

HOOGLERAAR HANS HOGERZEIL LAAT STUDENTEN OVER DE GRENS KIJKEN

‘Global health maakt artsen bescheiden’

Hans Hogerzeil is hoogleraar *global health* in Groningen en werkte zijn hele loopbaan bij Wereldgezondheidsorganisatie WHO aan ‘*essential medicines*’. ‘Elke arts moet iets weten van *global health*’.

‘Groningen is de enige plaats ter wereld waar al vanaf het eerste studiejaar *global health* op het programma staat.’ Hans Hogerzeil, hoogleraar *global health* aan de universiteit in die stad, zegt het met trots. Tijdens een korte tussenstop op Schiphol – hij is op doorreis van Uganda naar Zwitserland waar hij woont – wil hij graag vertellen

over zijn vakgebied en over de opleiding waarvoor hij mede de grondslag heeft gelegd. Want, zo vindt hij, ‘eigenlijk zouden alle artsen iets van *global health* moeten weten. Het leert ze beseffen hoe bevoorrecht ze hier zijn en hoe ze met andere culturen moeten omgaan. Daar heeft iedere arts baat bij. Het maakt ze bovendien bescheiden.’

Hogerzeil kwam in 2012 naar Groningen om de *global health*-opleiding vorm en inhoud te geven. Er bestond toen al een *international bachelor of medicine* voornamelijk voor buitenlandse studenten. Daarin kreeg onder zijn leiding *global health* een belangrijke plaats.

Geen hoorcolleges

Sinds september vorig jaar is *global health* een van de vier profielen waaruit studenten bij aanvang van de studie kunnen kiezen. De andere profielen zijn: *molecular*

medicine, intramurale zorg (specialistische zorg zoals die in het ziekenhuis wordt gegeven) en duurzame zorg (de patiënt in zijn of haar sociale omgeving). Hogerzeil: ‘Kortweg kies je dus tussen nadruk op het molecuul, op de ziekte, de patiënt of de wereld. *Molecular medicine* en *global health* worden volledig in het Engels gedoceerd.’ Elk van deze profielen neemt ongeveer 30 procent van het bachelorcurriculum in beslag, de resterende 70 procent wordt besteed aan het ‘gewone’ basiscurriculum.

Hogerzeil: ‘Daarbij geldt: vanaf dag één krijgen alle studenten met patiënten te maken. De medische basiskennis zoeken ze zelf uit; de hoogleraar die staat voor te kauwen uit een boek is totaal uit de tijd. Er zijn geen hoorcolleges meer. Studenten komen op de universiteit voor verdieping van de stof. Ze werken in kleine groepen. Binnen het profiel *global health* komen daarbij thema’s aan de orde als armoede, mensenrechten, gezondheidsfinanciering, internationale epidemieën zoals malaria, tbc, en hiv, *safe motherhood*, *non-communicable diseases*, tropische kindergeneeskunde, vaccinaties, voeding, humanitaire noodhulp en essentiële geneesmiddelen. En niet te vergeten

Vanaf dag één krijgen alle studenten met patiënten te maken



‘De hoogleraar die
staat voor te kauwen
uit een boek,
is totaal uit de tijd’



HANS HOGERZEIL

Hans Hogerzeil (1951) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Hij werkte na zijn afstuderen als missiearts voor de protestantse kerk in een Ghaanees ziekenhuis. Daar ontwikkelde hij zich tot een expert op het gebied van essentiële medicijnen, een onderwerp waarop hij in 1984 promoveerde. Geneesmiddelen heten 'essentieel' – en staan als zodanig op een lijst opgesteld door Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) – als ze onontbeerlijk zijn om de medische noden van een meerderheid van de bevolking te lenigen. Ze moeten daarom steeds in voldoende hoeveelheid aanwezig zijn, in bruikbare vorm en voor een maatschappelijk haalbare prijs. In 1985 trad Hogerzeil in dienst van de WHO, waar hij zich intensief bezighield met geneesmiddelenbeleid en 'essential drugs'.

Van 2008 tot 2011 was hij directeur *Essential Medicines and Pharmaceutical Policies* bij de WHO.

In 2012 werd hij hoogleraar *global health* in Groningen, maar hij doet ook nog steeds werk voor de WHO, onder andere in Marokko, Ghana, Uganda en Iran.

veel epidemiologie. Elke student kiest een land uit een lijst van negentig. Als ze les krijgen over een bepaald onderwerp – zeg mensenrechten – dan zoeken ze voor hun "eigen" land uit welke mensenrechtenverdragen het heeft ondertekend, wat er in de nationale grondwet staat over mensenrechten, wat ngo's over de mensenrechtensituatie zeggen in het land. Ze zoeken uit welk percentage van de mensen een zorgverzekering heeft, hoe de zorgverzekering geregeld is, welk percentage van het bruto binnenlands product opgaat aan gezondheidszorg. Ze vergelijken dat vervolgens met andere studenten die landen uit dezelfde regio onder hun hoede hebben en maken daarover een "regionale presentatie". Ze moeten elk jaar wetenschappelijke stukken en abstracts schrijven. Verder organiseren we eenmaal per jaar een symposium voor alle drie jaren samen. Dan gaat het over onderwerpen als: hoe ga je om met promotie door de farmaceutische industrie, hoe krijg je als clinicus te maken met mensenrechten, hoe ga je om met traditionele, complementaire geneeskunde zoals acupunctuur, voodoo, ayurveda, of Chinese geneeskunde. Want met al deze zaken krijg je als dokter op het terrein van *global health* zo goed als zeker te maken.'

Basismedicijnen

Hogerzeil weet waarover hij spreekt; hij brengt veel internationale ervaring mee naar Groningen. Vanaf 1985 werkte hij voor Wereldgezondheidsorganisatie WHO. Aanvankelijk vanuit Alexandrië en later vanuit het hoofdkantoor in Genève adviseerde hij meer dan veertig ontwikkelingslanden, met name in Afrika en Azië, op het gebied van geneesmiddelenbeleid en 'essentiële medicijnen', de basismedicijnen waarmee je de meest voorkomende ziekten kunt behandelen.

Momenteel is Hogerzeil een van de drie voorzitters van een door The Lancet ingestelde commissie die moet inventariseren wat de grootste problemen zijn op het gebied van essentiële medicijnen. Het rapport wordt volgend voorjaar verwacht.

‘De WHO doet het niet goed in oorlogssituaties’

‘Eén ding weet ik nu al’, zegt Hogerzeil, ‘essential medicines zijn nog steeds even hard nodig als dertig jaar geleden, maar op een andere manier. Kijk naar de opkomst van niet-besmettelijke ziekten zoals overgewicht, diabetes en hart- en vaatziekten: 80 tot 90 procent van de sterfte aan deze ziekten vind je nu in de ontwikkelingslanden. Dat heeft zijn weerslag op het soort medicijnen dat nodig is. Verder was het vroeger de kwestie hoe je basale medicijnen als penicilline of aspirine naar mensen in arme landen en landen met een middeninkomen kunt krijgen. Dat is beter geworden, maar voor twee miljard mensen is het niettemin nog steeds een probleem. We zien bijvoorbeeld dat nieuwe essentiële geneesmiddelen vaak duur zijn. Neem de nieuwe antivirale middelen tegen hepatitis C, die anderhalf jaar geleden zijn geregistreerd. Ze betekenen een drastische verbetering. Maar dat doosje met 84 pillen, dat een patiënt twaalf weken moeten slikken, kost wel 84.000 dollar. De fabrikant zegt: dit is goedkoper dan een levertransplantatie, die kost 90.000 dollar. Maar het merendeel van de patiënten leeft in middeninkomenlanden, zoals Mexico, Thailand, Egypte, Brazilië. Daar is het onbetaalbaar.’ Ook andere opkomende landen zetten hun zorgverzekeringsystemen momenteel in de stijgers. ‘Die kunnen echt geen medicijn van 2000 dollar per maand vergoeden. Dan gaat het hele systeem meteen failliet. Dat is de reden waarom een land als India heeft besloten patenteigenaren die meer dan 2500 dollar vragen voor een medicijn, misbruik van macht te verwijten. India erkent dat patent dan niet

langer, en geeft een dwanglicentie aan een lokale fabrikant die het geneesmiddel zelf gaat maken. 3 procent van de omzet gaat als royaltybetaling naar de oorspronkelijke fabrikant.’

Parallelimport

Er zijn andere manieren om de prijs van medicijnen naar beneden te krijgen, aldus Hogerzeil. ‘In de eerste plaats is niet elk nieuw medicijn ook een beter medicijn. Het is zaak je altijd af te vragen of je het wel echt nodig hebt. Daarom moet je met klinische richtlijnen werken. Verder kun je therapeutische substitutie overwegen als verschillende merkmedicijnen allemaal ongeveer evengoed werken: de zorgverzekering vergoedt dan alleen het goedkoopste merkmiddel.’ Last but not least kan de fabrikant besluiten niet alle landen hetzelfde te laten betalen. Het gevaar dat er dan parallelimport op gang komt, ziet Hogerzeil niet. ‘Dat zegt de farmaceutische industrie altijd’, verzucht hij, ‘maar dat klopt niet. Voor vaccins doen we dat immers al veertig jaar. En dat zonder problemen. Een dtp-vaccin kost 7 dollarcent bij Unicef, en 7 dollar in New York. Niemand gaat met een koffer van die vaccins van Kenia naar de Verenigde Staten om ze daar te verkopen. Hetzelfde geldt voor familyplanning. Verder kun je simpele, maar doeltreffende *regulatory barriers* instellen. Klassiek voorbeeld: het malariamedicijn Riamet van Novartis kostte bij introductie 72 dollar, maar in Zuid-Afrika slechts 18 dollar. Daar heet het anders: Coartem. En dat goedkope product kan niet naar Zwitserland worden teruggeïmporteerd, want daar is het niet onder die naam geregistreerd.’

De toonaangevende, tweejaarlijkse Access to Medicine Index liet in 2014 zien dat de twintig grootste farmaceutische bedrijven meer moeite hadden gedaan om de toegang van arme mensen tot medicijnen te vergroten. GlaxoSmithKline staat in deze index al jaren aan kop. Op plaats twee, drie en vier staan nu respectievelijk Novo Nordisk, Johnson & Johnson en Novartis. Deze bedrijven besteedden meer aandacht aan sociaaleconomische

factoren, zoals draagkracht en op maat gesneden prijzen, dan in de twee jaar daarvoor. Ook gaven ze vaker toestemming voor het vermarkten van generieke medicijnvarianten in arme landen.

Hogerzeil blijft echter kritisch: ‘Ik wil er niet naïef over zijn: een paar industrieën doen heel goed hun best, en daarmee trekken ze het gemiddelde omhoog.’

Idealist

Kritisch is hij ook over de organisatie waar hij het grootste deel van zijn loopbaan heeft doorgebracht: de WHO. Hogerzeil: ‘De WHO is in principe een wetenschappelijke en normgevende organisatie. Het medicijnenprogramma heeft een heel goede naam. Maar de WHO is niet een organisatie die het goed doet in oorlogssituaties – daar moeten we eerlijk over zijn. Daar heb je het Rode Kruis voor of Artsen zonder Grenzen. De WHO is ook niet goed in het runnen of snel bevoorraden van een vluchtelingenkamp. Wat ze wel goed kan, is met alle betrokken organisaties aan tafel gaan zitten en evalueren wat er fout en goed is gegaan bij hulpverlening en dat te vertalen in een standaardkit voor de volgende ramp.’ Wie bij de VN werkt, blijft alleen overeind als hij een idealist is, weet Hogerzeil. ‘Als je dat niet bent, word je doodongelukkig. En dat betekent ook: geloven in het goede van de mensen. Ik ben nooit cynisch geworden. Ik weet het: regeringen zijn soms slecht en corrupt, maar er zijn altijd goede mensen in een land. Die moet je steunen. Je moet idealisme daarom combineren met opportunisme: dat wil zeggen constant open staan voor het goede moment. Dat heb ik van politici geleerd.’ ■

web

Links naar websites met aanvullende informatie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/ artikelen.