

University of Groningen

Health policy analysis

Khan, Muhammad Mushtaq

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Khan, M. M. (2006). *Health policy analysis: the case of Pakistan*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting (Summary in Dutch)

Deze studie omvat acht hoofdstukken. Hoofdstuk 1 geeft een korte algemene inleiding van de studie en hoofdstuk 2 van Pakistan. De hoofdstukken 3 – 7 geven antwoorden op de onderzoeksvragen en het laatste hoofdstuk presenteert de conclusies en aanbevelingen van de studie.

De studie analyseert het volksgezondheidsbeleid in Pakistan. Beoogd wordt vast te stellen, wat het antwoord van de regering is geweest om gezondheidsproblemen aan te pakken, om de gezondheidszorg te verbeteren en om de gezondheid van de bevolking te beschermen. De inhoud van het meest recente volksgezondheidsbeleid wordt in deze studie beschreven. Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan de context van het volksgezondheidsbeleid, welke omgevingsfactoren (politieke, economische en sociaal-culturele) het beleidsproces beïnvloeden en welke middelen en menskracht ter beschikking staan voor volksgezondheidsbeleid. Daarenboven wordt het proces van het volksgezondheidsbeleid geanalyseerd door na te gaan in hoeverre beschikbaarheid en gebruik van middelen, van expertise en van werkmethodes de beleidsdoelen realiseren.

In **hoofdstuk 1** wordt een algemene inleiding van de studie gegeven en de achtergrond van de studie gepresenteerd. Het belang van analyse van het (volksgezondheid)beleid wordt benadrukt, inclusief beschikbare benaderingen en modellen. Tevens presenteert het hoofdstuk de gevolgde werkwijze en de indeling van de studie. Voor de analyse van het volksgezondheidsbeleid wordt een model, ontwikkeld door Walt en Gibson (1994), gebruikt, dat specifiek ingaat op de inhoud, de context en het proces van het (volksgezondheid)beleid en aandacht besteedt aan de rol, die personen en organisaties (actoren) spelen in het beleidsproces. De studie beantwoordt de volgende vragen:

Wat is de inhoud van het Nationale Beleidsplan Volksgezondheid (NBV) in Pakistan, vastgesteld in 2001? Deze vraag richt zich in het bijzonder op a. welke gezondheidsproblemen komen in het beleidsplan aan de orde? b. zijn er grote veranderingen in prioritaire onderwerpen? c. is de inhoud van het beleidsplan in overeenstemming met de uitgangspunten van moderne gezondheidsparadigma's, inclusief de 'Health For All' (HFA) strategie.

Op welke wijze beïnvloeden omgevingsfactoren (politieke, economische en sociaal-culturele) het beleidsproces in de volksgezondheid en de gezondheidsuitkomsten in Pakistan?

Hoe wordt het beleidsproces (zoals agendaopbouw, planning, implementatie, monitoring en evaluatie) in de volksgezondheid in Pakistan uitgevoerd en hoe beïnvloedt dit gezondheidsuitkomsten?

In **hoofdstuk 2** wordt basis informatie over Pakistan gegeven. Het gaat in op geografische en economische aspecten, op nationale hulpbronnen en middelen, op politieke, administratieve en sociale omstandigheden, op onderwijs, geschiedenis en cultureel leven, op het gezondheids(zorg)stelsel en tenslotte presenteert het een kort overzicht van het volksgezondheidsbeleid. Dit overzicht beoogt bij te dragen aan begrip voor de algemene gezondheidsomstandigheden en de context van het volksgezondheidsbeleid.

De hoofdstukken 3 en 4 richten zich op de inhoudsanalyse, zoals aangegeven in de eerste onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 3 geeft een kort overzicht van het Nationale Beleidsplan Volksgezondheid (NBV) uit 2001 door de verscheidene doelen en acties van het beleid te belichten. Vastgesteld wordt, dat het huidige beleidsplan (NBV 2001) het belang van zowel de uitgangspunten van ‘Health For All’ als een nieuwe ‘public health’ om gezondheidsproblemen te bestrijden en levensomstandigheden te verbeteren erkent. De inhoudsanalyse toont echter, dat het NBV 2001 curatieve zorg en institutionele voorzieningen als gezondheidszorgdiensten benadrukt en aan ziektepreventie en bevordering van gezondheid, de uitgangspunten voor de nieuwe ‘public health’ benadering, in het bijzonder de missie van HFA, minder aandacht besteedt. Belangrijke uitgangspunten van HFA zoals gelijkheid, participatie en samenwerking worden onvoldoende en niet op de juiste wijze meegewogen bij het vaststellen van de agenda en bij de beleidsvorming. Bovendien, zijn deze uitgangspunten niet herleidbaar in de beleidsdoelen en de wijze van implementatie.

Hoofdstuk 4 beschrijft het voorkomen van gezondheidsproblemen zoals HIV/AIDS, kanker, diabetes, ongelukken en verslaving en de factoren, die daaraan bijdragen, inclusief de sociaal-culturele, omgeving en infrastructurele factoren. In het hoofdstuk wordt vastgesteld, dat het NBV 2001 verscheidene interventies biedt om kinderziektes, diarree, malaria, tuberculose en hepatitis te bestrijden door immunisatie programma’s, tuberculose controle programma’s, voorlichtingprogramma’s over zwangerschap en voedingsprogramma’s aan te bieden. Het beleidsplan beoogt ook de beschikbaarheid van diverse medische diensten, zoals eerste hulp, chirurgie, anesthesie, gynaecologie, oogheelkunde en kindergeneeskunde, te vergroten evenals laboratoria in ziekenhuizen en wil tevens nieuwe basisgezondheidsdiensten in stedelijke en plattelandgebieden oprichten. Tevens wordt beoogd het aantal artsen, verpleegkundigen, tandartsen en andere gezondheidswerkers te laten toenemen in Pakistan. Het NBV 2001 geeft echter te weinig aandacht aan andere determinanten van gezondheid, in het bijzonder omgeving en leefstijl. Concrete plannen om de sociaal-culturele context te verbeteren door aandacht te besteden aan de lage status van vrouwen, analfabetisme en corruptie worden niet gepresenteerd. Omgevings- en gedragsfactoren resulteren in verscheidene gezondheidsproblemen, maar het beleidsdocument biedt geen suggesties hoe deze factoren aan te pakken, om op die manier ziekte te voorkomen. Het document biedt evenmin samenhangende, geschikte en realiseerbare beleidsinterventies, gericht op zowel de effectieve aanpak van risicofactoren als op het geven van (mede)verantwoordelijkheid aan burgers voor de eigen gezondheid.

In de hoofdstukken 5 en 6 wordt de contextuele analyse gepresenteerd als antwoord op de tweede onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 5 handelt over de politieke structuur en context, waarin volksgezondheidsbeleid in Pakistan is ingebed. Het laat zien, dat de politieke context niet stabiel is; veelvuldig is er een verandering in regeringen, die weer resulteert in veranderingen in beleidsplannen en projecten op het terrein van de volksgezondheid. Die politieke instabiliteit leidt ook tot centralisatie, zwakke instituten en een lage prioriteit voor onderwerpen, gericht op sociale welvaart en volksgezondheid. Analyse van economische factoren toont, dat regeringsuitgaven op het terrein van volksgezondheid laag zijn, ondanks de redelijke economische groei in Pakistan. Die lage uitgaven leiden tot beperkingen van middelen (geld, menskracht en maatregelen). Daarom mislukken beleid en plannen op het terrein van volksgezondheid bij implementatie.

De economische en sociaal-culturele beleidscontext wordt in **hoofdstuk 6** beschreven. Het geeft de economische groei in Pakistan weer, het deel voor de volksgezondheidssector in de nationale budgetten en de sociaal-culturele context, die aantoont dat factoren zoals de lage status van vrouwen, het hoge analfabetisme en het hoge niveau van corruptie implementatie van volksgezondheidsbeleid en gezondheidsuitkomsten beïnvloeden. De lage status van

vrouwen verhindert, dat vrouwen deelnemen aan de gezondheidsontwikkeling, met als resultaat een hoge morbiditeit onder vrouwen. Ook kan de lage participatie van vrouwen ertoe leiden dat implementatie van immunisatie programma's, gezondheidsprogramma's voor vrouwen en programma's over familieplanning mislukt. De kwetsbaarheid van vrouwen voor HIV/AIDS en (andere) seksueel overdraagbare aandoeningen wordt mede veroorzaakt door beperkingen van vrouwen om toegang te krijgen tot gezondheids- en sociale diensten, door hun beperkte macht om beslissingen te nemen en door de onmogelijkheid om met hun partners te onderhandelen over veilig seksueel gedrag. Het hoge analfabetisme, in het bijzonder onder vrouwen, verstoort de implementatie van gezondheidsprogramma's en maakt het moeilijk om bewustzijn te creëren voor preventie van HIV/AIDS, maar ook om participatie te bevorderen, om de omgeving te beschermen en om gezonde leefgewoontes te ontwikkelen. Corruptie in de gezondheidssector resulteert in illegale farmaceutische bedrijven, die medicijnen maken van lage kwaliteit en de datum van verlopen geneesmiddelen veranderen. Omkoppingen en tegenvallers leiden tot de aanschaf van medisch materiaal en technologie van lage kwaliteit, het stelen van gereedschap, dat publiek eigendom is, en van medicijnen, die bedoeld zijn voor arme patiënten, en misbruik van middelen in de regeringsziekenhuizen. Artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers, die in plattelandgebieden werken, blijken soms afwezig tijdens de uren, dat ze verplicht aanwezig moeten zijn, nemen smeergeld aan en verkopen geneesmiddelen, die bedoeld zijn voor arme patiënten.

Ter beantwoording van de derde onderzoeksvraag wordt in **hoofdstuk 7** het beleidsproces in de volksgezondheid geanalyseerd. Aangegeven wordt, dat de realisatie van belangrijke onderdelen van het beleidsproces (agendaopbouw en beleidsvorming, planning, implementatie, monitoring en evaluatie) verscheidene problemen ondervindt. De specifieke problemen zijn centralisatie, de invloed van het 'enge' biomedische gezondheidsmodel, een tekort aan getrainde deskundigen op het terrein van 'public health', een ongunstige beleidscontext en gebrek aan financiële middelen. Centralisatie belemmert de brede participatie in het beleidsproces van andere belangrijke stakeholders, zoals niet-gouvernementele organisaties, professionele groepen, volksvertegenwoordigers en mensen uit de samenleving. Planning en implementatie richten zich meestal op de levering van gezondheidszorgdiensten en op toename van het aantal klinieken, klinische laboratoria en gezondheidszorgwerkers. Nieuwe ziekten nemen toe en geëigende acties worden niet genomen mede door gebrek aan expertise. De nadruk blijft op klassieke 'cure' onderwerpen en gezondheidszorgvoorzieningen. Het implementatieproces wordt door de sociaal-culturele context negatief beïnvloed. In het bijzonder religieuze waarden bemoeilijken de implementatie van programma's gericht op familie planning en op controle van HIV/AIDS, omdat religieuze groepen en leiders dergelijke programma's als antireligieus en immoreel aanduiden.

Hoofdstuk 8 geeft de conclusies, bediscussieert de bevindingen en doet aanbevelingen.

Wat betreft de inhoud van het volksgezondheidsbeleid wordt in het hoofdstuk aanbevolen, dat Pakistan het nationale volksgezondheidsbeleid herformuleert door niet alleen aan de levering van gezondheidszorgdiensten aandacht te besteden, maar ook aan andere determinanten van gezondheid, in het bijzonder omgeving en leefstijl, en door de uitgangspunten van HFA te volgen met duidelijke doelstellingen, concrete plannen en haalbare implementatie instrumenten. Een dergelijk samenhangend volksgezondheidsbeleid, waarbij alle belangrijke determinanten van gezondheid conform HFA worden betrokken, vraagt om een multi-sectorale benadering met garantie voor een brede participatie en samenwerking met alle actoren, sectoren en organisaties, die te maken hebben met gezondheid, en met de lokale gemeenschappen om ziekte te voorkomen en gezondheid te bevorderen. Samenwerking tussen het Ministerie van Volksgezondheid en andere gezondheidsgerelateerde sectoren is aanbevolen om de beschik-

baarheid van noodzakelijke voorzieningen te garanderen zoals schoon water en sanitair, de bouw van basis gezondheidsdiensten en gezondheidscentra op het platteland, maar ook om aandacht te kunnen besteden aan de oorzaken van risicogedrag zoals roken, drugs misbruik, onveilig rijgedrag en onveilige auto's. In het bijzonder wordt aanbevolen om gemeenschappen, hun leiders en religieuze groepen te laten deelnemen om bewustzijn voor gezondheidsproblemen en gezonde leefgewoontes te ontwikkelen.

Wat de context van het volksgezondheidsbeleid betreft wordt aanbevolen om de volksgezondheidssector, zowel in toewijzing van menskracht als beschikbaarheid van financiële middelen als een belangrijke sector te behandelen, zoals de sectoren defensie, industrie, handel en commercie. Concreet wordt aanbevolen de gezondheidsuitgaven van de regering in het nationale budget te doen toenemen van 0.7 procent naar 2.0 procent in het budgetjaar 2006-2007 en tot 3 procent voor 2008 zoals ook door internationale organisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie en de Wereldbank wordt aangegeven. Wat betreft de sociaal-culturele context wordt aanbevolen de lage status van vrouwen aan te pakken, het analfabetisme te bestrijden en de werkdeelname, vooral voor meisjes, te bevorderen. Ook wordt aanbevolen corruptie in de gezondheidssector te bestrijden om daarmee het gebruik van slechte geneesmiddelen en slechte medische apparatuur, omkoppingen en onnodig werkverzuim van gezondheidszorgwerkers te voorkomen.

Wat betreft het proces van het volksgezondheidsbeleid wordt aanbevolen om het gezondheidszorg systeem te decentraliseren, zeggenschap en functies naar lagere echelons (provincies, districten) te delegeren, institutionele capaciteit van de districten te benutten en participatie te verzekeren, niet alleen in de implementatie fase, maar bij alle fasen in het beleidsproces. Aanbevolen wordt om mechanismen te ontwikkelen, die effectieve verbindingen kunnen leggen tussen de fasen in het beleidsproces (agenda opbouw, beleidsvorming, planning, implementatie, monitoring en evaluatie). Ook wordt aanbevolen om projecten en programma's te volgen door regelmatige werkbezoeken en door moderne technieken te gebruiken zoals Bar kaarten, kritische pad methode, project evaluatie en reviews. Deze studie leidt ook tot de aanbeveling om faciliteiten voor trainingen op terreinen als nieuwe 'public health' en gezondheidsvoorlichting te doen toenemen, om deze kennis in het medische curriculum op te nemen en om gezondheidswerkers bijscholing te laten volgen afhankelijk van hun behoeften en werk.