

Basispakket Gezondheidszorg voor Kinderen in Ontwikkelingslanden

Millennium Ontwikkelingsdoel 4: 'Minder Kindersterfte'

Hannah Uijterlinde

Juni 2013

Sen Foundation

ABSTRACT

Dit onderzoeks-paper is gericht op het belang van het aanpakken van urgente gebreken in kindergezondheid en de uitkomst die een basispakket gezondheidszorg zou bieden in de allerarmste gebieden. In opdracht van Joris Voorhoeve.

Inhoudsopgave

<i>Inleidend</i>	3
<i>Wat is het probleem?</i>	4
<i>Wat is nodig?</i>	4
<i>Essential Health Packages</i>	5
<i>Wat zijn de kosten?</i>	6
<i>Waarom is het belangrijk om te investeren in kindergezondheid?</i>	8
<i>Conclusie</i>	9
<i>Bronnenlijst</i>	

Inleidend

Kinderen in alle ontwikkelingsregio's als geheel hebben twee keer zoveel kans om te sterven voor hun vijfde verjaardag als kinderen in de rijkste 20 procent in de wereld. Hoe kan de overlevingskans van kinderen in de armste omstandigheden worden verhoogd?

Er is al veel vooruitgang geboekt. Ondanks de groei van de bevolking is het aantal sterfgevallen van onder de vijf jaar wereldwijd gedaald van meer dan 12,0 miljoen in 1990 naar 6,9 miljoen in 2011 (WHO, 2013). Millennium Development Goal nummer 4: 'Child survival' formuleerde wat nodig is; het verminderen van sterfte van kinderen onder de vijf jaar oud met twee derde, in de periode 1990- 2015. Van elke 1.000 kinderen sterven nu nog 93 kinderen. Dit moet verder teruggedrongen worden naar 31 per 1.000 kinderen.

Kindersterfte als geheel daalt; sinds 1990 is het sterftcijfer van kinderen in ontwikkelingsregio's onder de vijf jaar gedaald met 35 procent, van 97 sterfgevallen per 1.000 geboorten toen, tot 63 recent. In sub-Sahara Afrika is voorts sprake van een daling van 85 procent van de mazelensterfgevallen tussen 2000 en 2010.

“In parts of the world, progress in reducing child mortality has stalled”

UN Millennium Project 2015

Goal 4: Reduce Child Mortality

Target: Reduce by two thirds, between 1990-2015, the under-five mortality rate

Maar er moet meer worden gedaan om het Millennium Doel te behalen. Nog steeds sterven wereldwijd 6.9 miljoen kinderen voor hun 5^e jaar. Vooral Sub-Sahara Afrika lijdt meer onder een hogere neonatale sterfte (35 sterfgevallen per 1000 levendgeborenen)¹ dan andere regio's en heeft de minste verbetering in de laatste twee decennia bereikt.

¹ In 2010

Wat is het probleem?

Elke dag sterven kinderen onder de vijf jaar, de meesten aan vermijdbare oorzaken. Hoofdoorzaken zijn longontsteking, malaria en AIDS of kinderziekten zoals mazelen, diarree, gebrek aan schoon water en sanitatie. De meeste van deze levens kunnen worden gered door 'low-cost' preventie en behandeling.

Meest voorkomende doodsoorzaken van kinderen onder de vijf jaar

1. Longontsteking (1.200.000)¹
2. Complicaties tijdens zwangerschap (1.000.000)
3. Infecties bij pasgeborenen (700.000)
4. Diarree (700.000)
5. Geboortecomplicaties (600.000)
6. Malaria (500.000)

Ondervoeding bij kinderen is de onderliggende oorzaak van 35% van alle sterfgevallen onder kinderen jonger dan 5 jaar. Goede voeding is fundamenteel.

Een klein aantal ziekten in combinatie met onderliggende biologische factoren is verantwoordelijk voor de meeste kindersterfte. Het doel voor het

terugdringen van kindersterfte kan niet worden behaald zonder een grote inspanning om de sterfte onder pasgeborenen tijdens de eerste vier weken van het leven te verminderen.

Bestaande medische technieken, mits efficiënt en effectief uitgevoerd, kunnen een aanzienlijk deel van de sterfte voorkomen als alle kinderen worden bereikt. Kindersterfte doet zich voor in ongelijke mate. Er zijn verschillen tussen regio's en landen, maar ook in landen zelf bepaalt de sociaaleconomische ongelijkheid voor een groot deel welke kinderen leven of sterven (The UN Millennium Project, 2005).

Wat is nodig?

Sinds de jaren '90 is de internationale gemeenschap van mening dat een minimumpakket met essentiële gezondheidsdiensten beschikbaar moet zijn in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit betekent kraamzorg, gezinsplanning, jeugd vaccinaties, behandeling van veel voorkomende kinderziekten, preventie en behandeling van malaria, tuberculose en andere ziekten. Preventie en behandeling van HIV / AIDS is ook steeds meer een onderdeel van de primaire zorg. Het pakket houdt rekening met de kosten-batenanalyse (cost-effectiveness), de belasting door ziekte (disease burden), en met de sociaaleconomische en culturele context van een land. Gegevens laten zien dat met een minimale inleg maximale resultaten behaald kunnen worden. Een uitgebreid immunisatiepakket ook tegen Hepatitis B met vitamine A-supplementen in lage-inkomenslanden (minder dan \$875 per capita) zou slechts \$15-22 kosten, de prijs voor een 'disability-free', dus ziektevrij jaar (DCP2, 2000). Daarbij blijven de immunisaties bovendien vele jaren werkzaam.

Unicef en het WHO geven de volgende informatie over de basisvereisten voor grotere overlevingskansen van kinderen tot 5 jaar. Het geven van alleen borstvoeding aan zuigelingen tot zes maanden oud biedt de baby bescherming tegen diarree en luchtweginfecties, twee van de grootste oorzaken van kindersterfte. Borstvoeding stimuleert het immuunsysteem en verbetert de lichaamsreactie op vaccinaties. Na de eerste zes maanden is het belangrijk baby's en kinderen te voorzien van vers voedsel en voedingsstoffen die rijk zijn aan energie. Daarnaast is voortdurende borstvoeding, voor een periode van twee jaar of langer wenselijk. Ook is het belangrijk om jonge kinderen microvoedingsstoffen te geven, zoals vitamine A. Ondervoeding faciliteert de meest

voorkomende ziektes en deze oplossingen kunnen bijdragen aan het voorkomen daarvan.

Betere hygiëne zoals o.a. voorzieningen om handen te kunnen wassen zijn nodig om de verspreiding van diarree te verminderen. Elk kind moet geïmmuniseerd worden tegen bepaalde kinderziekten: pertussis -kinkhoest-, jeugd-tuberculose, tetanus, polio, mazelen en difterie vóór hun eerste verjaardag. Het 'Millennium Development Goals Report 2012' laat zien dat de vermindering van mazelen-gerelateerde sterfgevallen een belangrijke bijdrage levert aan het overleven van kinderen. Door versnelde maatregelen is het aantal sterfgevallen van mazelen wereldwijd verminderd met 74% in de periode 2000-2010. Deel van dit succes ligt bij de verbeterde dekking van het verstrekken van een basisvaccinatie MCV1 en een aanvullende vaccinatie SIA. Momenteel verlopen de campagnes om kinderen massaal te vaccineren slechter door een tekort aan financiën (Unicef, 2013).

Waar malaria endemisch is moet men slapen onder een net behandeld met insecticide. Dat rekent vrijwel direct met alle malaria af.

Schoon water en andere vloeistoffen zijn nodig om kinderen te beschermen tegen uitdroging. Borstvoeding voor baby's, zelfs als ze ziek zijn, is nodig ter extra ondersteuning. Zwangere moeders hebben deskundige medische zorg en advies nodig, ook na de bevalling. Het is ook nodig te adviseren wanneer ze het beste thuiszorg voor hun zieke kinderen kunnen faciliteren. Advies is ook nodig over wanneer hun kind hulp behoeft in een gezondheidscentrum waar kinderen behandeld kunnen worden (Unicef, WHO). Het 'Handbook Integrated Management of Childhood Illness' ontwikkeld door het WHO in samenwerking met Unicef biedt uitkomst. Dit handboek biedt een simpele en effectieve methodiek om

(preventief) te handelen bij ziekte van kinderen. Het bevat een aantal richtlijnen voor het checken van de gezondheidsstaat van een kind (WHO, Unicef 2005).

Wat indirect een grote bijdrage kan leveren aan het tegengaan van kindersterfte is de educatie van moeders. Cijfers laten zien dat kinderen van moeders die (basis) onderwijs hebben genoten meer kans op overleven hebben dan kinderen wiens moeder niet naar school is geweest (The MDG Report, 2012).

Essential Health Packages (EHP's)

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft de 'Essential Health Package' (EHP), ofwel essentiële basispakketten ontwikkeld. EHP's zijn over het algemeen ontwikkeld uit een combinatie van kosten-batenanalyse en andere technische, politieke en sociale overwegingen. Het doel is om schaarse middelen te richten op de diensten die het beste waar voor het geld bieden.

Box 1 Ethiopia's Essential Health Services Package

For each of the following broad categories, there are specific interventions to be provided at the health post, health centre and district hospital levels:

◀ **Family health: ante-natal care; delivery and new-born care; post-natal care; family planning; child health – Integrated Management of Childhood Illness (IMCI); growth monitoring and essential nutrition actions; immunization; adolescent reproductive health**

◀ **Communicable diseases: TB and leprosy; HIV/AIDS and sexually transmitted infections; epidemic diseases (including malaria surveillance); rabies**

◀ **Basic curative care and treatment of major chronic conditions**

◀ **Hygiene and environmental health (N.B. this excludes the provision of mass sanitation and water supplies, which is the responsibility of a different sector)**

◀ **Health education and communication**

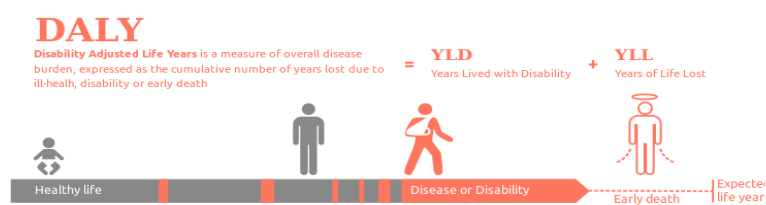
Figuur 1. Voorbeeld EHP Ethiopië

De specifieke omvang van een pakket is afhankelijk van de situatie in een land. Zo moet een pakket voor Oeganda een andere inhoud hebben dan een pakket voor Mexico. Zie figuur 1 voor een voorbeeld van de inhoud van een EHP (WHO, 2008).

Wat zijn de kosten?

De onderstaande informatie in de tabellen komt uit een kosten-baten analyse van het WHO en geeft weer wat de pakketten en kosten daarvan zijn in sub-Sahara Afrika en Azië, gemeten in de landen met de hoogste kindersterfte in 2000. De rechterkolom geeft de te verwachten vooruitgang aan in DALY's.

Een DALY betekent: Disease Adjusted Life Expectancy, ofwel de levensverwachting gecorrigeerd met een factor die ziekte weergeeft. Een DALY kan worden gezien als een verloren jaar van "gezond" leven. De som van deze DALYs gemeten over een gehele



populatie, of de belasting van de ziekte kan worden benaderd als een meting van het verschil tussen de huidige gezondheidstoestand

Figuur 1: Formule DALY

en een ideale gezondheidssituatie waarin de gehele bevolking langer leeft zonder ziekte en invaliditeit.

Tabel 1: Sub-Sahara Afrika

Interventie-pakket	Omschrijving van pakket en dekking van aantal kinderen in gehele gebied (%)	Aanvullende interventies	Jaarlijkse kosten in \$ (mln.)	DALY's afgewend in mln.
A1	Vitamine A + Zink (95%)	Voedselversterking met zink (95%)	23	1
A2	A1 + immunisatie mazelen (80%)	Immunisatie mazelen	72	3
A3	A2 + Immunisatie mazelen (95%)	Immunisatie mazelen	91	3
A4	A3 + case management longontsteking (80%)	Case management longontsteking	261	
A5	Vitamine A en Zink supplementen + case management longontsteking (80%) + immunisatie mazelen (95%)	Versterking is hier vervangen door supplementen	386	6
A6	A5 + orale rehydratie therapie (80%)	Orale rehydratie therapie ter behandeling van diarree	772	7
A7	A6 (95%)	Dekking uitgebreid tot 95%	1167	11

A8	A7 + voorzien in aanvullend voedsel en 'nutrition counseling', monitoren van groei en ontwikkeling van kind	Aanvullend voedsel, voedingsbegeleidingen monitoren van groei en ontwikkeling	2797	12
-----------	---	---	------	----

Tabel 2: Azië

Interventie-pakket	Omschrijving van pakket en dekking van aantal kinderen in gehele gebied (%)	Aanvullende interventies	Jaarlijkse kosten in \$ (mln.)	DALY's afgewend in mln.
C1	Zink (95%)	Voedselversterking met zink (95%)	12	1
C2	C1 + Vitamine A versterking (95%)	Vitamine A versterking van voedsel	49	1
C3	C2 + case management van longontsteking (80%)	Case management longontsteking	365	6
C4	C3 (95%)	Case management longontsteking uitgebreid naar een dekking van 95%	470	7
C5	C4 + immunisatie mazelen (95%)	Immunisatie van mazelen	609	8
C6	Zink supplementen + orale rehydratie therapie + case management longontsteking + immunisatie mazelen (95%)	Versterking is hier vervangen door aanvulling van zink, extra orale rehydratie therapie ter behandeling van diarree	1560	14
C7	C6 + vitamine A supplementen (95%)	Vitamine A versterking is vervangen door supplementen	2094	16
C8	C7 + voorzien in aanvullend voedsel en 'nutrition counseling', monitoren van groei en ontwikkeling van kind (95%)	Aanvullend voedsel, voedingsbegeleiding en monitoren van groei en ontwikkeling	6546	16

De kosten in de tabel zijn berekend voor het jaar 2000. Een berekening met inflatiecorrectie geeft de volgende uitkomsten. Voor de periode 2000-2009 was de gemiddelde inflatie van de dollar 2.56%. Voor de periode 2010-2012 was dit 2.29% (InflationData.com, 2012).

Voor het leveren van de pakketten A8 en C8 voor 95% van de kinderen uit sub-Sahara Afrika en Azië, gebieden met de hoogste kindersterfte bij elkaar genomen, zouden de kosten rond de 12 miljard dollar liggen.

Tabel 3: Totale Kosten

	Pakket	2000 (\$ mln.)	2012 (\$ mln.)
Sub-Sahara Afrika	A8	2797	3756
Azië	C8	6546	8153
Totaal	A8+C8	9342	11909

In 2006 moesten volgens Unicef 600 miljoen kinderen (30% van de kinderen in ontwikkelingsgebieden) met minder dan 1\$ overleven². Een gemiddelde bevolkingsgroei van 2% per jaar geeft 690 miljoen kinderen in 2013.

Ervan uitgaand dat voor deze armste kinderen de zorg het hardst nodig is geeft een globale berekening een bedrag van ongeveer 14 euro per persoon voor een basispakket gezondheidszorg.

Waarom is het belangrijk om te investeren in kindergezondheid?

Ziekte en armoede zijn nauw met elkaar verweven. Voor kinderen geldt: ziekte houdt ze weg van school en verslechtert hun toekomst. Voorbeeld: In 1990 was naar schatting 55% van de ziektelast geconcentreerd bij kinderen onder de 15 jaar oud, met 660 miljoen DALY's die verloren gingen (Bodabilla J.L., et. al, 1994).

De uitkomsten van de meetindicatoren³ en de bijbehorende discussies hebben door de jaren heen bijgedragen aan een toenemende acceptatie van de opvatting dat 'ontwikkeling' moet worden bekeken als de mate waarin individuen in staat zijn te leven op de manier die zij als 'bevredigend' beschouwen. Dit vereist dat de meest fundamentele kwestie, namelijk 'overleven', gewaarborgd kan worden. Miljoenen mensen sterven vroegtijdig vanwege het niet beschikbaar zijn of onbetaalbaar zijn, of beide, van medische zorg. Het is niet meer dan redelijk dat de focus van deze ontwikkeling moet liggen op het verstrekken van universele toegang tot gezondheidszorg, water, sanitaire voorzieningen, voeding, basisonderwijs, communicatie en werkgelegenheid.

“There is growing realization that the health of the people of a nation significantly contributes to its economic growth”

De daling van overheidsinvesteringen in de gezondheidszorg en het ontbreken van enige vorm van sociale verzekering hebben een wankelende situatie gecreëerd in bijvoorbeeld India. De onvoorspelbaarheid van ziekten die aanzienlijke hoeveelheden geld op korte termijn kosten veroorzaken de verarming van zo'n 3,3% van de bevolking per jaar. De armste 10% van de bevolking is gedwongen te leven van de verkoop van hun activa of moeten leningen aangaan. De intergenerationele gevolgen voor de familie zijn schulden die doorgegeven worden aan de volgende generatie en zorgen voor de ontzegging van basisbehoeften.

– Dr. Anbumani Ramadoss, Indian Union Minister for Health & Family Welfare

Het rapport 'Investing in Health' (WHO) laat zien dat bij adequaat en tijdig ingrijpen 8 miljoen doden per jaar en het lijden van velen voorkomen kunnen worden. Deze WHO-

² Unicef (z.d.) Eradicate Extreme Poverty and Hunger. Geraadpleegd via, <http://www.unicef.org/mdg/poverty.html>

³ Om landen te beoordelen en te rangschikken op basis van de prestaties die van invloed zijn op de kwaliteit van leven, het verminderen van ontbering van basisbehoeften en gendergelijkheid zijn er meetindicatoren ontwikkeld en worden overheden gedwongen om 'ontwikkeling' te herdefiniëren. Dit zijn o.a. de Human Development Index, Human Poverty Index en de Gender Development Index

commissie schat dat 330 miljoen DALY's in termen van economische besparingen de waarde van ongeveer \$180 miljard per jaar kan hebben.

Conclusie

Dagelijks sterven nog steeds teveel kinderen aan ziekten die makkelijk voorkomen of behandeld hadden kunnen worden. Basisgezondheidszorg met eenvoudige basispakketten zijn dus hard nodig om een bijdrage te leveren aan de overlevingskans van kinderen. Kinderen die wegens slechte gezondheid niet naar school kunnen zullen slechte toekomstvooruitzichten hebben. Bovendien zijn voor sociaaleconomische vooruitgang gezonde mensen nodig. Zieke kinderen kunnen niet worden opgeleid en zieke mensen zijn geen optimale ouders of productieve arbeidskrachten. Een basispakket met daarin vaccinaties, voedingssupplementen en een muskietennet is een investering met een hoog rendement.

Bronnenoverzicht

- Aikins, M., Black, R., Evans, D.B., Hutubessy, R., Tan-Torres Edejer, T., Wolfson, L. (2005). *Achieving the Millennium Development Goals for Health: Cost Effectiveness Analysis of Strategies for Child Health in Developing Countries*. BMJ Publishing Group Ltd, 2005, 4-5
- Arifeen, S. el., Bryce, J., Gwatkin, D., Habicht, J., Lanata, C.F., Pariyo, G., e.a. (2003). *Child Survival III: Reducing child mortality: can public health deliver?* The Lancet, 2003 (362), 159-164
- Armstrong Schellenberg, J., Claeson, M., Gwatkin, D., Habicht, J., Victora, C.G., Wagstaff, A. (2003). *Child Survival IV: Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough*. The Lancet 2003 (362), 233-41
- Bhutta, Z.A., Black, R.E., Jones, G., Morris, S.S., Steketee, R.W., e.a. (2003). *Child Survival II: How many child deaths can we prevent this year?* The Lancet, 2003 (362), 65-71
- Black, R.E., Bryce, J., Morris, S.S. (2003). *Child Survival I: Where and why are 10 million children dying every year?* The Lancet, 2003 (361), 2226-34
- Bobadilla, J.L., Cowley, P., Musgrove, P., Saxenian, H., (1994). *Design, Content and Financing of an Essential National Package of Health Services*. Bulletin of the World Health Organization, 1994 (4), 653-62
- Bryce, J., Gillespie, D., (2003). *Child Survival V: Knowledge into action for child survival*. The Lancet, 2003 (362), 323-27
- Chowdhury, R., Freedman, L.P., Mushtaque, A., Pinho, H. de., Rosenfield, A., Waldman, R.J., Wirth, M.E. (2005). *Who's got the power? Transforming Health Systems for Women and Children*. UN Millenium Project 2005, p.51. Geraadpleegd op 12 april 2013, van <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/safemotherhood/docs/maternalchild.pdf>
- Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), Unicef, World Health Organization. (2005). *Handbook IMCI: Integrated Management of Childhood Illness*. Geraadpleegd op 25 april 2013, van <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546441.pdf>
- Disease Control Priorities Project. (2007). *Primary Health Care: Key to Delivering Cost-Effective Interventions*. Geraadpleegd op 20 april 2013, van <http://www.dcp2.org/file/77/>
- Huber, C. (2012). *Child Mortality: Top Causes, Best Solutions*. Geraadpleegd op 11 april 2013, van <http://www.worldvision.org/news/child-mortality-top-causes-best-solutions>

- InflationData.com. (2013). *Average Annual Inflation by Decade*. [Online Afbeelding]. Gedownload op 17 juni 2013, van http://inflationdata.com/Inflation/images/charts/Inflation_Trends/inflation_by_decade.jpg
- Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. (2005). *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*. Geraadpleegd op 12 juni 2013, van <http://www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf>
- Unicef. (2008). *The State of World's Children 2008*. Geraadpleegd op 21 april 2013, van <http://www.unicef.org/sowc08/youth/informed.php#answer5>
- United Nations Development Program. (2013). *Millennium Development Goals: Reduce Child Mortality*. Geraadpleegd op 10 april 2013, van http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg4/
- United Nations. (2012). *The Millennium Development Goals Report 2012*. Geraadpleegd op 16 september 2013, van http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/The_MDG_Report_2012.pdf
- World Health Organization. (2013). *Children: reducing mortality*. Geraadpleegd op 16 september 2013, van <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/index.html>
- World Health Organization. (2008), *Essential Health Packages: What are they for? What do they change?* Draft Technical Brief, 2008 (2), 2-3
- World Health Organization. (2013). *WHO-CHOICE Interventions, Childhood Diseases*. Geraadpleegd op 10 mei 2013, van <http://www.who.int/choice/interventions/en/>
- World Health Organization. (z.d.) *Investing in Health: A Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geraadpleegd op 13 juni 2013, van <http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/en/investinginhealth02052003.pdf>

