolg van onverantwoord medicijngebruik in het Verre Oosten is ook voor Nederland een groot risico: toeristen en andere reizigers kunnen de antibioticaresistente bacterie meenemen.

Deze trends op het gebied van de gezondheid zijn gerelateerd aan andere mondiale ontwikkelingen. De opmars van de westerse ongezonde levensstijl betekent dat er meer CO₂ wordt verbruikt (auto rijden, vliegen, ander energieverbruik), wat bijdraagt aan klimaatverandering. De opwarming van de aarde vergroot op haar beurt weer de risico's voor chronisch zieken. Daarnaast brengt de westerse levensstijl een zeer intensieve veehouderij met zich mee (mensen eten meer vlees en zuivel), wat grote risico's met zich meebrengt op het gebied van antibioticaresistentie en de verspreiding van zoönosen.

Ondanks de erkenning dat gezondheid zo sterk mondiaal is verbonden, schiet de mondiale (grensoverschrijdende) aanpak van de nieuwe risico's te kort. Daarnaast zijn er grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen én binnen landen. Zowel in de mondiale aanpak van transnationale gezondheid risico's als in het verkleinen van mondiale gezondheidsverschillen kunnen grote stappen worden genomen door internationale instellingen, nationale overheden,

bedrijven (waaronder farmacie en voedselindustrie), NGO's en burgers. Op dit moment is er discussie over *global governance*: hoe kan er aan een vorm van mondiaal bestuur op het gebied van gezondheid gewerkt worden? Welke rol spelen verschillende internationale actoren hierbij, waarover kunnen bindende afspraken gemaakt worden en wat is de rol van nationale overheden? De WHO is en blijft een centraal instituut in dit krachtenveld en zal een sterkere coördinerende en faciliterende rol moeten hebben om gezondheid op een eerlijke manier voor allen mogelijk te maken. Tegelijkertijd mist de WHO de bevoegdheden om nationale staten maatregelen op te leggen en is zij in sterke mate afhankelijk van de belangen van nationale overheden.

Voor een effectieve mondiale aanpak van de nieuwe uitdagingen op het gebied van gezondheidszorg kunnen andere spelers een belangrijke rol spelen. Nationale overheden of internationale instellingen kunnen samen optrekken in de aanpak van zoönosen, klimaatverandering, antibioticaresistentie en de opmars van NCDs. De veehouderij kan bijdragen aan veiliger antibioticagebruik. De voedingsindustrie kan gezonder voedsel produceren. De farmaceutische industrie kan veel doen aan het beschikbaar stellen van (patenten op) medicijnen in arme landen. Zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan het betaalbaar houden/maken van de zorg. Dit wordt een groeiende uitdaging, zeker nu de lidstaten van de VN hebben ingestemd met het werken aan universele gezondheidssystemen waarin burgers toegang hebben tot basis gezondheidszorg. Maatschappelijke organisaties en ontwikkelingsorganisaties kunnen wellicht iets minder focussen op deelaspecten van gezondheidszorg (bijvoorbeeld malaria, Aids) en meer oog hebben voor het belang van een integrale aanpak om te komen tot een sterke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. En tot slot kan ook de individuele burger een aardige bijdrage leveren die driedubbele winst oplevert. Door meer te bewegen en gezonder te eten draag je bij aan een gezonder lijf; minder broeikasgassen en dus een beter milieu; en daarmee tot een vermindering van chronische ziekten die door de CO₂-uitstoot worden gestimuleerd.

Box 4: Aanvullende informatie

Voor meer informatie over thema's die in meer of mindere mate in dit dossier aan bod zijn gekomen, zie:

- De toekomst van ons voedselpatroon (ODI)
<http://www.odi.org.uk/future-diets>
- Zoönosen op een rij (RIVM)
http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Z/Ziek_door_dier/Zo%C3%B6nosen_op_een_rij
- Antibiotica Resistentie (ECDC)
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/Pages/index.aspx
- Mondiale geestelijke gezondheid beweging
<http://www.globalmentalhealth.org/>
- Naar een nieuwe concept van gezondheid (interview met Machteld Huber, 2012)
<https://www.youtube.com/watch?v=HrNuVU7jHwo>
- Klimaat en Gezondheid Raad
<http://www.climateandhealth.org>
- Universele zorg systemen
<http://uhcforward.org/>
- Migratie en mobiliteit van zorgpersoneel (WHO)
<http://www.who.int/hrh/migration/en/>
- Intellectueel eigendom, patenten en medicijnen (IP-Watch)
<http://www.ip-watch.org/>
- Het recht op gezondheid (WHO)
<http://www.who.int/hhr/en/>
- Sociale determinanten van gezondheid (WHO)
<http://www.actionsdh.org/>
- Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (IPPF)
<http://ippf.org/>
- Economie en gezondheid (EG4Health)
<http://www.eg4health.org/>
- Mondiale gezondheid en Europa
<http://www.globalhealthEurope.org/>
- Hervorming van de WHO
http://www.who.int/about/who_reform/en/index.html

- People's Health Movement (PHM)
<http://www.phmovement.org/>
- Internationaal instituut voor gezondheidsstatistiek en evaluatie (IHME)
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>
- Mondiale gezondheid en diplomatie netwerk
<http://www.ghd-net.org/>
- Internationaal gezondheidsbeleid (ITG)
<http://e.itg.be/ihp/>
- Academisch tijdschrift mondialisering en gezondheid
<http://www.globalizationandhealth.com/>

VERANTWOORDING

De globalisering reeks van NCDO bestaat uit een reeks van toegankelijke publicaties over belangrijke globaliseringsvraagstukken. De keuze van onderwerpsluit aan bij vraagstukken die in het internationale debat veel aandacht krijgen en bij de speerpunten die NCDO in haar werk hanteert.

De publicaties in de Globaliseringsreeks komen tot stand op basis van een onderzoeksmethodologie bestaande uit vijf onderdelen:

1. Een eerste snelle analyse van relevante wetenschappelijke literatuur en beleidsdocumenten. Op basis hiervan wordt een onderzoeksplan opgesteld dat de hoofd- en deelvragen van de publicatie en de onderzoeksaanpak bevat. Dit plan, inclusief de voortgang van het onderzoek en de conceptversies van de publicaties, worden binnen het onderzoeksteam van NCDO besproken op basis van tweewekelijks collegiaal overleg.
2. Oriënterende interviews met ten minste twee experts om te verifiëren en te achterhalen wat de belangrijkste vraagstukken zijn op het specifieke thema dat centraal staat in het dossier. De namen van de betreffende experts zijn te vinden in het colofon van elke publicatie.
3. Uitgebreid deskresearch van relevante wetenschappelijke artikelen en beleidsdocumenten. De keuze voor deze publicaties wordt mede bepaald op basis van relevantie en het gewicht van de auteur of bron (zoals de zogenoemde citatiegraad en impactfactor) en de mate waarin gegevens recent zijn.
4. Inhoudelijke toetsing door ten minste twee gerenommeerde experts. Om de balans tussen beleidsrelevantie en wetenschappelijke accuratesse te waarborgen, wordt elk dossier door gerenommeerde wetenschappers en beleidsmakers beoordeeld op inhoudelijke juistheid en compleetheid. Waar mogelijk en wenselijk worden soms ook tegenlezers vanuit het maatschappelijk middenveld of bedrijfsleven betrokken. Op basis van hun commentaar worden de publicaties aangepast en aangescherpt. De namen van de betreffende experts zijn te vinden in het colofon van elke publicatie.

5. Het hoofd Onderzoek van NCDO, Peter Heintze, verzorgt de inhoudelijke eindredactie van alle kennisdossiers.

Vragen over de publicaties en de methodologie kunnen aan de auteur(s) gesteld worden via onderzoek@ncdo.nl

BRONNEN

- Access to Medicines Index. (2013). Overall ranking index 2012. Geraadpleegd op <http://www.accesstomedicineindex.org/ranking>
- Banerjee, A.V., & Duflo, E. (2012). *Poor Economics: A radical rethinking of the way to fight global poverty* (Reprint edition ed.). New York, NY: PublicAffairs.
- Basu, S., McKee, M., Galea, G., & Stuckler, D. (2013). Relationship of soft drink consumption to global overweight, obesity, and diabetes: A cross-national analysis of 75 countries. *American Journal of Public Health*, 103 (11), 2071-2077. doi:10.2105/AJPH.2012.300974
- Bates, M. (2008). Medical Migration: National Geographic.
- Battams, S., Van Schaik, L., & Van de Pas, R. (2012). *The European Union's voice and influence on global health and the reform of the World Health Organisation: The role of diplomacy*. Paper presented at the The European Union in International Affairs 111 Conference, Brussels, Belgium. http://www.globalhealtheurope.org/images/stories/120509_Article_-_EUvoice_influence_WHO_BrusselsPostConference.pdf
- Blokstra, A., Vissink, P., Venman, s.L.M.A.J., Holleman, P., Van der Schouw, Y.T., Smit, H.A., & Verschuren, W.M.M. (2011). *Nederland de maat genomen, 2009-2010: Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., . . . Weinstein, C. (2011). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, Switzerland: World Economic Forum. Geraadpleegd op www.weforum.org/EconomicsOfNCD
- Bozorgmehr, K. (2010). Rethinking the 'global' in global health: A dialectic approach. *Globalization and Health*, 6: (19). doi:10.1186/1744-8603-6-19
- Brand, A. (2009). Integrative genomics, personal-genome tests and personalized healthcare: The future is being built today. *European Journal of Human Genetics*, 17 (8), 977-978. doi:10.1038/ejhg.2009.32
- Brief van de minister van Volksgezondheid, aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake de antibioticaresistentie. (2013). Den Haag: Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport,. Geraadpleegd op <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/07/02/kamerbrief-over-antibioticaresistentie/>

kamerbrief-over-antibioticaresistentie.pdf

- Brief van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken inzake de nadere uitwerking van het beleid op gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, en hiv/aids. (2011). Den Haag: Ministerie van Buitenlandse Zaken. Geraadpleegd op <http://www.burgerservicenummer.org/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/04/19/kamerbrief-nadere-uitwerking-srgr-en-hiv-aids/kamerbrief-nadere-uitwerking-srgr-en-hiv-aids.pdf>
- Brief van de staatssecretaris van economische zaken en de minister van volksgezondheid, welzijn en sport inzake dierziektebeleid. (2012). (29683). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal. Geraadpleegd op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29683-142.pdf>
- Carlet, J., Collignon, P., Goldmann, D., Goossens, H., Gyssens, I.C., Harbarth, S., ... Voss, A. (2011). Society's failure to protect a precious resource: Antibiotics. *The Lancet*, 378 (9788), 369-371. doi:10.1016/S0140-6736(11)60401-7
- Central Veterinary Institute. (2013a). Campylobacter bij pluimvee: Recente inzichten en beleidsmaatregelen. Geraadpleegd op <http://www.wageningenur.nl/nl/show/Campylobacter-bij-pluimvee-recente-inzichten-en-beleidsmaatregelen.htm>
- Central Veterinary Institute. (2013b). Vogelppest of Aviare influenza. Geraadpleegd op <http://www.wageningenur.nl/nl/Expertises-Dienstverlening/Onderzoeksinstituten/central-veterinary-institute/show/Vogelppest.htm>
- Chan, M. (2011). *The rise of chronic non-communicable diseases: An impending disaster*. Paper presented at the WHO Global Forum: Addressing the Challenge of Noncommunicable Diseases, Moscow, Russian Federation. http://www.who.int/dg/speeches/2011/global_forum_ncd_20110427/en/index.html
- Chen, L.C., & Berlinguer, G. (2001). Health equity in a globalizing world. In Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. & Wirth, M. (Eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 34-44). USA: Oxford University Press.
- Colijn, K. (2013). Mag er meer informatie over de vogelgriep worden vrijgegeven? *Vrij Nederland*.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Costello, A., Abbas, M., Allen, A., Ball, S., Bell, S., Bellamy, R., . . . Patterson, C. (2009). Managing the health effects of climate change. *The Lancet*, 373 (9676), 1693-1733. Geraadpleegd op [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol373no9676/PIIS0140-6736\(09\)X6074-5](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol373no9676/PIIS0140-6736(09)X6074-5)
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2* (Studies on social and economic determinants of population health, 3) World Health Organization regional office for Europe. Geraadpleegd op <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>
- De Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research/WHO.
- Decoster, K. (2013, July 11). The global wave of uprisings: A view from the Eurozone. Geraadpleegd op <http://e.itg.be/ihp/archives/global-wave-uprisings-view-eurozone/>
- Demaio, A. (2013, January 4). Climate change and obesity? Retrieved from <http://blogs.plos.org/globalhealth/2013/01/04/climate-change-and-obesity/>
- Department for International Development (2011). *Multilateral aid review: Ensuring maximum value for money for UK aid through multilateral organisations*. London, England: DFID. Geraadpleegd op https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67583/multilateral_aid_review.pdf
- Diamond, J. (1997). *Guns, germs, and steel: The fates of human societies*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Doherty, T., Sanders, D., Jackson, D., Swanevelder, S., Lombard, C., Zembe, W., . . . Tylleskär, T. (2012). Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: An area needing urgent attention to improve child health. *MBMC Pediatrics*, 12 (105). Geraadpleegd op <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/105>
- Edwards, M. (2011). Thick problems and thin solutions: How NGOs can bridge the gap. *Future calling-Think piece*. Geraadpleegd op <http://www.thebrokeronline.eu/var/broker/storage/original/application/960b295f2838b63a6609cea4fdf0a51f.pdf>
- European Centre for Disease Control (2012). *Summary of the latest data on antibiotic resistance in the European Union*. Stockholm, Sweden: ECDC. Geraadpleegd op <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/Documents/EARS-Net-summary-antibiotic-resistance.pdf>
- European Centre for Disease Control (2013). Epidemiological update: *Outbreak of dengue in Madeira, Portugal* Geraadpleegd op <http://www.>

ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=23

- European Commission (2010). *The EU role in global health*. Brussels, Belgium: European Commission. Geraadpleegd op http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2010_0128_EN.PDF
- European Food Safety Authority (2013). The European Union summary report on trends and sources of zoonoses, zoonotic agents and food-borne outbreaks in 2011. *EFSA Journal*, 11 (4). doi:10.2903/j.efsa.2013.3129
- European Public Health Alliance (2011). EPHA briefing on patients' rights in crossborder healthcare directive. Brussels, Belgium: EPHA. Geraadpleegd op http://www.ephah.org/IMG/pdf/EPHA_Briefing_on_Patients_Rights_Directive_final.pdf
- Figueras, J., & McKee, M. (Eds.). (2012). *Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems* Open University Press
- European Observatory on Health Systems and Policies.
- Frederik, J. (2014). Cola is de nieuwe Marlboro. Geraadpleegd op <https://decorrespondent.nl/589/cola-is-de-nieuwe-marlboro/36546075863-e6f60bc7>
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Moon, S. (2014). From sovereignty to solidarity: A renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383 (9911), 94-97. doi:10.1016/S0140-6736(13)62561-1
- Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance challenges in global health. *The New England Journal of Medicine*, 368, 936-942. doi:10.1056/NEJMrall109339
- Geconsolideerde versie van het verdrag betreffende de Europese Unie, Maastricht 1992 (2008). *Publicatieblad van de Europese Unie*, 115, 13-45. Geraadpleegd op <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1397896307850&uri=CELEX:12008M>
- Global Health Workforce Alliance/ World Health Organization (2013). *A universal truth: No health without a workforce*. Geneva, Switzerland: GHWA/WHO. Geraadpleegd op http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf
- Global Research Network on Urban Health Equity (2010). *Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health: Final Report of the GRNUHE*. London, England: GRNUHE. Geraadpleegd op <http://www.ucl.ac.uk/ghg/GRNUHE/GRNUHEPublication/grnuhefinal>
- Gostin, L.O., Friedman, E.A., Ooms, G., Gebauer, T., Gupta, N., Sridhar, D., ... Sanders, D. (2011). The joint action and learning initiative: Towards a

global agreement on national and global responsibilities for health. [..]. *PLoS Medicine*, 8 (5), e1001031. doi:10.1371/journal.pmed.1001031

- Graveland, H., Roest, H., Stenvers, O., Valkenburgh, S., Friesema, I., Giessen, J., & Maassen, K. (2013). *Staat van Zoönosen 2012*. Bilthoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:230724&type=org&disposition=inline&ns_nc=1
- Haneveld, G.T. (1989). From state hospital to reliable health care, medical work on the plantation of Sumatera's East coast. . In De Moulin, D., Van Heteren, G.M., De Knecht-Van Eekelen, A., Poulissen, M.J.D. & Luyendijk-Elshout, A.M. (Eds.), *Dutch medicine in the Malay Archipelago 1816-1942: Articles presented at a symposium held in honor of Prof. Dr. D. de Moulin on the occasion of his retirement from the professorship of the History of Medicine at the Catholic University of Nijmegen, 30 September 1989* (Vol. 35, pp. 73-87). Amsterdam, The Netherlands: Rodopi.
- Havelaar, A. (2012). *ESBL's bij dieren en in voedselketens een risico voor de mens?* Paper presented at the Symposium Vóórkomen van ESBLs in de voedselketen en bij de mens, Utrecht. http://www.uu.nl/faculty/veterinarymedicine/NL/organisatie/departementen/dii/organisatie/KLIF/symposium_esbl_20121011/Documents/Havelaar%20ESBL%20risico%2020121011%20final.pdf
- Health Action International-Europe. (2013). Essential innovation and access. Geraadpleegd op <http://haieurope.org/work-areas/access-to-essential-medicines-2/medicines-access-trade-health/>
- Huber, M., Kottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Keats, S., & Wiggins, S. (2014). *Future diets: Implications for agriculture and food prices*. London, England: Overseas Development Institute. Geraadpleegd op <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8776.pdf>
- Kickbusch, I. (2011). Advancing the Global health agenda. . *UN Chronicle*, XLVIII (4). Geraadpleegd op <http://unchronicle.un.org/article/advancing-global-health-agenda/>
- KNCV Tuberculose Fonds (2012). *Kerncijfers 2011* Geraadpleegd op http://www.kncvtbc.nl/sites/publickncv.antenna.nl/files/epidemiologie_kerncijfers_2011_02042012.pdf
- Koplan, J.P., Bond, T.C., Merson, M.H., Reddy, K.S., Rodriguez, M.H., Sewankambo, N.K., & Wasserheit, J.N. (2009). Towards a common definition on global health. *The Lancet*, 373 (9679), 1993-1995. doi:10.1016/

S0140-6736(09)60332-9

- Labonté, R. (Ed.) (2010). *Forgotten families: Globalization and the health of Canadians* (Vol. 2). Ottawa, Canada: Institute of Population Health.
- Labonté, R., Mohindra, K.S., & Lencucha, R. (2011). Framing international trade and chronic disease. *Globalization and Health*, 7 (21). doi:10.1186/1744-8603-7-21
- Labonté, R., & Schrecker, T. (2007). Globalization and social determinants of health: Promoting health equity in global governance. *Globalization and Health*, 3 (7). doi:10.1186/1744-8603-3-7
- Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., . . . Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 380 (9859), 2224–2260. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8
- Lindgren, E., & Jaenson, T.G.T. (2006). *Lyme borreliosis in Europe: influences of climate and climate change, epidemiology, ecology and adaptation measures*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe. Geraadpleegd op http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96819/E89522.pdf
- Longwe-Ngwira, A. (2013). *Family planning, fertility reduction and economic development in Africa* (Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, The Netherlands).
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S.T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2012). *Medical Tourism: Treatments, markets and health system implications. A scoping review*. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development. Geraadpleegd op <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
- Mackenbach, J., & Mc Kee, M. (2013). *Successes and failures of health policy in Europe: Four decades of divergent trends and converging challenges*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Madhav, N. (2013). Modeling a modern-day Spanish flu pandemic. *AIR worldwide*. Geraadpleegd op AIR worldwide website: <http://www.air-worldwide.com/Publications/AIR-Currents/2013/Modeling-a-Modern-Day-Spanish-Flu-Pandemic/>
- Mahbubani, K. (2013). *Global irrationality. The great convergence: Asia, the West, and the logic of one world* (pp. 89 – 116). USA: PublicAffairs.
- McCoy, D. (2011). *Humanitarianism: Moving beyond medical rescue to poverty reduction, sustainable development and justice?* Paper presented at the 13th Berlin Humanitarian Congress. <http://www.phmovement.org/en/node/6254>

- McDaid, D., Sassi, F., & Merkur, S. (Eds.). (2012). *The economic case for public health action*. Maidenhead, England: Open University Press.
- McInnes, C. (2006). HIV/AIDS and security. *International Affairs*, 82 (2), 315–326. Geraadpleegd op http://www.chathamhouse.org/sites/default/files/public/International%20Affairs/Blanket%20File%20Import/inta_533.pdf
- Ministry of Health and Family Welfare (2013). *BRICS Health Ministers' Communiqué* Delhi, India. <http://pib.nic.in/newsite/erelease.aspx?relid=91533>
- Morens, D.M., Folkers, G.K., & Fauci, A.S. (2004). The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. *Nature*, 430, 242-249. Geraadpleegd op <http://ih.stanford.edu/emerging%20diseases%20-%20nature.pdf>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2013a). Gezonde levensverwachting: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/gezonde-levensverwachting/zijn-er-sociaaleconomische-verschillen/>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2013b). Ziektelast in DALY's: Wat is de ziektelast en hoe wordt deze berekend? Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-ziektelast-en-hoe-wordt-deze-berekend/>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2008). *The right to health* (Human rights fact sheet, 31). Geneva, Switzerland: OHCHR & WHO. Geraadpleegd op http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf?ua=1
- Omran, A.R. (1971). The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 731-757. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- Ooms, G., Van Damme, W., Baker, B.K., Zeitz, P., & Schrecker, T. (2008). The 'diagonal' approach to global fund financing: A cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health*, 4 (6). doi:10.1186/1744-8603-4-6
- Organization for Economic Co-operation and Development (2010). *International migration of health workers: Improving international co-operation to address the global health workforce crisis* (Policy Brief). Paris, France: OECD. Geraadpleegd op http://www.who.int/hrh/resources/oecd-who_policy_brief_en.pdf
- Ravilious, K. (2014). The seven deadly sinners driving global warming. *New Scientist*, 221 (2952), 12. Geraadpleegd op <http://www.newscientist.com/article/mg22129523.100-the-seven-deadly-sinners-driving-global-warming.html>

- Regiegroep Life Sciences & Health (2012). *Innovation contract 2012 from the topsector Life Sciences & Health: Investing in research, development and innovation for a healthy and prosperous Netherlands*. Leiden: Regiegroep LSH. Geraadpleegd op http://regiegroepplsh.nl/wp-content/uploads/2012/04/Innovation-contract-LSH_March-2012_final.pdf
- Reich, M.R., & Takemi, K. (2009). G8 and strengthening of health systems: Follow-up to the Toyako summit. *The Lancet*, 373 (9662), 508 - 515. doi:10.1016/S0140-6736(08)61899-1
- Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu (2013). *Vragen en antwoorden over de Aziatische tijgermug*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Veelgestelde_vragen/Infectieziekten/Veelgestelde_vragen_over_de_Aziatische_tijgermug
- Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu. (2014). Q-koorts. Geraadpleegd op http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Q/Q_koorts
- SASI Group University of Sheffield, & Newman, M. (Cartographer) (2006). Dairy Exports. Geraadpleegd op http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map45_ver5.pdf
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., & Van Ginneken, E. (2010). *The Netherlands: Health system review* (Health systems in Transition, 1) European Observatory on Health Systems and Policies. Geraadpleegd op <http://www.euro.who.int/en/countries/netherlands/publications3/netherlands-hit-2010>
- Shridhar, D. (2012). Who sets the global health research agenda? The challenge of multi-bi financing. *PLoS Med*, 9 (9), e1001312. doi:10.1371/journal.pmed.1001312
- Sidibé, M., & Buse, K. (2012). A framework convention on global health: A catalyst for justice. *Bulletin of the World Health Organization* 90, 870–870A Geraadpleegd op Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/12/12-114371> doi:10.2471/BLT.12.114371
- Spaan, E., Mathijssen, J., Tromp, N., McBain, F., Ten Have, A., & Baltussen, R. (2013). The impact of health insurance in Africa and Asia: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 685-692. doi:10.2471/BLT.12.102301
- Spitz, G. (2012). *Water: Bron van ontwikkeling, macht en conflict* (Globaliseringsreeks, 5). Amsterdam: NCDO.
- Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (2013). Extensive summary In De Greeff, S.C. & Mouton, J.W. (Eds.), NETHMAP 2013: *Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important*

bacteria in the Netherlands. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment/SWAB.

- Stiglitz, J. (2013, 4 July). How Intellectual Property Reinforces Inequality. Retrieved from <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2013/07/14/how-intellectual-property-reinforces-inequality/?smid=tw-share>
- Stronks, K. (2007). *De maatschappij als medicijn: Tekst van de oratie van prof. Dr. Karien Stronks*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2011). Global health philanthropy and institutional relationships: How should conflicts of interest be addressed? *PLoS Med*, 8 (4), e1001020. doi:10.1371/journal.pmed.1001020
- The Graduate Institute, & Global Health Programme (2012). *Global Health: Dedicated to the world's well being*. Geneva, Switzerland:
- UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda (2012). *Realizing the future we want for all. Report to the Secretary-General*. New York, NY: United Nations.
- United Kingdom HM Government (2008). *Health is global. A UK government strategy 2008–13*. Geraadpleegd op www.ghd-net.org/sites/default/files/UK%20gov.pdf
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights (2000). *The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Paper presented at the Twenty-second session, Geneva, Switzerland. <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En>
- United Nations Department of Social and Economic Affairs (2013). *UN Task System Team issues brief: Health and sustainable development*. Geraadpleegd op <http://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/18300406tstissueshealth.pdf>
- United Nations Fund for Population (2012). *Global thematic consultation on population dynamics in the post-2015 development agenda. Concept Note*. New York, NY: UNFPA. Geraadpleegd op http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/events/2012/Concept%20Note_%20Global%20Thematic%20Consultation%20on%20Population%20Dynamics.pdf
- United Nations General Assembly (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Right: General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966*. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- United Nations General Assembly (2011). *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Paper presented at the Sixty-sixth session

of the General Assembly. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1

- United Nations General Assembly (2012a). *The future we want: Resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2012*. Paper presented at the Sixty-sixth session. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=E
- United Nations General Assembly (2012b). *Global health and foreign policy*. Paper presented at the Sixty-seventh session. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36
- United Nations General Assembly (2012c). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Paper presented at the Sixty-seventh session. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/461/01/PDF/N1246101.pdf?OpenElement>
- United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (2011). *Guiding principles on business and human rights: Implementing the United Nations 'protect, respect and remedy' framework*. New York, NY: United Nations. Geraadpleegd op http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf
- Van de Pas, R. (2013). Salt, sugar, fat: Addictive stuff. Geraadpleegd op <http://e.itg.be/ihp/archives/salt-sugar-fat-addictive-stuff/>
- Van de Pas, R., & Hoefflake, D. (2013). *Mondialisering, EU beleid en haar impact op het Nederlandse gezondheidssysteem* (Amsterdam). Wemos: Geraadpleegd op <http://www.wemos.nl/files/Documenten%20Informatief/Achtergronddoc%20NL%20Opgemaakt%20final.pdf>
- Van de Pas, R., & Van Schaijk, L. (2014). Democratizing the World Health Organization. *Public Health*, 128 (2), 195–201. doi:10.1016/j.puhe.2013.08.023
- Van der Lucht, F., & Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter: Kernrapport van de volksgezondheid toekomst verkenning 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Van Nieuwland, L. (2013). *ESBL in Rundvlees*. Den Haag: Consumentenbond. Geraadpleegd op http://www.consumentenbond.nl/morello-bestanden/pdf-algemeen-2013/Consumentenbond_ESBL_rund.pdf
- Vanheste, T., & Alberts, J. (2013, 28 mei). Falend toezicht: Het stinkt in varkensstal Nederland. *Vrij Nederland*.
- Verdrag van Lissabon tot wijziging van het Verdrag betreffende de Europese Unie en het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, ondertekend te Lissabon, 13 december 2007 (2007). *Publicatieblad van de Europese Unie*, C 306. Geraadpleegd op <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=OJ:C:2007:306:TOC>

- Viergever, R. (2013). The mismatch between the health research and development (R&D) that is needed and the R&D that is undertaken: An overview of the problem, the causes, and solutions. *Global Health Action*, 6 (22450). doi:10.3402/gha.v6i0.22450
- Wemos, & Jansen, C. (2011). *Kansen grijpen: Nederlandse mogelijkheden om de ongelijke spreiding van zorgpersoneel wereldwijd te verbeteren*. Amsterdam: Stichting Wemos. Geraadpleegd op http://www.wemos.nl/files/Documenten%20Informatief/Bestanden%20voor%20HRH/Kansen_grijpen.pdf
- Wilkinson, P., Smith, K.R., Davies, M., Adair, H., Armstrong, B.G., Barrett, M., ... Chalabi, Z. (2009). Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: Household energy. *The Lancet*, 374 (9705), 1917-1929. doi:10.1016/S0140-6736(09)61713-X
- Wismar, M., Maier, C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., & Figueras, J. (Eds.). (2011). *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries* (Vol. 23). Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies/WHO Regional Office for Europe.
- Wolffers, I. (2011). *Gezond: De mens, zijn gezondheid en de gezondheidszorg*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Paper presented at the International Health Conference, New York. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- World Health Organization (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2010a). *Health MDGs scorecard for WHO Regions*. In Goals, A.p.t.t.h.-r.M.D. (Ed.). Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2010b). *Health systems financing: The path to universal coverage*. The World Health Report 2010. Geneva, Switzerland: WHO. Geraadpleegd op <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>
- World Health Organization (2011). *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2012a). *Report on technical consultation on H5N1 research issues*. Paper presented at the Technical consultation on H5N1 research issues, WHO Headquarters, Geneva. http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/mtg_report_h5n1.pdf?ua=1
- World Health Organization (2012b). *World Health Statistics 2012*. Geneva, Switzerland: WHO.

- World Health Organization, & World Meteorological Organization (2012). *Atlas of health and climate*. Geneva, Switzerland: WHO. Geraadpleegd op <http://www.who.int/globalchange/publications/atlas/en/>
- World Health Organization / Public Health and environment department (2012). *WHO information session on health in the UN framework convention on climate change*. Paper presented at the CoP- 18 Doha, Catar. http://www.who.int/globalchange/mediacentre/events/key_messages_cop18.pdf
- World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group (2009). An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*, 373 (9681), 2137–2169. doi:10.1016/S0140-6736(09)60919-3
- World Health Organization Regional Office for Europe (2012). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Paper presented at the Regional Committee for Europe-Sixty-second session, Malta. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
- World Trade Organization (1994). *Agreement on trade-related aspects of intellectual property rights: Annex 1C of the Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization, signed in Marrakesh, Morocco on 15 April 1994*. Paper presented at the Marrakesh Ministerial Meeting. http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/t_agm0_e.htm

ISBN 978-90-74612-58-6



In de NCDO Globaliseringsreeks zijn tot nu

toe de volgende kennisdossiers verschenen:

1. De Groene Economie (2011)
2. Voedselzekerheid (2012)
3. Water (2012)
4. Duurzame Energie (2012)
5. Armoedebestrijding in de 21e eeuw (2012)
6. Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen 2.0 (2013)
7. Grondstoffen (2013)
8. Internationale Financiële Stabiliteit (2014)
9. Klimaatverandering (2014)
10. Mondiale Publieke Goederen (2014)
11. Mondiale Gezondheid (2014)

**NC
DO**

Dit kennisdossier is een uitgave van NCDO, juni 2014