

Minder schulden, meer gezondheid

Ellen Verheul

Begin november lanceerde Wemos de Jubilee 2000-campagne in Nederland onder het motto: 'teken voor minder schulden en meer gezondheid'. Jubilee 2000 pleit voor een eenmalige kwijtschelding van de zwaarste schulden van de armste ontwikkelingslanden, opdat deze landen een nieuwe start in het nieuwe millennium kunnen maken. De campagne krijgt brede steun in inmiddels al meer dan dertig landen en ook in Nederland werken organisaties samen om de campagne tot een succes te maken. Wemos roept mensen werkzaam in de gezondheidssector op een handtekening te zetten onder de campagne-eisen. Daarvoor is in dit nummer van Medische Antropologie een kaart ingesloten. Dit artikel gaat in op de achtergrond van de campagne.

Zeefmaker Ali uit Niger moet 150 zeven maken voor hij genoeg geld heeft om met zijn drie jaar oude dochter naar het ziekenhuis te gaan. Aangekomen bij het regionale ziekenhuis in Galmi moet hij twintig dagen wachten tot een arts bereid is zijn dochter te zien. Een dokter, die moet zoeken naar schone injectienaalden en die drie maanden geen salaris heeft gehad (McKane 1998).

In het St. Paul's Mission Hospital, Murehwa district, Zimbabwe wordt een 23-jarige vrouw opgenomen met een spontane abortus en een secundaire infectie. Ze wordt gecurteerd en krijgt antibiotica. Na ontslag krijgt ze een recept mee voor antibiotica om de kuur af te maken. Ze heeft geen geld om de medicijnen te kopen en keert enkele dagen terug, opnieuw met een bloeding en opnieuw met tekenen van infectie. Opnieuw krijgt ze na behandeling en ontslag uit het ziekenhuis een recept mee voor antibiotica. Nog steeds heeft ze geen geld om deze medicijnen te kopen. Vijf weken later wordt ze weer opgenomen, deze keer met een anemie, ernstige infectie en peritonitis. Ze overlijdt enkele uren na opname (Renfrew 1997).

Het zijn schrijnende voorbeelden die iedereen kent. Armoede en een slecht toegankelijke gezondheidszorg leiden tot mensonterende toestanden. Hoe kan daar iets aan veranderen? Ontwikkelingshulp verlicht, maar brengt vaak geen structurele oplossing. Landen blijven afhankelijk van buitenlandse steun en zijn zelf veelal niet in staat om in de meest essentiële levensbehoeften van hun bevolking te voorzien. Een van de factoren die hieraan ten grondslag ligt is de gigantische buitenlandse schuldenlast waaronder veel ontwikkelingslanden gebukt gaan. Samen dragen deze landen jaarlijks meer af aan

rente en aflossing dan ze ontvangen aan ontwikkelingshulp. Een zeer groot deel van de export-inkomsten wordt gebruikt voor de schuldenbetalingen. Het gevolg is dat men onvoldoende overhoudt voor sectoren als onderwijs en gezondheidszorg. Zo wordt in Subsahara Afrika twee tot vier keer zoveel uitgegeven aan de schulden als aan gezondheidszorg. Het betekent ook dat de ontwikkeling van het land ernstig geblokkeerd wordt. Op eigen kracht komen deze landen niet uit de neergaande spiraal.

Oorzaken en gevolgen

De schuldenproblematiek bestaat al heel lang. In de jaren zeventig vloeiden de overtollige oliedollars gemakkelijk naar ontwikkelingslanden. Hiermee konden sommige machthebbers te vriend worden gehouden, de koude oorlog woedde immers volop. Hoe de leningen werden besteed maakte niet zoveel uit. Veel geld verdween in prestigeprojecten of naar buitenlandse rekeningen. De bevolking van deze landen heeft er weinig aan gehad. Toen in de jaren tachtig de internationale economische crisis uitbrak, met een stijgende rente en dalende export-inkomsten, kwamen veel ontwikkelingslanden in de problemen. Ze konden hun leningen niet meer aflossen. De internationale financiële instellingen boden uitkomst: met nieuwe leningen konden ze hun oude aflossen. In ruil daarvoor moesten ze hun economie hervormen met behulp van structurele aanpassingsprogramma's. Dit hield in: een strikt monetair beleid, bezuinigingen op de overheidsuitgaven, liberaliseren van de handel en stimuleren van de privé-sector. Een klein deel van de bevolking profiteerde hiervan. Het grootste deel werd echter nog armer door stijgende voedselprijzen, massa-ontslagen en bezuinigingen in de sociale sector (Elabor-Idemudia & Mihevc 1993). Aan het eind van de tachtiger jaren daalden de uitgaven aan gezondheidszorg per hoofd van de bevolking in de 37 armste landen met 50% (UNICEF 1989). Eigen bijdragen van patiënten moesten het budget aanvullen, maar leidden ertoe dat het gebruik van zorgvoorzieningen voor veel mensen niet meer mogelijk is zonder zich in diepe schulden te steken (Chabot et al. 1995; Costello et al. 1994). De privé-sector werd gestimuleerd, maar zonder dat de kwaliteit en toegankelijkheid van deze voorzieningen kon worden gegarandeerd. De overheid ontbreekt het immers aan middelen daarvoor.

De gedachte achter structurele aanpassing was dat landen even moesten afzien, maar dat daarna door de gestegen economische groei ook de sociale sector weer zou kunnen worden opgebouwd. Niet alleen is de belofte van economische groei grotendeels loos gebleken, de afbraak van de sociale sector leidt ook op lange termijn tot beperking van de economische ontwikkeling doordat mensen minder zijn opgeleid en een slechtere gezondheid hebben (Alubo 1990; Cornia et al. 1987; Kanji et al. 1991). Het aantal mensen onder de armoedegrens groeit nog steeds. Inmiddels heeft met name de Wereldbank dit risico ook begrepen. Gepoogd wordt de budgetten voor de sociale sector te beschermen. Vangnet-constructies moeten de ergste gevolgen voor de armste mensen opvangen. In de praktijk blijkt dit nauwelijks te functioneren. Het karakter van structurele aanpassing is niet wezenlijk veranderd.

Gebrek aan politieke wil

Hoe uit deze impasse te komen? Een belangrijke stap zou zijn om overheden te verlossen van hun schuldenlast. Dit zou deze landen meer ruimte geven op hun begroting om armoede te bestrijden en ontwikkeling te bevorderen. Over de noodzaak van schuldenverlichting bestaat gelukkig geen discussie meer. Alle belangrijke schuldeisers (bilaterale donoren en internationale financiële instellingen als IMF en Wereldbank) erkennen dat. De vraag is alleen hoe, hoe veel, en onder welke voorwaarden. De bestaande initiatieven, waarvan het Highly Indebted Poor Countries (HIPC)-initiatief de belangrijkste is, bieden ontwikkelingslanden tot nu toe weinig soelaas. De schuldeisers steggelen eindelijk over wie hoeveel moet bijdragen, de onderhandelingen zijn ondoorzichtig en ondemocratisch en de uiteindelijk geboden verlichting is niet meer dan een druppel op de gloeiende plaat. Bovendien is schuldenverlichting gekoppeld aan zeer strenge economische voorwaarden. Landen die voor het HIPC-initiatief in aanmerking willen komen moeten eerst 6 jaar lang voorbeeldig een structureel aanpassingsprogramma volgen. De gevolgen daarvan zijn hierboven al geschetst. Verder moeten landen een kwart van hun export-inkomsten aan rente en aflossing blijven betalen; de rest wordt dan kwijtgescholden. Dit betekent dat deze landen nog steeds onrechtvaardig veel moeten terugbetalen. Duitsland hoefde na de Tweede Wereldoorlog slechts 4% van de export-inkomsten af te dragen. Meer vond men riskant, Duitsland's hoge betalingsverplichtingen na de Eerste Wereldoorlog vormden immers een belangrijke factor bij het ontstaan van de Tweede Wereldoorlog.

Aan de benodigde hoeveelheid geld voor schuldenverlichting kan het overigens niet liggen. Er zijn internationaal ruim voldoende financiële reserves. Eind vorig jaar bracht het IMF in korte tijd 100 miljard dollar bijeen in een poging de economische crisis in Zuid-Oost Azië te bezweren. Voor een verlichting van de schulden van de twintig armste landen is elf miljard dollar nodig, ongeveer de bouwkosten van Eurodisney (Brittain & Elliott 1997).

Campagne voor kwijtschelding

Deze situatie is veel niet-gouvernementele en ook VN-organisaties een doorn in het oog. Zij vragen de schuldeisers al jaren om een snellere, hogere en coulantere kwijtschelding die bovendien niet het paard achter de wagen spant door de economische voorwaarden die eraan verbonden zijn. Om deze oproep kracht bij te zetten is de Jubilee 2000-campagne gestart. Het doel is wereldwijd meer dan twintig miljoen handtekeningen te verzamelen. Deze worden in juni 1999 aangeboden aan de G8, de leiders van de acht landen die de meeste schulden hebben uitstaan.

De organisaties die zich bij de campagne hebben aangesloten beseffen dat kwijtschelding van schulden niet de enige oplossing is voor het armoede-probleem. Corruptie, ongelijke handelsverhoudingen, milieurampen et cetera eisen ook hun tol. Toch is kwijtschelding een belangrijke eerste stap. Het biedt overheden de mogelijkheid het heft weer in eigen handen te nemen en te investeren in hun bevolking. Jubilee 2000

verbindt aan kwijtschelding de voorwaarde dat het vrijgekomen budget besteed wordt aan sociale ontwikkeling en armoedebestrijding. Daarnaast vraagt Jubilee 2000 om een open en democratisch onderhandelingsproces, waarbij ook maatschappelijke organisaties betrokken zijn. De ervaring leert namelijk dat het opleggen van voorwaarden niet werkt wanneer ze geen draagvlak hebben in het land dat ze moet uitvoeren.

Tenslotte is voor het verbeteren van de gezondheid uiteraard niet voldoende als de gezondheidszorg meer geld krijgt. Investing in de sector moet gepaard te gaan met een goed doordacht gezondheidsbeleid en een verstandige inrichting van de gezondheidszorg. Gelijke kansen op gezondheid en gelijke toegang tot de gezondheidszorg voor degenen die deze nodig hebben horen daarbij voorop te staan. Jubilee 2000 zal beslissen voorwaarden scheppen om deze situatie binnen bereik te brengen.

Wemos vindt voor haar initiatief warme steun bij een groot scala aan organisaties waaronder de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde, Memisa, het Nederlandse Rode Kruis, Simavi en Artsen zonder Grenzen. Een groot aantal prominenten uit de zorgsector is vertegenwoordigd in het comité ter aanbeveling, waaronder de hoogleraren Dunning, Dupuis, Van der Geest, Gunning-Schepers, Richters en Varkevisser. De stem van medische beroepsgroepen zal de roep om kwijtschelding van schulden extra ondersteuning geven. Het onderstreept de schrijnende humanitaire gevolgen van de schulden crisis en betekent een steun in de rug van diegenen die in het Zuiden ijveren voor meer en betere investeringen in de gezondheidszorg en in beleid dat de gezondheid van mensen vooropstelt.

Voor informatie of reacties: Wemos, Ellen Verheul, tel: 020 4688388, e-mail: wemos@wemos.nl, of bezoek de web-site: www.wemos.nl.

Literatuur

- Alubo, S.O.
1990 Debt crisis, health and health services in Africa. *Social Science & Medicine* 31(6): 639-48.
- Brittain, V. & L. Elliott
1997 Dollar-a-day losers in the global economy. *The Guardian* 12 June.
- Chabot, J., J.W. Harnmeijer & P.H. Streefland (eds.)
1995 *African Primary Health Care in times of economic turbulence*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.
- Cornia, G.A., R. Jolly & F. Stewart
1987 *Adjustment with a human face. Ten country case studies*. Oxford: Clarendon Press.
- Costello, A., F. Watson & D. Woodward
1994 *Human face or human facade? Adjustment and the health of mothers and children*. London: Centre for International Child Health.

Elabor-Idemudia, P. & J. Mihevc

1993 *Beyond adjustment: Responding to the health crisis in Africa*. Toronto: Inter-Church Coalition on Africa (ICCAF).

Kanji, N., N. Kanji & F. Manji

1991 From development to sustained crisis: Structural adjustment, equity and health. *Social Science & Medicine* 33(9): 983-93.

McKane, M.

1998 Suffering from plague – the plague of debt. *The Guardian*, 11 May.

Renfrew, A.

1992 In: Watkins, K. *Cost-recovery and equity in the health sector: Issues for developing countries*. OXFAM UK & Ireland Policy Department, 27 February 1997.

UNICEF

1989 *The State of the World's Children*. Oxford: Oxford University Press.