

# Monitor Internationale Gezondheidsuitdagingen



## 69<sup>e</sup> vergadering van de lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

---

Wemos was onlangs aanwezig bij de 69e vergadering van de lidstaten van de WHO (afgekort: WHA69, naar *World Health Assembly*). Graag delen wij in deze monitor enkele onderwerpen met u. Met de volste WHA-agenda ooit (76 agendapunten!) was het een uitdaging om de meest interessante en relevante issues te identificeren. Door de volle agenda is deze monitor ook wat langer dan u gewend bent. Daarnaast hebben we geprobeerd om de onderwerpen in de Nederlandse context te plaatsen. [Vertel ons wat u vindt van deze Monitor](#). Wij zijn benieuwd naar uw mening.

Meer lezen, kijken, luisteren? [Hier](#) vindt u de WHA69-documenten en de webcasts.

Vriendelijke groet, Anke Tijtsma, Linda Mans, Mariska Meurs, Barbara Fienieg en Corinne Hinlopen

---

### Contents

1. Nederland bij de WHA / WHO .....	1
2. Special guests: Danny Gotto en Denis Bukenya uit Oeganda .....	2
3. Ebola, zika en andere infectieziekten .....	2
4. WHO Framework for Engagement with Non-State Actors .....	2
5. Global Health Security .....	3
6. Zorgpersoneel .....	4
7. Niet-overdraagbare ziekten .....	5
8. Toegang tot medicijnen en prijzen van medicijnen .....	5
9. Health in the 2030 Agenda / SDGs .....	6

### 1. Nederland bij de WHA / WHO

Het zal niemand ontgaan zijn: Nederland was dit semester voorzitter van de Europese Unie (EU). In die hoedanigheid was Nederland ook de spreekbuis voor de EU tijdens de WHA69. Minister Schippers had zelfs de eer om te spreken direct na de [openingspeech van WHO's Directeur-Generaal Margaret Chan](#). Beide speeches zijn de moeite van het nalezen waard; Chan vanwege haar strijdbaarheid en moed om beestjes bij hun naam te noemen, [Schippers](#) vanwege het feit dat zij zaken verkondigde die – als je de Nederlandse context kent – af en toe de wenkbrauwen deden optrekken.

Op dezelfde dag is [bekendgemaakt](#) dat Nederland de komende drie jaar (2016-2019) deel uitmaakt van het uitvoerend bestuur van de WHO. Schippers wil deze kans om Nederland te profileren graag benutten om enkele belangrijke en veelomvattende onderwerpen hoger op de internationale agenda te krijgen: antibioticaresistentie, medicijnenprijzen, onderzoek en ontwikkeling voor medicijnen, en *global health security* (zie ook paragraaf 5).

## 2. Special guests: Danny Gotto en Denis Bukenya uit Oeganda

Danny Gotto is maatschappelijk werker, Denis Bukenya is mensenrechtenadvocaat. Beiden zijn aangesloten bij de People's Health Movement in Oeganda, een wereldwijd netwerk van maatschappelijke organisaties en academici dat pleit voor toegang tot gezondheidszorg voor iedereen, overal ter wereld. Op uitnodiging van Wemos namen zij deel aan de WHA in Genève. Wemos draagt daarmee bij aan on-the-job training van lokale niet-gouvernementele organisaties (ngo's), in het kader van ons partnerschap met Buitenlandse Zaken. In deze Monitor geven Gotto en Bukenya vanuit Oegandees perspectief commentaar op enkele onderwerpen op de WHA69-agenda.

## 3. Ebola, zika en andere infectieziekten

De ebola-uitbraak van 2014 heeft de wereld én de WHO op scherp gezet en de eerder ingezette hervorming van de WHO een extra impuls gegeven. Door de dreiging van zika blijft de noodzaak van die hervormingen actueel en krijgt de WHO weer een sterkere positie om in te grijpen bij wereldwijde gezondheidsdreigingen. Op de agenda van de WHA stonden daarover verschillende onderwerpen, zoals updates over het WHO *Health Emergencies Programme* en het *Contingency Fund for Emergencies*. De implementatie van de International Health Regulations vormde een apart agendapunt (zie paragraaf 5).

Nederland is redelijk actief op dit onderwerp: we praten mee in de sessies over het Contingency Fund en hebben eerder dit jaar 1 miljoen US dollar toegezegd voor dit Fund. Voor de bestrijding van zika is er interdepartementale samenwerking tussen VWS, Defensie en Buitenlandse Zaken.

*Danny Gotto: 'Uganda in the recent past has had her own share of struggles with episodic epidemics like Cholera, Marburg, Ebola, and Yellow Fever. Although contained a little faster than in West Africa, these epidemics have shown ability to always bounce back even when least expected and taking enormous lives, especially the most vulnerable bottom of the pyramid segment of our population. Due to the episodic nature of these epidemics, Uganda has somehow grown internal capacities to manage the epidemics. But there are still glaring gaps in emergency preparedness in Uganda.'*

## 4. WHO Framework for Engagement with Non-State Actors

Op de laatste dag van de WHA69 hebben de WHO-lidstaten het *Framework for Engagement with Non-State Actors* (FENSA) aangenomen. Een aantal lidstaten heeft nog de hele week achter gesloten deuren aan het FENSA gewerkt, om de laatste meningsverschillen op te lossen.

FENSA vervangt het bestaande WHO-beleid voor het aangaan van officiële relaties met de WHO. Dit beleid was bedoeld voor ngo's die een werkrelatie onderhouden met de WHO, en de bijeenkomsten van de WHO besluitvormingsorganen mogen bijwonen. De afgelopen jaren hebben steeds meer organisaties met commerciële belangen eenzelfde officiële status bij de WHO gekregen, waarbij zij zich voordoen als ngo. Met het FENSA wordt deze praktijk vertaald naar beleid voor vier

verschillende soorten *non-state actors*: ngo's, partijen uit de private sector, filantropische organisaties en academische instellingen.

Met de nieuwe richtlijnen krijgen al deze partijen meer toegang tot en invloed op de besluitvorming van de WHO. Dit is dan ook een van de belangrijkste kritiekpunten van Wemos en andere maatschappelijke organisaties. Hun volledige standpunt is te lezen in de [gemeenschappelijke verklaring](#) die door meer dan 60 organisaties is ondertekend.

In Nederland is belangenverstrengeling ook een actueel onderwerp. De gemeente Amsterdam heeft in 2014 de samenwerking met Nestlé beëindigd, omdat dit een 'wassen neus' was en niet leidde tot de beoogde resultaten. Amsterdam staat niet alleen; er zijn meer voorbeelden van commerciële bedrijven die samenwerkingen aangaan met overheden om bijvoorbeeld te proberen regelgeving die overgewicht bij kinderen tegengaat, te vertragen. Het is wrang dat het FENSA nu dit soort samenwerkingen op mondiaal niveau mogelijk maakt.

Ook filantropische instellingen hebben met FENSA meer toegang tot besluitvorming van de WHO. Ondanks hun goede bedoelingen, handelen deze instellingen vaak vanuit een beperkt perspectief, soms met onbedoelde neveneffecten.

*Denis Bukenya: 'FENSA is surely relevant also in Uganda. For health care financing, we are dependent on donor money, and it is the donors' agenda that decides about the priorities, not the needs of people. This is what we see on access to medicines, for example. But can foreign donors be held accountable for our health sector? They do not have an understanding of the context. As for the government, it takes a flexible stance towards the donors, as their money is badly needed.'*

Nederland reageerde namens de EU op de FENSA-tekst en liet weten dat er meningsverschillen waren tussen de EU-lidstaten, maar dat ze het eindresultaat steunen, onder andere omdat ook de private sector zich zal moeten aansluiten bij het uitvoeren van de SDG-agenda (zie paragraaf 9).

## 5. Global Health Security

Minister Schippers toont zich een ware *champion* voor de Global Health Security Agenda (GHS), de (uit de Verenigde Staten afkomstige) agenda die tot doel heeft om op internationale schaal uitbraken van infectieziekten te bestrijden en te voorkomen, of deze nu op natuurlijk wijze zijn ontstaan of per ongeluk of opzettelijk (bioterrorisme!) door mensen veroorzaakt. De inspanningen van Schippers op het gebied van antibioticaresistentie sluiten hier goed bij aan. Op deze [webpagina](#) vindt u meer informatie over de Global Health Security Agenda en over Schippers' aankondiging om in oktober 2016 hierover de derde wereldtop voor regeringsleiders te organiseren.

Bij het bestrijden en voorkomen van infectieziektenuitbraken horen International Health Regulations (IHR). De IHR (2005) zijn een bindende, internationale overeenkomst met als doel *'to prevent, protect against, control and respond to the international spread of disease while avoiding unnecessary interference with international traffic and trade'*. De IHR zijn nooit uit de belangstelling geweest, maar recente, wereldwijde infectieziektedreigingen als SARS, MERS en ebola, laten de urgentie van correcte naleving van IHR weer zien. Op de WHA69 stond onder andere de rapportage over de implementatie van de IHR door lidstaten en over de gevolgen van de gebrekkige implementatie tijdens de ebola-uitbraak. Een opvallende constatering was dat er op verschillende niveaus onvoldoende bewustzijn en begrip was van de IHR. Ministeries, politiek, zorgprofessionals en de samenleving weten er niet genoeg van af. Dit wijst erop dat niet alleen financiële steun nodig is voor

betere implementatie van de IHR, maar ook technische assistentie. Nederland heeft de uitvoering op orde en zou daarom haar technische ondersteuning kunnen uitbreiden van onze eigen overzeese gebiedsdelen naar hulp aan andere landen. Onze ministers zien het belang daarvan wel in, mede omdat de verschillende departementen rondom ebola al hebben samengewerkt.

## 6. Zorgpersoneel

Op de agenda van de WHA69 stonden drie belangrijke onderwerpen over zorgpersoneel: (1) de nieuwe *Global Strategy for Human Resources for Health: Workforce 2030*, geschreven door de Global Health Workforce Alliance met medewerking van Wemos en collega-ngo's, (2) de rapportage, door de lidstaten, over de invoering van de *Global Code of Practice* (kortweg: de Code) voor de internationale werving en migratie van zorgpersoneel en (3) '*Framework for Integrated, People-centred health services*'.

De belangrijkste uitdagingen waar de *Global Strategy* oplossingen voor aandraagt zijn:

- De wereldwijd groeiende behoefte aan zorg en verzorging;
- De mismatch tussen behoefte, vraag en aanbod;
- De toenemende mobiliteit van zorgverleners, zowel tussen landen als binnen de landsgrenzen;
- Het gebrek aan betrouwbare data.

De strategie is tot stand gekomen in samenspraak met veel verschillende betrokken partijen. Het concept is daardoor tijdens de WHA69 aangenomen zonder fundamenteel commentaar van de lidstaten. Wemos plaatst kanttekeningen bij de implementatie van de elementen uit de strategie. Samen met onze partners blijven we de komende jaren de naleving ervan volgen. In het kader van ons partnerschap met Buitenlandse Zaken kijken wij naar de Nederlandse en EU-inspanningen. Ook verzamelen wij informatie uit Kenia, Oeganda en Zambia. Daarmee leggen wij de verbinding tussen beleidsbeslissingen hier (Nederland en Europa) en de uitwerking van dat beleid elders in de wereld. Met andere woorden: zijn wij onderdeel van het probleem of van de oplossing?

Nederland is met de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (alias de Commissies Kaljouw / Kervezee) een interessante casus in dit verband. De Adviescommissie komt met aanbevelingen voor de bekwaamheden, samenwerkingsverbanden en opleiding van de zorgprofessionals die wij in de toekomst nodig hebben. Daarmee komt Nederland tegemoet aan enkele belangrijke elementen in de *Global Strategy*. Wemos heeft de banden met het Zorginstituut Nederland aangehaald om te verkennen of we ook internationaal aandacht kunnen besteden aan deze aanpak en adviezen.

*Danny Gotto: '85 per cent of women in Uganda still deliver at home, without the assistance of a skilled midwife. The complications following from that are plenty: high child and mother mortality, illnesses. We need to invest more in health workers' skills, right tools to work with, availability of essential commodities, monitoring, and motivation. This concerns primary health care practitioners such as nurses and midwives, but also health care promoters. Their contribution is essential for preventing illness.'*

## 7. Niet-overdraagbare ziekten

Er waren diverse bespreekpunten over niet-overdraagbare ziekten (*non-communicable diseases*, NCDs) op WHA69, waarvan we er drie uitlichten: (1) de voortgang op het *Global Action Plan for NCDs* waaronder de ontwikkeling van Nationale Actieplannen (slecht gerapporteerd, dus weinig inzichtelijk), (2) de geconstateerde inmenging van de private sector in het werk van het *Global Coordination Mechanism for NCDs* en (3) de zorgen over het gebrek aan expertise bij de WHO over de relatie tussen handels- en investeringsverdragen en de gezondheid van mensen wereldwijd. Voor Nederland (en Europa) is dit relevant vanwege de onderhandelingen over het Transatlantische Handels- en Investeringsverdrag (TTIP) tussen de Europese Unie en de Verenigde Staten.

*Denis Bukenya: 'There is a common idea that non-communicable diseases such as obesity and cardiovascular diseases are illnesses of the rich. NGOs and private doctors are the only ones who pay serious attention to them [in Uganda], and they make a great effort. But especially in rural areas, people are dying of these diseases. There is a lack of community awareness, which causes a misinterpretation of non-communicable diseases; locals make their own interpretations and attribute the diseases as resulting from witchcraft. So there is a lot of work to do in health education; the contribution of the civil society is very important.'*

*Danny Gotto: 'Where challenges [NCDs, lack of primary prevention, little access to medicines] will not be met easily, we should at least do what we can so that people can live and die decently. Cancer treatment is a case in point. In Uganda, radiotherapy is hardly accessible. As this will not be solved within the next decade, we advocate for decent palliative care. People in the last stage of their life should at least have access to morphine; this is not the case now.'*

## 8. Toegang tot medicijnen en prijzen van medicijnen

Op de WHA69 hebben de lidstaten ook gesproken over de ontwikkeling van en onderzoek naar (nieuwe) medicijnen en medicijnenprijzen. Dit is een belangrijk onderwerp, omdat de toegang tot betrouwbare, effectieve medicijnen niet overal ter wereld gewaarborgd is. En dit is niet alleen een probleem van lage-inkomenslanden. Ook rijke landen als Nederland kennen het probleem, vooral als gevolg van de hoge prijzen, waardoor verschillende medicijnen niet meer voor iedereen beschikbaar zijn. Minister Schippers heeft actie ondernomen: zij heeft een nieuwe [genesmiddelenvisie](#) uitgebracht. Als eerste stap om die visie in de praktijk te brengen, is zij prijsonderhandelingen aangegaan met de farmaceutische industrie, voor bepaalde medicijnen op de Nederlandse markt. Samen met België onderhandelt zij bovendien met farmaceuten over weesgenesmiddelen.

De Nederlandse delegatie heeft zich tijdens een bijeenkomst gedurende de WHA in dezelfde lijn [uitgesproken](#) voor meer transparantie in prijsstelling van genesmiddelen, het ontkoppelen van medicijnenprijzen van de kosten voor onderzoek en ontwikkeling, en alternatieve oplossingen voor het huidige patentsysteem dat de prijzen van veel genesmiddelen opdrijft. Wemos is hier blij mee.

De [resolutie](#) die is aangenomen na het overleg tussen de lidstaten tijdens de WHA69 is bemoedigend. Er komt een adviescommissie die een wereldwijde onderzoeks- en ontwikkelings- (R&D) agenda zal opstellen op basis van gezondheidsprioriteiten in de wereld (en niet op basis van kansen voor winstmaximalisatie). Ook komt er een *Global Observatory* dat gegevens zal verzamelen, analyseren en monitoren voor deze R&D-agenda.

## 9. Health in the 2030 Agenda / SDGs

In september 2015 zijn de duurzame ontwikkelingsdoelen (*Sustainable Development Goals, SDGs*) vastgesteld. In de SDGs hebben versterking van gezondheidssystemen en *Universal Health Coverage* een belangrijke plek gekregen. Dat zou kunnen betekenen dat landen daadwerkelijk in gezondheidssystemen gaan investeren. Het mooie van de SDGs is dat zij een geïntegreerde ontwikkelingsagenda bieden, met sociale, ecologische en economische duurzaamheid als rode draad. In die agenda moeten álle landen hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Het gaat dus niet alleen om verdere economische ontwikkeling van lage- en middeninkomenslanden; ook rijke landen moeten in eigen land in actie komen op de diverse deelaspecten van de SDGs. Denk aan het gebruik van fossiele brandstoffen in relatie tot milieuverontreiniging of aan belastingvoordelen voor multinationals. Dit laatste belemmert immers de heffing van belastingen in het land van herkomst, waardoor deze overheden minder geld hebben voor hun publieke taken, waaronder gezondheidszorg en gezondheidsbescherming.

In Nederland borrelt er van alles in relatie tot de SDGs. Alle ministeries hebben een aanspreekpunt voor de SDGs aangesteld. De coördinatie ligt momenteel bij het ministerie van Buitenlandse Zaken. Op 19 mei jl. heeft Partos, de brancheorganisatie voor ontwikkelingsorganisaties, een publicatie rond de SDGs, getiteld *Ready for Change*, overhandigd aan minister Ploumen. Dit boek geeft aanbevelingen voor de manier waarop Nederland kan bijdragen aan de nieuwe duurzame ontwikkelingsdoelen.

Hoofdstuk 5 (*Global health starts at home*) over mondiale gezondheid is opgesteld door Wemos, Soa Aids Nederland, Rutgers WPF en Medisch Comité Nederland-Vietnam. In dit hoofdstuk pleiten wij voor een nauwere samenwerking tussen de verschillende ministeries in Nederland, om niet alleen gezondheid, maar ook de determinanten van gezondheid aan te pakken. En ook in de Europese Unie zouden de verschillende sectoren hun beleid veel beter kunnen afstemmen om gezondheid te waarborgen. Meer over het project Ready for Change en de publicatie vindt u [hier](#).

De volgende Monitors verschijnen in oktober 2016 (na de vergadering van de [WHO EURO-groep](#) in september) en in januari 2017 (na de vergadering van het uitvoerend bestuur van de WHO). Hebt u suggesties naar aanleiding van deze vergaderingen voor onderwerpen die wij niet mogen overslaan? [Mail ons!](#)