



Waarom
publieke
gezond-
heidszorg
beter is

Samenvatting

Toegang tot goede en kwaliteitsvolle gezondheidszorg is een fundamenteel mensenrecht, dat het best gegarandeerd is wanneer de diensten worden georganiseerd door een overheid die onder democratisch toezicht staat. De toegenomen betrokkenheid van bedrijven bij het verstrekken en financieren van gezondheidszorg en de grotere greep van het bedrijfsleven op het gezondheids- en ontwikkelingsbeleid zijn zorgwekkende evoluties, omdat de belangen van bedrijven meestal niet gelijklopen met het openbaar belang. Bedrijven zijn in de eerste plaats bedoeld om winst te maken en niet om gezondheid voor iedereen te waarborgen. Bovendien zijn bedrijven geen verantwoording verschuldigd aan rechthebbenden; ze moeten verantwoording afleggen aan hun aandeelhouders. De mensenrechtenbenadering daarentegen beschouwt staten of regeringen als de belangrijkste plichtsdragers. Uit gevalstudies blijkt dat enkel collectieve actie van sociale bewegingen kan leiden tot duurzame beleidsveranderingen die het recht op gezondheid van iedereen garanderen.



Viva Salud is een Belgische NGO die is ontstaan vanuit de overtuiging dat ieder individu recht heeft op gezondheid. Daarom steunen wij de uitbouw van sociale bewegingen die strijden voor het recht op gezondheid in de Filipijnen, Palestina, de Democratische Republiek Congo, Cuba en elders..

www.vivasalud.be

Deze paper is

- geschreven door Julie Steendam, met de actieve steun van Chiara Bodini en André Crespín
- Gerealiseerd met de financiële steun van het Belgische Directoraat-generaal voor ontwikkelingssamenwerking en humanitaire hulp (DGD)
- ontworpen door Timothée Génot / redkitten.com
- en gedrukt door uitgeverij EPO

Maart 2019

Waarom publieke gezondheidszorg beter is

0	Inleiding	4
1	Gezondheid is een mensenrecht	6
1.1	Ongelijkheid maakt ziek	
1.2	Als mensen moeten betalen voor gezondheidszorg	
2	De context	11
2.1	Privatisering: waarover hebben we het?	
2.2	Een ideologische remedie die erger is dan de kwaal	
3	Commercialisering van de gezondheidszorg: wat zijn de risico's?	17
3.1	Privatisering veroorzaakt grotere ongelijkheid in de toegang tot zorg	
3.2	Privatisering is vaak duurder op lange termijn	
3.3	Privatisering is niet meer efficiënt	
3.4	Privatisering leidt niet tot betere kwaliteit	
3.5	Privatisering leidt tot minder overheidscontrole	
3.6	Privatisering leidt tot minder beschikbaarheid van gezondheidswerkers en slechtere arbeidsomstandigheden	
4	De geschiedenis aan onze kant: waarom openbare gezondheidszorg beter is	33
4.1	Welk systeem van gezondheidszorg willen we?	
4.2	Succesvolle campagnes van de civiele maatschappij	
5	Conclusie	42





0

Inleiding

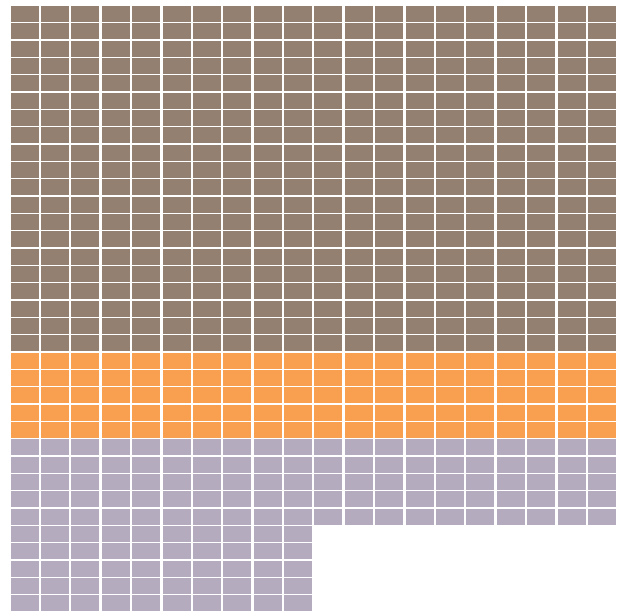
Gezondheidsindicatoren zijn betrouwbare criteria als het om ontwikkeling gaat. Vier van de acht Millenniumdoelstellingen hielden rechtstreeks of onrechtstreeks verband met gezondheid. En ook in de recente Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen is gezondheid duidelijk aanwezig. Dat is geen toeval: bijna alle politieke en humanitaire interventies hebben invloed op de volksgezondheid. En toch vormen gezondheid en de toegang tot gezondheidszorg nog altijd een uitdaging.

.....

Minstens 400 miljoen
mensen in de wereld
hebben geen toegang tot
één of meer essentiële
gezondheidsdiensten.

Elk jaar belanden 100 miljoen
mensen in armoede

150 miljoen mensen kennen
financiële moeilijkheden
door persoonlijke uitgaven
voor gezondheidszorg.¹



Hoewel het heel duidelijk is dat onze gezondheid wordt bepaald door factoren waarover wij als individu geen directe controle hebben, stellen we een verschuiving vast in het discours van collectieve naar individuele verantwoordelijkheid. Dat hangt samen met de manier waarop liberale actoren gezondheid herformuleren als een lucratief gegeven en de steeds grotere invloed van privéspelers op het gezondheidsbeleid en de zorgverlening.

Samen met een groeiend aantal burgers en sociale bewegingen vinden wij dit een zorgwekkende trend. Het klopt zonder enige twijfel dat privébedrijven vandaag een niet te negeren rol opnemen in de gezondheidszorg en de beleidsvorming op het vlak van gezondheid, maar we kunnen dit niet zomaar beschouwen als een vaststaand feit zonder in te gaan op de historische verandering in de machtsverhoudingen die dit mogelijk heeft gemaakt. De betrokkenheid van de privésector is een realiteit, maar is zeker geen neutraal gegeven. Er zit wel een bepaalde logica achter. Het huidige economische systeem moet steeds verder uitbreiden op nieuwe terreinen om winst te maken en zo nieuwe crisissen te vermijden.

Bijgevolg proberen grote economische spelers ook de markt voor gezondheid en gezondheidszorg op verschillende manieren open te breken. Daarbij stapelt de rijkdom zich op in de handen van enkelen terwijl de bevolking niet meer kan rekenen op basisdiensten.

Het is belangrijk om de commercialisering van de gezondheid te bekijken als onderdeel van een bredere neoliberale agenda die alle domeinen van de interactie tussen mens en milieu onderwerpt aan een marktlogica. Vanuit een rechtenbenadering moeten we het idee ontkrachten dat de markt een omgeving is waarin de gezondheidszorg zich goed kan ontwikkelen.

Wij zijn ervan overtuigd dat de strijd voor het recht op gezondheid gezamenlijk moet worden gevoerd. In het laatste hoofdstuk gaan we in op de mogelijkheden die sociale bewegingen hebben om plichtdragers ertoe te dwingen dat recht te verwezenlijken.

We hopen dat dit dossier kan bijdragen aan het bestaande bewijsmateriaal en aan de groeiende impact van die bewegingen bij het verzet tegen de commercialisering van gezondheid en de privatisering van de gezondheidszorg.



Duizenden gezondheids-activisten komen in Bangladesh samen voor de People's Health Assembly, 2018

1

Gezondheid is een mensenrecht

De meeste landen in de wereld hebben het recht op gezondheid erkend. Onze gezondheid wordt beïnvloed door de omstandigheden waarin we groeien, leven, werken en sterven. Naar een dokter kunnen gaan, is slechts één factor. Echter, mensen met de minste financiële mogelijkheden om gezondheidsdiensten te betalen, hebben meer kans om ooit nood te hebben aan die diensten.

.....

Het recht op gezondheid staat vermeld in een aantal internationale en regionale mensenrechtenverdragen. Het meest bekende is de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948), die in artikel 25 het recht erkent van iedereen op een “levensstandaard die hoog genoeg is om de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin te garanderen, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging”².

Maar het recht op gezondheid werd zelfs al eerder omschreven, in het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1946 als “een toestand van volledig lichamelijk,

geestelijk en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of zwakheid”³. In 2000 publiceerde het Comité van de Verenigde Naties voor Economische, Sociale en Culturele Rechten een wettelijk bindende interpretatie van het recht op gezondheid, waarin alle dimensies van het recht op gezondheid vervat zitten.⁴

Wanneer iets wordt erkend als een fundamenteel mensenrecht, betekent dit dat staten de plicht hebben om de omstandigheden die nodig zijn voor de verwezenlijking van dat recht te beschermen, te bevorderen en veilig te stellen.⁵ Anderzijds hebben burgers het recht om zich te organiseren om hun rechten op te eisen.

1.1 Ongelijkheid maakt ziek

Al die verdragen beklemtonen dat de staat de voornaamste verantwoordelijkheid heeft om alle passende maatregelen te nemen om een gelijke toegang tot gezondheidsdiensten te verzekeren, om gezondheidsproblemen bij de bevolking te verminderen, om discriminatie op het gebied van gezondheidszorg uit te schakelen en ervoor te zorgen dat zijn burgers leven, groeien, oud worden, werken en sterven in de meest haalbare gezonde omstandigheden.⁶ Alle diensten, goederen en voorzieningen moeten beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van een goede kwaliteit zijn.

Verder wijzen die verdragen op het feit dat gezondheidszorg alleen niet verantwoordelijk kan zijn voor een betere volksgezondheid.⁷ Er zijn veel onderling verbonden factoren die de gezondheid beïnvloeden, zoals onder andere sociaaleconomische klasse, onderwijs, huisvesting, beroepssituatie en arbeidsomstandigheden, toegang tot voedsel en gender. Die factoren noemen we ‘de sociale determinanten van gezondheid’ (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Zoals blijkt in de onderstaande grafiek, zijn er eigenlijk krachtige bewijzen dat die sociaaleconomische omstandigheden de grootste invloed hebben op onze gezondheid.

En hier stellen we ook ongelijkheid vast. Het eindverslag van de Commissie over de Sociale Determinanten van Gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie⁸ stelt dat gezondheid en ziekte niet gelijk verdeeld zijn in de samenleving en dat ziekte in onevenredige mate mensen treft die minder toegang hebben tot voeding, zuiver water en een proper milieu, onderwijs, veilig en stabiel werk en op solidariteit gebaseerde sociale zekerheidssystemen.

Dat betekent dus dat onze gezondheid wordt bepaald door de sociale positie waarin we ons bevinden. Als gevolg daarvan zullen mensen met de minste financiële mogelijkheden om gezondheidsdiensten te betalen het meest waarschijnlijk op een bepaald moment in hun leven nood hebben aan die diensten.

Het bestaande economische en politieke systeem bepaalt de voorwaarden voor het verbeteren van die sociale determinanten van gezondheid, onder meer via zijn beleid inzake milieu en huisvesting, voedsel- en geneesmiddelenprijzen en toegang tot water. Bovendien wijst recent onderzoek erop hoe belangrijk de algemene gelijkheid in een samenleving is om betere gezondheidsresultaten en meer welzijn te bereiken.⁹ Om te komen tot een structurele oplossing, moet de inzet voor een betere gezondheid zich toespitsen op de factoren die de gezondheid beïnvloeden, én op de processen die hun ongelijke spreiding in de samenleving bepalen.

De essentie van het recht op gezondheid kan als volgt worden samengevat: gezondheid is een kwestie van sociale rechtvaardigheid.

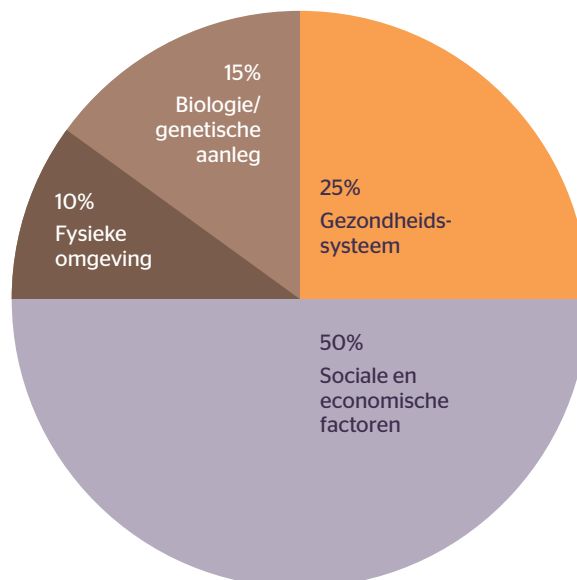


Fig. 1: De impact van sociale determinanten op de gezondheid ¹⁰

1.2 Als mensen moeten betalen voor gezondheidszorg

Hoewel diensten voor gezondheidszorg dus slechts een beperkte rol kunnen spelen voor de algemene gezondheid van de bevolking, blijft de toegang tot die diensten een heel belangrijke determinant.

De medische armoedeval, een concept ontwikkeld door Margaret Whitehead, beschrijft heel goed de gevolgen van de 'gebruikersbijdragen' voor armere gezinnen.¹¹ De gebruikersbijdrage is het deel dat patiënten 'uit eigen zak' moeten betalen wanneer ze gebruik maken van gezondheidsdiensten. Het kan gaan om de volledige kosten van de verstrekte dienst of om een gedeeltelijke bijdrage binnen een breder verzekeringsstelsel.¹²

Voor vele gezinnen zijn deze bijdrages financiële drempels voor hun behandeling. En zo kunnen ze in de val terechtkomen. Ze moeten

moeilijke keuzes maken: ofwel stellen ze de zorg uit - waarbij ze het risico lopen dat hun gezondheidstoestand verslechtert - of ze raken verarmd door hoge gezondheidsuitgaven. Als ze voor het laatste kiezen, moeten gezinnen vaak bronnen van inkomsten, zoals vee, verkopen of besparen op uitgaven voor voeding of onderwijs.

Dat gebeurt niet alleen in systemen die uitsluitend afhankelijk zijn van gebruikersbijdragen: ook in systemen die gebaseerd zijn op verzekeringen, zoals bijvoorbeeld de Verenigde Staten, zijn extreme gezondheidsuitgaven een realiteit voor mensen die verzekerd zijn. En ook in België stelt één op tien mensen een behandeling uit omdat ze zich geen dokter kunnen veroorloven, ook al wordt ervan uitgegaan dat er een systeem van universele dekking bestaat.

Wat is een gezondheidssysteem?

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft een gezondheidssysteem in een land als het geheel van alle organisaties, middelen en mensen die hoofdzakelijk bedoeld zijn om de gezondheid te verbeteren. Gezondheidssystemen bestaan meestal uit subsystemen: een openbaar systeem dat wordt gefinancierd door belastingen of sociale bijdragen; een privaat non-profitsysteem (beheerd door verenigingen, stichtingen, ngo's, enz.); en (in de meeste landen) een privaat for-profit- of commercieel systeem. In bepaalde situaties bestaan er ook nog systemen van traditionele geneeskunde en de informele sector. Een belangrijk kenmerk van de meeste gezondheidssystemen is dus het grote aantal spelers en belangengroepen.¹³

Deze verpleegster werkt in het Al Awda ziekenhuis in de stad Gaza. Dit ziekenhuis is van de Palestijnse Union of Health Work Committees, met de steun van Viva Salud. De Health Work Committees bieden gratis gezondheidszorg aan de meest achtergestelde groepen aan. Educatieve en culturele activiteiten helpen om het bewustzijn over gezondheid en de rechten van de burgers te vergroten.



Universele dekking van de gezondheidszorg - de oplossing?¹⁴

De Wereldgezondheidsorganisatie promoot 'Universal Health Coverage' (UHC) of universele dekking van de gezondheidszorg als de nieuwe mantra voor het gezondheidsbeleid van ontwikkelingslanden. UHC wordt begrepen als een financiële regeling (een "verzekering") die ervoor zorgt dat mensen toegang kunnen hebben tot de gezondheidsdiensten die ze nodig hebben zonder een financieel risico te lopen.

Hoewel UHC zeer zeker een verbetering zou betekenen voor veel mensen op aarde, leidt dit model de aandacht af van de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gezondheidsdiensten naar de loutere financiering ervan. Het idee dat je 'koper's en 'aanbieders' kan onderscheiden in de gezondheidszorg, versterkt het gevaarlijke idee dat zorg kan worden behandeld als alle andere koopwaar. Hierdoor kunnen privéverzekeringsmaatschappijen hun intrede doen.

De Wereldgezondheidsorganisatie erkent wel dat bescherming tegen financiële risico's alleen niet volstaat. UHC vraagt een sterk, doeltreffend en goed beheerd gezondheidssysteem; evenals toegang tot essentiële geneesmiddelen en technologieën en voldoende goed opgeleide en gemotiveerde gezondheidswerkers.¹⁵



2

De context

In de gezondheidszorg komen privatiseringen in alle soorten en maten. Essentieel is de manier waarop zorg wordt veranderd in een commerciële relatie tussen een leverancier en een afnemer, en hoe het maken van winst mogelijk wordt. Dit gaat vaak gepaard met wetswijzigingen.¹⁶ De betrokkenheid van de privésector is een realiteit, maar is zeker geen neutraal gegeven. We onderzoeken de historische veranderingen in machtsverhoudingen die dit mogelijk heeft gemaakt.

.....

2.1 Privatisering: waar hebben we het over?

Het is belangrijk om te weten dat de term 'privé actoren' over het algemeen een heel brede groep omvat. Private aanbieders kunnen zowel formele entiteiten met winstoogmerk zijn zoals onafhankelijke ziekenhuizen en individuele zorgverleners die op zelfstandige basis werken, als informele entiteiten, waaronder ook zorgverleners zonder vergunning of straatverkopers van medicatie. Daarnaast zijn er ook de aanbieders zonder winstoogmerk, zoals maatschappelijke en sociale organisaties, ngo's, enz.¹⁷ In dit dossier verwijzen we met de term 'privésector' naar alle soorten particuliere spelers met winstoogmerk.

De term commercialisering verwijst meestal naar het proces waarbij marktprincipes worden toegepast op de werking van het beleid en van systemen.

De eigenlijke privatisering begint wanneer de gezondheidsdiensten, het gezondheidsbeleid en de productie van gezondheidsproducten worden gefinancierd en uitgevoerd door private spelers met winstoogmerk, in de plaats van door de overheid of een andere openbare instantie.

Publiek-private partnerschappen, of PPP's, zijn een specifieke vorm van privatisering en zijn "langetermijncontracten waarmee de privésector belangrijke infrastructuurprojecten of diensten die traditioneel worden geleverd door de staat opzet en soms uitbaat, zoals ziekenhuizen, scholen, wegen, spoorwegen, water, afvalverwerking en energie"¹⁸.

Een bedrijfsmatige aanpak in het besturen van een gezondheidsinstelling, zelfs zonder de directe medewerking van particuliere spelers, kan worden beschouwd als een vorm van commercialisering, omdat de prioriteiten en indicatoren worden geherdefinieerd in economische en managementtermen.¹⁹ Een voorbeeld hiervan is het gebruik van 'diagnostisch verwante groepen' als een manier om de prestaties van een ziekenhuis op te volgen in economische termen. Die 'groepen' leggen een verband tussen aandoe-ningen en de kosten voor de behandeling ervan.

Er zijn allerlei mechanismen die leiden tot de opkomst van private actoren met winstoogmerk in de gezondheidssector.²⁰ Enkele van de best bekende:

- het openstellen van de gezondheidssector voor nieuwe spelers door de vrijmaking van de openbare markten, bijvoorbeeld via handelsakkoorden
- het decentraliseren of regionaliseren van het gezondheidsbeleid, waardoor de financiering verandert
- on vervulde noden als gevolg van besparingen, die kansen bieden aan particuliere aanbieders om 'het gat te vullen'
- het toepassen van ondernemersprincipes om de overgang naar een werkelijke privatisering te vergemakkelijken (human resources management, het werken met economische indicatoren, meer aandacht voor kwantiteit dan kwaliteit)

- 'gedeeltelijke' privatisering door uitbesteding van bepaalde diensten aan de privésector, zoals diensten voor schoonmaak, catering of medische scans
- het aanmoedigen van privé-investeringen in diensten voor gezondheidszorg via publiek-private partnerschappen
- een verschuiving in de politieke invalshoek van maatschappelijke naar individuele verantwoordelijkheid
- het promoten van privéverzekeringen, als basis- of als aanvullende voorziening

2.2 Een ideologische remedie die erger is dan de kwaal

De tegenstanders van de verzorgingsstaat laten nooit een goede crisis verloren gaan.

McKee en Stuckler 2011

Het debat over de rol van de staat in de gezondheidszorg is altijd, al dan niet expliciet, verweven geweest met de manier waarop men gezondheid definieert.

Gedurende lange tijd bestond de aanpak in ziektespecifieke ingrepen, of de klassieke humanitaire of behoeftegerichte benadering van gezondheid. Maar het besef dat die ingrepen enkel kunnen werken wanneer ze berusten op een bredere voorziening van basisgezondheidsdiensten²¹ leidde tot de Verklaring van Alma Ata van 1978 over 'Gezondheid voor iedereen tegen het jaar 2000'. Die verklaring pleitte voor geïntegreerde gezondheidssystemen op basis van een uitgebreide eerstelijnsgezondheidszorg, die samen met de bevolking en via intersectorale

samenwerking wordt uitgebouwd om te werken aan de sociale determinanten van gezondheid.²²

Maar door veranderende machtsverhoudingen op internationaal niveau werd dit idee al snel afgedaan als 'onrealistisch' en 'duur' en vervangen door een selectieve eerstelijnsgezondheidszorg, met aandacht voor de rentabiliteit en het bevorderen van specifieke interventies voor vooral kinderen en vrouwen.

Intussen voerden de belangrijke internationale financiële instellingen, de Wereldbank en het Internationaal Monetair Fonds, gedurende de hele jaren 1980 hun beruchte Structurele Aanpassingsprogramma's uit.²³ Die programma's werden opgelegd aan ontwikkelingslanden als een manier om nieuwe markten open te stellen voor buitenlandse investeerders. Hun marktgerichte hervormingen van de gezondheidszorg leidden tot drastische besparingen in de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in de lage- en middeninkomenslanden en tot de

privatisering ervan. Het dramatische gevolg was dat de meeste gezondheidszorgsystemen in de ontwikkelingslanden tegen de millenniumwisseling op instorten stonden, met een slechte infrastructuur, gedemotiveerde gezondheidswerkers en toenemende extreme gezondheidsuitgaven bij gezinnen die een groot deel van de kosten zelf moesten dragen.²⁴

Ondanks ruime kritiek bleef het uitgangspunt dat de staat niet rechtstreeks diensten moet leveren, maar een faciliterende rol moet spelen, waardoor de overheid eerder gezien werd als beheerder van een breed aanbod van dienstverleners dan als een directe en actieve voorziener.

Ook vandaag merken we nog altijd dat privémanagement wordt voorgesteld als een aanvaardbare oplossing, die wordt gelegitimeerd door de slechte staat van de openbare gezondheidszorg.²⁵

Die logica gaat volledig voorbij aan de plicht van de staten in verband met het recht op gezondheid en aan het feit dat deze situatie is veroorzaakt door besparingen²⁶ en marktgerichte hervormingen.

Tijdens de jaren tachtig begonnen internationale instellingen ook partnerschappen met private spelers te financieren, die meestal 'filantropen' worden genoemd. Dit betekende dat niet langer enkel overheidsactoren de internationale gezondheidsagenda bepaalden. Vaak hebben de spelers uit het bedrijfsleven indirecte belangen in de farmaceutische industrie, in gezondheidsdiensten of verzekeringsmaatschappijen. Dit is vandaag nog altijd merkbaar in het nationale, regionale en internationale ontwikkelingsbeleid. Zo is de Bill and Melinda Gates Foundation de grootste niet-gouvernementele financier van de Wereldgezondheidsorganisatie, en de tweede grootste donor ervan na de Verenigde Staten van Amerika. Het is een van de drijvende krachten achter de publiek-private partnerschappen.^{27 28}



Medicijnen zijn gratis voor Cubanen, als ze een voorschrift van de dokter hebben.
cc Julie S

In de kapitalistische economie is geneeskunde een industrie, zo stelt David Himmelstein

David Himmelstein, professor volksgezondheid aan de City University van New York, onderscheidt vier taken voor gezondheidssystemen in de kapitalistische economie²⁹:

- De productiviteit van de werknemers verhogen
- Het behouden van de binnenlandse rust en sociale stabiliteit die nodig zijn voor productie en winst
- Een markt creëren voor de verkoop van basisproducten zoals medicatie en medisch materiaal
- Een economie creëren die basisproducten produceert en zelf een belangrijk terrein voor investeringen en winst is

Er is een enorm bureaucratisch apparaat nodig om ongelijkheid af te dwingen en winst te behalen in de gezondheidssector. In 2017 telde het gezondheidssysteem in de VS ongeveer dertig keer meer managers dan veertig jaar geleden.³⁰ In dezelfde periode is het aantal artsen slechts verdubbeld.³¹ Tegelijk worden de verschillen in levensverwachting volgens inkomen binnen de Amerikaanse bevolking steeds groter.³²

De Britse National Health Service - van goed naar slecht voorbeeld³³

Het gezondheidssysteem in het Verenigd Koninkrijk illustreert hoe het neoliberale denken en veranderde machtsverhoudingen hebben geleid tot de afbraak van een goed werkend gezondheidssysteem.

De National Health Service (NHS), die in 2018 zijn 70ste verjaardag viert, is lang het toonaangevende model geweest van universele, met belastinggeld gefinancierde gezondheidszorg in Europa. De NHS werd opgericht in 1948, op basis van een uitgebreide hervorming van het bestaande socialezekerheidsstelsel. De dienst berustte op drie kernprincipes: hij zou universeel, allesomvattend en gratis zijn voor patiënten.

De planning was gericht op een herverdeling van de middelen en diensten voor gezondheidszorg over het hele land op basis van de noden. In de besluitvorming speelden de regionale en districtsoverheden een centrale rol, maar alle NHS-organisaties moesten rechtstreeks verantwoording afleggen aan de minister van volksgezondheid.

De universele toegang tot gezondheidszorg in Groot-Brittannië heeft de gezondheid van het land helpen verbeteren: de levensverwachting voor mannen steeg met net iets meer dan tien jaar en voor vrouwen met meer dan acht jaar sinds de oprichting van de NHS. Kinderen lopen nu vijf keer minder kans om op jonge leeftijd te sterven. Bovendien kreeg de NHS in recente vergelijkingen van gezondheidssystemen in zeven geïndustrialiseerde landen heel hoge scores voor de kwaliteit, toegang en doeltreffendheid van de zorg.

Met andere woorden: de NHS heeft de wereld getoond dat gezondheidszorg die wordt gefinancierd, verstrekt en beheerd door de overheid, werkt.

Dat veranderde in de jaren 1980, toen Margaret Thatcher eerste minister werd en de managementprincipes uit de privésector invoerde in de gezondheidszorg. Die vermarkting leidde tot uitbesteding die draaide rond concurrentie en 'keuze'. De NHS veranderde van een eengemaakt en allesomvattend systeem in een soort holdingmaatschappij die gezondheidsdiensten in 'franchise' gaf bij allerlei openbare en particuliere aanbieders.

Onderzoek toont welke verwoestende resultaten dit had, zoals 'nodeloze en onterechte voortijdige overlijdens', minder rendabele diensten die niet langer beschikbaar zijn voor patiënten die ze nodig hebben, de massale sluiting van ziekenhuizen, waardoor de sterftcijfers stegen, zorg werd uitgesteld en duizenden banen in de verpleging verloren gingen en nog altijd verloren gaan.

Thatcher werd in haar hervormingen gesteund door een massa lobbyisten - een proces dat vandaag wordt voortgezet in de vorm van besparingen en handelsakkoorden. Dit wordt onder andere bewezen door de draaideur tussen de directie van de NHS en functies in het bedrijfsleven. Neoliberale ideologen bekleden nog altijd belangrijke functies in de regering. Hoewel er wel reacties kwamen op de hervormingen, kwamen die te laat als gevolg van verkeerde informatie en onwetendheid veroorzaakt door de politici en commerciële media. De NHS blijft vandaag een belangrijke mobiliserende factor in het Verenigd Koninkrijk en staat voortdurend hoog op de politieke agenda.



3

Commercialisering van de gezondheidszorg: wat zijn de risico's?

Er zijn structurele redenen waarom een marktlogica niet leidt tot betere gezondheidszorg voor een samenleving. Heel vaak gaat winstbejag ten koste van investeringen in infrastructuur, onderzoek, gezondheidswerkers en gelijke toegang. We lichten die redenen hier toe en baseren ons daarvoor op zes vaak voorkomende misvattingen.

.....

3.1 Privatisering leidt tot grotere ongelijkheid in de toegang tot zorg

Particuliere zorg is natuurlijk in het voordeel van wie zich die kan veroorloven.

Oxfam, 2009

Laten we het straf stellen: wanneer een consumentenlogica wordt ingevoerd in gezondheidssystemen, gaat het principe van solidariteit en mensenrechten verloren. Zoals hierboven uitgelegd, leven mensen met een beperkter financieel vermogen vaak noodgedwongen in ongezonde omstandigheden, staan ze meer bloot aan psychische stress, en hebben minder toegang tot gezonde voeding. Hierdoor zijn hun medische noden groter.

Het belangrijkste doel van bedrijven met winstoogmerk die investeren in gezondheidszorg is, zoals hun naam het zegt, winst maken. Dit brengt onvermijdelijk de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg in het gedrang. Gezondheidsdiensten kunnen op drie manieren winstgevend zijn: door gebruikersbijdragen aan te rekenen, door te selecteren in de klanten naar gelang hun financiële capaciteit en door subsidies voor belastingbetalers te incasseren.

De eerste optie leidt tot extreme gezondheidsuitgaven of een verslechterende gezondheidstoestand doordat mensen zorg gaan uitstellen. We kunnen gebruikersbijdragen beschouwen als een vorm van privatisering omdat ze een

verschuiving inhouden van een herverdelende overheidsfinanciering naar particuliere en individuele bronnen.

Het Onderzoeksinstituut voor Sociale Ontwikkeling van de Verenigde Naties vat de ervaring met de gebruikersbijdragen als volgt samen: “Van alle maatregelen die zijn voorgesteld om inkomsten in te zamelen bij de lokale bevolking, is dit waarschijnlijk de minst verstandige. Een studie in 39 ontwikkelingslanden stelde vast dat de invoering van gebruikersbijdragen de inkomsten maar licht had verhoogd en tegelijk de toegang van mensen met een laag inkomen tot essentiële sociale diensten aanzienlijk had verlaagd. Uit ander onderzoek is gebleken dat de bijdragen de genderongelijkheid versterken.”³⁴ In 2006 voerde Burundi, één van de armste landen ter wereld, gratis kraam- en gezondheidszorg voor zwangere vrouwen en kinderen jonger dan vijf jaar in. Als gevolg daarvan daalde de zuigelingen- en kindersterfte in het land met 43%.³⁵

De tweede optie wordt ook wel eens ‘afromen’ genoemd. In een gemengd publiek-privaat systeem blijft de staat meestal verantwoordelijk voor patiënten met de grootste noden en de laagste koopkracht, zoals werklozen, ouderen, armere mensen, de bevolking in afgelegen gebieden en chronisch zieken. Dit leidt tot een gezondheidssysteem met twee snelheden: privédiensten van een goede kwaliteit voor wie het zich kan veroorloven en trager werkende,

ondergefinancierde openbare diensten voor wie achterblijft.

Privatisering leidt ook tot geografische ongelijkheid. Zoals blijkt uit onderzoek, investeert de privésector vooral in de meer rendabele gespecialiseerde secundaire en tertiaire ziekenhuizen in de steden. Het platteland en preventieve primaire gezondheidszorg worden vaak vergeten.

Oplossing:

Een eengemaakt openbaar systeem kan de marginale kosten opvangen en ze spreiden over de hele bevolking. Een overzichtsstudie van het IMF in ontwikkelingslanden stelde vast dat overheidsuitgaven leidden tot een aanzienlijke daling van de ongelijkheid.

Wachtrijen met twee snelheden in Frankrijk³⁶

In de publieke ziekenhuizen in de middelgrote steden van Frankrijk, moeten patiënten tot enkele maanden wachten op een afspraak met een specialist zoals een oogarts of gynaecoloog.

Deze wachtrijen hebben een impact op de toegang tot zorg, doordat bijvoorbeeld ziektes die te laat worden behandeld, verergeren. Patiënt die wel de financiële middelen hebben, kunnen sneller terecht in de veel duurdere privé ziekenhuizen.



Een Bengaalse
publieke materni-
teit. Bijna de helft
van alle Bengaalse
vrouwen bevalt
zonder gezond-
heidswerker in
de buurt. (Cijfer:
Wereldgezondheids-
organisatie)
cc Julie S

Twee gezondheidssystemen in de Filipijnen³⁷

Vandaag melden acht op tien mensen in de Filipijnen dat ze nog nooit in hun leven een medische controle of een lichamelijk onderzoek hebben gehad. Hier scoren ze slechter dan het regionale gemiddelde.

De belangrijkste reden voor die geringe gezondheidsdekking is een gebrek aan financiële middelen. Er zijn maar heel weinig gratis gezondheidsdiensten en de armsten kunnen zich geen medicatie en behandeling veroorloven. Dat hoeft niet te verwonderen als je weet dat de gemiddelde kosten van een ziekenhuisopname ongeveer 167,5% van het minimum maandloon bedragen. Door de armoede sterven zes van de tien Filipijnen zonder ooit een dokter te hebben gezien.³⁸

Er zijn grote verschillen in de toegang tot gezondheidsdiensten tussen de verschillende sociaaleconomische groepen in de samenleving. De dekking van de gezondheidsdiensten in de Filipijnen is veel beperkter bij mensen die in armoede leven of geen onderwijs hebben genoten.³⁹

De armste twee derde van de bevolking maakt gebruik van openbare voorzieningen, met name de Rural Health Units (landelijke gezondheidsdiensten) en de Village Health Centres (dorpsgezondheidscentra); van het rijkste vijfde van de bevolking maakt slechts 10,6% gebruik van die voorzieningen, omdat ze de voorkeur geven aan privéziekenhuizen en -klinieken. Toch zijn er weinig openbare gezondheidsvoorzieningen in de Filipijnen, met grote verschillen tussen stad en platteland. Bovendien hebben de overheidsdiensten vaak slecht of te weinig materiaal en te weinig personeel door een gebrek aan investeringen.

Van alle kanten wordt ernstige bezorgdheid geuit over de verslechterende gezondheidstoestand in het land als gevolg van de steeds grotere privatisering van de gezondheidsdiensten. Dit heeft geleid tot een verdere marginalisering van de armen door hoge ziekenhuisfacturen, de verlaging van het overheidsbudget voor gezondheidszorg, het geleidelijk afschaffen van 'liefdadigheidsafdelingen' in openbare ziekenhuizen, de niet-gereguleerde toegang tot privéklinieken en diagnosecentra en laboratoria die buitensporige kosten aanrekenen en de emigratie van medisch en verplegend personeel.

3.2 Privatisering is vaak duurder op lange termijn

Zoals hierboven beschreven, zorgen gemengde publiek-private gezondheidssystemen ervoor dat de overheid minder inkomsten heeft, maar wel verantwoordelijk blijft om voor de armsten te zorgen. Kortom: de verzwakte openbare sector draagt de risico's en de winst gaat naar de privésector.

Een recent onderzoek van Eurodad, een Europees netwerk van 46 middenveldorganisaties, toont duidelijk hoe publiek-private partnerschappen, of PPP's, vaak duurder blijken dan wanneer het proces van bij het begin zou zijn gefinancierd en aangestuurd met overheidsmiddelen.

Een essentieel kenmerk van PPP's is dat de overheid sterke garanties biedt rond de verwachte winst voor de betrokken privéspeler. Als het dan anders uitvalt, moet de publieke partner meestal de bijkomende kosten dragen of rekenen de betrokken bedrijven hogere bijdragen voor die diensten aan dan was afgesproken.

De gedekte risico's waarvan sprake, zijn echter vaak onzekerheden die inherent zijn aan een economisch systeem, zoals "wisselkoersschommelingen, inflatie of de prijzen van en de vraag naar de betreffende dienst. Het gaat dus niet om onverwachte situaties. In PPP-contracten die worden voorgesteld door de Wereldbank kan de staat zelfs aansprakelijk worden gesteld voor de kosten die voortvloeien uit stakingen van werknemers.⁴⁰

Eurodad: "Volgens medewerkers van het departement Fiscale Zaken van het IMF wordt 55 procent van alle PPP's gemiddeld om de twee jaar heronderhandeld en in de meeste gevallen leidt dit tot een stijging van de tarieven voor de gebruikers".⁴¹

In de Democratische Republiek Congo kostte een raadpleging in het "Hôpital du Cinquantenaire" uiteindelijk tussen 20 en 25 dollar, terwijl de meeste mensen moeten rondkomen met 1,25 dollar per dag.⁴²

Alsof dat nog niet genoeg is, vragen privéspelers vaak ook hogere garanties in ontwikkelingslanden als compensatie voor de hogere risico's van de vaak onzekere of instabiele context.

Oplossing:

Vasthouden aan overheidsinvesteringen kan vermijden dat de kosten exploderen als gevolg van de inherente instabiliteit van de markt.

Oneigenlijk gebruik van schaarse middelen in Lesotho⁴³

De International Finance Corporation, de investeringsarm van de Wereldbank, gaf de regering van Lesotho het advies om een PPP te onderhandelen om een oud ziekenhuis te vervangen. Het privéconsortium stemde in met een aanbesteding op 18 jaar voor de bouw en exploitatie van het nieuwe ziekenhuis, met een rendement van 25% op de investering.

Maar dit draaide uit op een financiële nachtmerrie voor de regering: het nieuwe ziekenhuis kost de regering 7,6 keer meer dan het oude, of het equivalent van 51% van het totale overheidsbudget voor gezondheid.

Door de exploderende kosten zijn minder middelen beschikbaar om ernstige en groeiende gezondheidsproblemen aan te pakken op het platteland, waar drie vierde van de bevolking woont en waar er nood is aan investeringen in gezondheidsdiensten. Waar vroeger overheidsgeld werd besteed aan basisgezondheidszorg in landelijk gebied, wordt dat nu in feite gebruikt om het veel te dure privépartnerschap te betalen. Bovendien heeft de regering van Lesotho besparingen voorgesteld op het budget voor landbouw en onderwijs om de exploderende kosten van het PPP te dragen.

3.3 Privatisering leidt niet tot meer efficiëntie

Het is een vaak voorkomende misvatting dat de gezondheidszorg betere resultaten bereikt naarmate er meer wordt geïnvesteerd. Libanon heeft een van de meest geprivatiseerde gezondheidssystemen ter wereld en de gezondheidsuitgaven liggen er meer dan twee keer zo hoog als in Sri Lanka. De kinder- en moedersterfte liggen echter respectievelijk tweeëneenhalf en drie keer zo

hoog.⁴⁴ Dezelfde vergelijking kunnen we maken tussen Cuba en de VS. In Cuba ligt de levensverwachting op 79 jaar, net zo hoog als in de VS. De kindersterfte in Cuba is een klein beetje lager dan in de Verenigde Staten⁴⁵, maar het gezondheidsbudget per inwoner is tot 4 keer lager dan dat van de VS.⁴⁶

Voorstanders van investeringen door de privé-sector verwijzen vaak naar de voordelen van privatisering, zoals een grotere economische groei en werkgelegenheid, maar ze kunnen daar geen bewijzen van voorleggen.⁴⁷ Omgekeerd zijn er wel bewijzen over de hele wereld dat systemen zonder winstoogmerk beter scoren, zowel op het gebied van rentabiliteit als van kwaliteit. Wij begrijpen “doeltreffendheid” als “het leveren van de best mogelijke resultaten met het beschikbare budget”. Uit een evaluatie van 132 studies die tussen 1980 en 2000 ziekenhuizen en andere gezondheidsinstellingen met en zonder winstoogmerk in de VS vergeleken, bleek dat non-profitinstellingen vaak beter scoorden op beide vlakken⁴⁸. Er gaan vaak veel middelen verloren door versnippering en hogere transactiekosten. In de Indiase staat Tamil Nadu konden de kosten voor medicatie bijvoorbeeld aanzienlijk worden verlaagd door de gezamenlijke aankoop van geneesmiddelen via een overheidsinstantie. Andere staten zijn dat model intussen aan het kopiëren.⁴⁹

Volgens een rapport van de Verenigde Naties zijn er geen overtuigende bewijzen dat het verstrekken van gezondheidszorg door de openbare of door de privésector efficiënter is. Maar uit de evaluatie bleek wel dat er een “stimulans tot overbehandeling bestaat in particuliere ziekenhuizen met winstoogmerk”, een trend die niet voorkomt in non-profitinstellingen.⁵⁰

Als de keuze voor een behandeling wordt ingegeven door financiële motieven in plaats van door medische noden, kan dit leiden tot veel te complexe en vaak onnodige behandelingen. In 2010 stelde een rapport dat dertig procent van de gezondheidsuitgaven in het sterk gepri-vatiseerde gezondheidszorgsysteem van de Verenigde Staten van Amerika eigenlijk opging aan verspilling. Naast onredelijk hogere prijzen, administratieve kosten en fraude werd meer dan de helft van het bedrag besteed aan onnodige gezondheidsdiensten.⁵¹

Een belangrijk element in dit debat is de informatie-asymmetrie op de ‘markt’ voor gezondheidszorg. Die zorg kan niet worden georganiseerd volgens een marktgerichte visie, omdat de ‘consumenten’, in dit geval de patiënten, niet genoeg kennis hebben om een geïnformeerde keuze te maken. De informatie-asymmetrie vormt een sterk argument tegen het neoliberale idee dat stelt dat patiënten in privésystemen meer vrijheid hebben om te kiezen voor de diensten en de dokters die zij verkiezen.

Je zou kunnen stellen dat solide regelgevende mechanismen dit zou kunnen verhelpen. Maar vaak wordt vergeten dat die mechanismen ook een prijs hebben. Oxfam berekende dat de kosten voor toezicht- en controlemechanismen kunnen oplopen tot 20 procent van de uitgaven in het gezondheidsbudget. In het geval van een zwakke overheid, wordt het moeilijk om particuliere aanbieders aan te sturen en regels op te leggen, en dat leidt tot nog meer inefficiëntie en zelfs gevallen van corruptie.⁵²

Oplossing:

Openbare systemen zijn doeltreffender, omdat ze zorgen voor schaalvoordelen bij de aankoop, levering en verdeling van geneesmiddelen en materiaal. Een eengemaakt gezondheidssysteem geeft vrijwel niets uit aan reclame, en is minder gevoelig voor louter financiële prikkels die tot irrationele behandelingen kunnen leiden.

In commerciële systemen voor gezondheidszorg liggen de transactiekosten vaak hoog:

- In 1999 ging 31% van de uitgaven voor langdurige zorg in Amerikaanse instellingen naar administratieve kosten. Voor de NHS, het eengemaakte systeem van openbare gezondheidszorg in het VK, was dat in de jaren 1970 slechts 5-6%⁵³
- De administratieve kosten van Medicare, het nationale programma voor gezondheidszorg van de federale regering in de VS⁵⁴, bedragen gemiddeld slechts 2 procent van de totale uitgaven. Bij veel privéverzekeraars liggen de kosten tot zes keer hoger.
- Privéverzekeraars besteden tot meer dan 15 procent van hun totale uitgaven aan reclame.⁵⁵

Leidt commercialisering tot minder verspilling? De komst van privéverzekeraars in de Nederlandse gezondheidszorg

“In Nederland moest de commercialisering van de ziekteverzekering leiden tot een verlaging van de kosten en toch zijn de premies op tien jaar tijd de hoogte in geschoten. Ze stegen van gemiddeld 1080 euro in 2006 tot 1260 euro in 2014. De vraag is waar dat geld naartoe gaat en of het werkelijk wordt besteed aan gezondheidszorg. De gezondheidsverzekeringen spenderen elk jaar ongeveer 500 miljoen euro aan advertenties. Hun jaarlijkse winst bedraagt meer dan één miljard euro. In totaal hebben de gezondheidsverzekeringen een reserve van 9,3 miljard euro.

In maart 2015 publiceerde een groep huisartsen een oproep voor een nieuwe vorm van openbare basisverzekering waarvoor ze op een paar weken tijd de handtekeningen verzamelden van ongeveer twee derde van de actieve artsen in Nederland.”
*Deze case is geschreven door Geneeskunde voor het Volk*⁵⁶

De Bengaalse overheid produceert haar eigen medicatie en verstrekt deze gratis aan haar burgers. Patiënten krijgen pas na overleg de exacte hoeveelheid benodigde pillen, om verspilling te voorkomen.



Nodeloze keizersneden in Peru

“De nodeloze keizersneden in de privésector zijn een duidelijk en ruim onderzocht voorbeeld. Deze ingreep wordt uitgevoerd bij 80% van de bevallingen (een alarmerend hoog percentage) en in bepaalde privéklinieken zelfs in 95% van de gevallen. Voor een keizersnede kan een arts een hogere prijs aanrekenen dan voor een natuurlijke geboorte. Bovendien kunnen keizersneden worden gepland en nemen ze meestal niet even veel tijd in beslag. Maar naast de bijkomende financiële kosten brengt een keizersnede ook extra gezondheidsrisico's voor de moeder met zich mee. De artsen besteden minder tijd aan de bevalling zelf en meer aan zwangere patiëntes of aan hun privépraktijk. In een overbelast systeem betekent tijd geld.” Deze case komt uit ‘Commercialisering van de gezondheidszorg in Peru, FOS, Gezondheid, geen koopwaar, 2016’

3.4 Privatisering leidt niet tot betere kwaliteit

Vaak wordt gesteld dat commerciële aanbieders van gezondheidszorg beter in staat zijn om een betere kwaliteit te bieden. Maar als we “kwalitatieve zorg” verstaan als “het bieden van de beste behandeling in overeenstemming met de diagnose, op basis van bewijzen en internationale behandelingsrichtlijnen”, is dat niet noodzakelijk het geval. Een rapport van de Wereldbank stelt dat de privésector meestal minder goed presteert op het vlak van technische kwaliteit dan de openbare sector.⁵⁷

In de eerste plaats vervullen openbare systemen taken die geen rechtstreeks verband houden met de zorgverlening. Veel van die taken hebben te maken met ziektepreventie, zoals publieke voorlichtingsprogramma's, gezondheidseducatie en vaccinatieprogramma's. Die beleidsmaatregelen en taken worden vaak verwaarloosd in systemen met winstoogmerk.

In China heeft het uitbesteden van de gezondheidszorg aan de commerciële sector geleid tot een halvering van de vaccinatiegraad op vijf jaar tijd.⁵⁸

Ten tweede kunnen bedrijven om meer winst te maken beslissen om te besparen op de kwaliteit van het materiaal dat ze gebruiken en de opleiding en beschikbaarheid van hun personeel.

Ten derde moet kwaliteit, zoals hierboven vermeld, ook worden geïnterpreteerd als zorg die ertoe doet, wat betekent dat patiënten niet worden blootgesteld aan het risico van een behandeling als die niet nodig is. Er zijn bewijzen van gevallen waarin patiënten gewoon omwille

van geldgewin onnodige of gevaarlijke medische ingrepen moesten ondergaan. MRI-scans stellen patiënten bijvoorbeeld bloot aan een zekere hoeveelheid radioactieve straling.

Een commerciële logica leidt tot een biomedische vooringenomenheid, die berust op verhandelbare producten als technologie en medicatie, waarbij geen rekening wordt gehouden met het belang van het gezondheidssysteem in zijn geheel. Die trend was duidelijk merkbaar in de omschakeling van basisgezondheidszorg naar ziektespecifieke ingrepen.

Ten slotte kan concurrentie op de gezondheidsmarkt ook schadelijk zijn voor de samenwerking tussen verschillende aanbieders, al vormt die nochtans vaak een belangrijke voorwaarde voor kwaliteitszorg, vooral bij doorverwijzing tussen verschillende soorten specialisten of tussen verschillende niveaus van het gezondheidszorgsysteem.

Oplossing:

openbare diensten zijn beter geplaatst om zorg te organiseren van een kwaliteit die aansluit bij de echte noden van de bevolking.



In 2015 heeft Geneeskunde voor het Volk campagne gevoerd voor het Belgische Ministerie van Volksgezondheid voor een gezondheidsstelsel waarbij patiënten gratis naar de dokter kunnen gaan.

Afnemende kwaliteit in de verzorgingstehuizen in België

In Brussel is twee derde van de verzorgingstehuizen eigendom van commerciële spelers. De voorbije zeven jaar is het aandeel van de drie grootste multinationals - Orpea, Armonia en Senior Living Group - met 160% toegenomen. In 2017 hadden zij een derde van alle Brusselse verzorgingstehuizen in handen.⁵⁹

De verpleegkundigen en zorgverleners van die commerciële verzorgingstehuizen klagen over de verslechterende zorg als gevolg van voortdurende besparingen: de kwaliteit van het eten gaat erop achteruit en er worden minder activiteiten georganiseerd voor de bewoners. In bepaalde gevallen wijzen de werknemers erop dat er steeds meer nieuwe bewoners zijn die meer aandacht vragen, zoals mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, maar dat het personeel niet voldoende opleiding of tijd daarvoor heeft. De gezondheidswerkers hebben het over een “industrialisering” van hun dagelijks werk en een ontmenselijking van de bewoners. Ze beschouwen het door winst gedreven beheer van de commerciële verzorgingstehuizen als de grondoorzaak van die negatieve veranderingen.

Tegelijk zijn de eigen bijdragen voor verzorgingstehuizen blijven stijgen: de voorbije vijf jaar is het aantal verzorgingstehuizen dat meer dan €1700 per maand kost, verdubbeld tot twee derde van de tehuizen in 2017.⁶⁰ Dit had een bijzonder zware impact op de financiële toegankelijkheid, omdat de oudere bevolking in Brussel duidelijk armer is dan in de twee andere Belgische gewesten. Brussel telt dubbel zoveel 65-plussers die leven van sociale bijstand.⁶¹

Deze case werd geschreven door Stephen O'Brien, Geneeskunde voor het Volk⁶²

3.5 Privatisering leidt tot minder publieke controle

Het uitbesteden van diensten aan de privé-sector veroorzaakt een verlies van rechtstreekse controle, en dat ondermijnt het recht en de plicht van de staat om regels op te leggen in het algemeen belang.

Contracten met privéaanbieders kunnen worden beschouwd als een bedreiging voor de democratie, omdat ze vaak uitzonderlijk complex zijn en worden onderhandeld in 'commerciële vertrouwelijkheid', waardoor de civiele samenleving en de overheid bijna onmogelijk hun recht op participatie kunnen uitoefenen.^{63 64}

Dit geeft corruptie meer mogelijkheden.

Bij PPP's hebben maar weinig bedrijven de capaciteit om mee te dingen naar vaak vrij grootschalige, openbare infrastructuur- of dienstenprojecten. Daardoor heeft de overheid minder keuze en is er minder concurrentie bij aanbestedingsprocedures, waardoor het risico van corruptie ook weer toeneemt. Grote multinationals hebben ook meer middelen en macht om contracten in hun voordeel te heronderhandelen.⁶⁵

In het gezondheidszorgsysteem van de VS zou in 2017 naar schatting 75 à 275 miljard dollar per jaar verloren zijn gegaan door fraude.⁶⁶ Dat bedrag stijgt snel, want in 2009 bedroeg de hoogste schatting nog 'maar' 21 miljard dollar per jaar.⁶⁷

Oplossing:

de staat heeft de plicht om te reglementeren in het algemeen belang. Corruptie van ambtenaren is een realiteit die we niet mogen veronachtzamen. Maar de overheid heeft meer instrumenten voor directe publieke controle, zowel op lokaal als op internationaal vlak. Openbare diensten zijn meer verantwoording verschuldigd bij publieke controle.

Griekenland – Of hoe de economische crisis werd gebruikt om de gezondheidssector te hervormen in de richting van meer privatisering

“Sinds het begin van de economische crisis in Griekenland hebben de Europese Unie, de Europese Centrale Bank en het IMF drastische besparingen en ander hervormingen opgelegd, zoals een verregaande inperking van de overheidsuitgaven, drastische belastingverhogingen, beperkingen van de werkloosheidsuitkeringen en de privatisering van de openbare infrastructuur. Die bezuinigingsmaatregelen hebben een invloed gehad op alle sociale indicatoren. In 2016 werd 35,6% van de totale bevolking bedreigd door armoede of sociale uitsluiting, tegenover 28,1% acht jaar eerder. Uit historische gegevens blijkt dat in tijden van besparingen het openbare gezondheidsstelsel moet worden versterkt om een grote achteruitgang in de gezondheidstoestand van de bevolking te vermijden. Maar de internationale instellingen dwongen de Griekse regering om een programma voor de hervorming van de gezondheidszorg voort te zetten dat de uitgaven voor volksgezondheid moest beperken tot 6% of minder van het BBP (in 2007 bedroegen de gezondheidsuitgaven in Griekenland 9,6% van het BBP). Dit leidde tot een toename van de individuele bijdragen voor gezondheidszorg. Voor alleen al medicatie ging het over 25,9% meer. Gezinnen worden ofwel in de armoede gedwongen om toegang te hebben tot gezondheidszorg of genoodzaakt om geen beroep te doen op die diensten. Om te begrijpen wie de echte begunstigden zijn geweest van de besparingen in de overheidsuitgaven, moeten we terugkeren naar de mededeling in oktober 2017 dat de schuld van 100 openbare ziekenhuizen en andere openbare gezondheidsdiensten was overgekocht door een Italiaanse bank.” Deze case komt uit het dossier “The Struggle for health, 2018, p. 11”

3.6 Privatisering leidt tot minder gezondheidswerkers en slechtere arbeidsomstandigheden

Het uitbesteden van gezondheidszorg aan commerciële investeerders is schadelijk voor de openbare sector doordat schaarse middelen, zoals gezondheidswerkers, worden afgeleid. Zo kan de particuliere profitsector in een land of de sector van het medisch toerisme in buurlanden gezondheidswerkers wegllokken uit de openbare sector door hogere lonen te bieden. Die zogenaamde interne en internationale “braindrain” leidt tot tekorten aan gezondheidspersoneel in de openbare sector en op het platteland en ondermijnt de beschikbaarheid en de kwaliteit van gezondheidszorg.

In enkele landen, zoals de Filipijnen, worden gezondheidswerkers behandeld als koopwaar in handelsakkoorden en wordt hun export opzettelijk gepromoot als een strategie om buitenlandse valuta te verdienen. Landen die daarentegen stevige stimulansen bieden om gezondheidswerkers in de openbare sector of op het platteland te houden, hebben met succes de dienstverlening bevorderd.

We zien hier een nieuwe opsplitsing in de gezondheidssystemen, één die leidt tot het naast elkaar bestaan van een onderbemande openbare sector en een privésector met sterk gespecialiseerd personeel dat enkel beschikbaar is voor degenen die het zich kunnen veroorloven. Het is een mythe dat zo'n monetaristisch economisch

model en de ‘arbeidsmarkt’ op zich het tekort aan arbeidskrachten zullen oplossen.⁶⁸

Het voortdurend streven naar meer winst leidt vaak tot slechtere arbeidsomstandigheden voor het gezondheidspersoneel, zoals niet-gecompenseerde overuren, een grotere werkdruk en ongunstige contracten. Burnout, symptomen van stress en zelfs zelfmoordgedachten komen vaak voor in de sector van de gezondheidszorg.

Oplossing:

de beschikbaarheid van goed opgeleid gezondheidspersoneel vormt een integraal onderdeel van het recht op gezondheid en kan door burgers worden opgeëist. In een eengemaakt openbaar gezondheidszorgsysteem moet concurrentie tussen werknemers worden vermeden.



Cubaanse gezondheidswerkers meten de buurtbewoners in de straten van Havana

Cuba: de gezondheidswerker in het centrum van de gemeenschap

Na 50 jaar universele gezondheidszorg hebben de meeste Cubanen toegang tot een kwalitatieve gezondheidszorg. De familie-arts speelt een centrale rol in het Cubaanse gezondheidssysteem. Een huisarts, verpleegkundige en sociaal werker zijn samen verantwoordelijk voor een aantal inwoners in een gebied. Hun taak bestaat voor de helft uit consultaties en voor de helft uit preventieve huisbezoeken. Hierdoor kennen ze de leefomgeving van hun patiënten en kunnen ze ingrijpen op de sociale en ecologische risico's die mee de gezondheid bepalen. Doordat dokter-spraktijken verantwoordelijk zijn voor een geografische zone én omdat de zorgen volledig gratis zijn, hebben zo goed als alle inwoners toegang tot gezondheidszorg.

Terwijl er in vele ontwikkelingslanden een schrijnende tekort aan gezondheidswerkers is, zijn er in Cuba 7,5 dokters per 1000 inwoners. Zelfs in afgelegen gebieden hebben patiënten toegang tot basisgezondheidszorg. Ter vergelijking: in België zijn er 3 dokters per 1000 inwoners.⁶⁹

De medische kosten van het vrij verkeer van diensten in Kroatië⁷⁰

Door het vrij verkeer van diensten in de EU is de grensoverschrijdende verstrekking van medische, tandheelkundige en andere gezondheidsdiensten toegestaan. Dit geeft patiënten de keuzemogelijkheid, maar biedt zorgverleners ook de kans om over het hele continent patiënten en gezondheidswerkers aan te trekken. Dergelijke regels bevorderen ook het 'medisch toerisme', vooral om te voldoen aan de gezondheidsnoden van wie zorg kan kopen op de markt, in plaats van te voorzien in de werkelijke noden van de lokale patiënten. In Kroatië biedt de regering steun voor het ontwikkelen van het medisch toerisme en de overheidsinvesteringen in dat medisch toerisme liggen onevenredig veel hoger dan de steun aan de openbare ziekenhuizen. Veel van die ziekenhuizen hebben hoge schulden en worden dan beschuldigd diensten van een slechte kwaliteit te leveren.



4

De geschiedenis aan onze kant: waarom openbare gezondheidszorg beter is

Een goed werkend gezondheidssysteem vormt de kern van het recht op gezondheid en moet zonder discriminatie beschikbaar, toegankelijk en aanvaardbaar zijn voor iedereen en een goede kwaliteit bieden.

.....

4.1 Welke gezondheidszorg willen we?

Net zoals belasting de rijkdom kan verdelen, kan regelgeving de macht verdelen. Een democratische staat houdt machtige belangen onder toezicht en controle in naam van de machtelozen.

George Monbiot, 2013⁷¹

Volgens de rechtenbenadering moet een gezondheidssysteem verder gaan dan louter bijstand en liefdadigheid. Een goed werkend gezondheidssysteem vormt de kern van het recht op gezondheid en moet zonder discriminatie beschikbaar, toegankelijk en aanvaardbaar zijn voor iedereen en een goede kwaliteit bieden:

- **Beschikbaarheid:** een voldoende hoeveelheid functionerende voorzieningen, goederen en diensten en programma's voor de volksgezondheid en gezondheidszorg
- **Betaalbaarheid:** financiële toegankelijkheid
- **Aanvaardbaarheid:** cultureel aangepast, gendergevoelig, met respect voor de medische ethiek
- **Kwaliteit:** voorzieningen, goederen en diensten voor gezondheidszorg moeten wetenschappelijk en medisch geschikt en van een goede kwaliteit zijn⁷²

Openbare gezondheidssystemen die uitgebreide gezondheidszorg bieden die gratis wordt verstrekt, met veel aandacht voor preventie en die uitgaan van de noden van de gemeenschap, scoren meestal beter op de bovenstaande criteria dan meer gecommercialiseerde gezondheidssystemen. Uit onderzoek blijkt dat een op belastingen gebaseerd gebundeld systeem de meest rechtvaardige resultaten oplevert. Het afschaffen van particuliere en zelfs solidariteitsgebaseerde systemen van gezondheidsverzekering zou leiden tot aanzienlijke besparingen op het vlak van versnippering, administratiekosten en reclame.

Dat gezondheidssysteem weerspiegelt de nood aan brede doelstellingen die rekening houden met sociale determinanten en die interventies verplichten en ondersteunen om ongelijkheid te beperken die verder gaan dan de gezondheidssector. Zoals vermeld in de Verklaring van Alma Ata, moeten we kiezen voor uitgebreide systemen van eerstelijnsgezondheidszorg en bevolkingsgerichte gezondheidssystemen die voortbouwen op de betrokkenheid van de gemeenschap en empowerment. In systemen met een gemengde dienstverlening moet het openbaar gezondheidssysteem worden versterkt om een passieve privatisering te vermijden. Zoals blijkt uit het onderstaande verhaal van de 'community-based' gezondheidswerkers in de Filipijnen, mag participatie niet dienen als vervanging voor de essentiële rol die de staat moet spelen bij het aanbieden van gezondheidsdiensten. De participatie van de bevolking en openbare dienstverlening zijn complementair en elk gezondheidsbeleid moet gebaseerd zijn op beide.⁷³

Filipijnse gezondheidswerkers van de Council for Health and Development geven een training aan bewoners van arme wijken over het herkennen van gezondheidsproblemen.



Empowerment door gezondheidswerkers in de Filipijnse gemeenschappen⁷⁴

In de jaren 1970 en 1980 maakten programma's voor gemeenschapswerk opgang in de internationale wereld van de gezondheidszorg. De WHO⁷⁵ beschreef hen als een voorbeeld van de inspanningen overal ter wereld om gezondheidssystemen te versterken en te komen tot positieve gezondheidsresultaten voor de meerderheid van de plattelandsbevolking. Zo vormen Community Health Workers (CHW's of informele gezondheidswerkers uit de eigen gemeenschap) bijvoorbeeld ook een essentieel onderdeel in de visie van eerstelijnsgezondheidszorg uit de Verklaring van Alma Ata. Het unieke aan deze gezondheidswerkers is hun speciale relatie met zowel de gemeenschap als het gezondheidssysteem. De CHW's komen uit de gemeenschap waarin ze werken. Hun taak gaat verder dan het verstrekken van eerstelijnsgezondheidszorg voor de meest kwetsbare leden van de bevolking. Ze spelen ook een rol in wat kan worden beschreven als gemeenschapsontwikkeling. Zij hebben het doel om het proces te ondersteunen dat moet leiden tot beter sociale omstandigheden van alle leden van de gemeenschap. Maar vandaag wordt hun taak steeds verder vernauwd op de enkel de dienstverlening. Op die

manier komt het element van empowerment voor de samenleving als geheel van de gemeenschapsgezondheidswerkers te weinig aan bod.

In de Filipijnen zijn over de hele archipel gemeenschapsgezondheidsprogramma's opgezet om boeren en gewone mannen en vrouwen een medische basisopleiding te geven. Die geschoolde "blotevoetendokters" kunnen dan de meest voorkomende ziekten in hun gemeenschap behandelen. In nauwe samenwerking met de sociale bewegingen in het land helpen zij mensen om bij de overheid hun recht op gezondheid op te eisen. Deze programma's worden nu gecoördineerd door de onafhankelijke Raad voor Gezondheid en Ontwikkeling.

Dit zijn drie van hun basisprincipes:

- Wees bewust van het fundamentele verschil tussen gezondheidszorg die gericht is op de gemeenschap maar van elders komt en gezondheidszorg uit en uiteindelijk ook van de gemeenschap zelf. De eerste soort zorg wil de onafhankelijkheid bevorderen, de tweede mikt op empowerment. Haal de gezondheidswerkers weg uit de klinieken en ga naar de plaatsen waar de mensen zijn. Geef hun de kennis, vaardigheden en houding om te werken in de gemeenschap.
- Verwerf een diepgaand inzicht in de sociale, culturele, economische en politieke context van gezondheidsproblemen. Dit is mogelijk door integratie, sociaal onderzoek en door zich echt in te schakelen in het leven van de mensen in de gemeenschap. Je wordt een gezondheidswerker, leerkracht, verdediger, coördinator, leider, manager en student van het volk.
- Als eerstelijnsgezondheidswerkers moeten we de klemtoon leggen op ziektepreventie en het potentieel van mensen en ook hun rijke ervaringen aanspreken. We moeten de mensen niet zien als begunstigen, maar als partners in ontwikkeling.⁷⁶



Een centrum voor eerstelijnsgezondheidszorg in Havana. Het eengemaakte publieke gezondheidssysteem van Cuba stoelt op gratis zorg en een verbetering van de leefomstandigheden

Cuba: Is de gezondheid van de bevolking een politieke keuze?

Centraal in het Cubaanse eengemaakte openbare gezondheidssysteem staat de globale aanpak. De economische en sociale omwenteling in de maatschappij na de Cubaanse revolutie in 1959 zorgden voor een vooruitgang in de gezondheidsindicatoren. Er kwam een algehele verbetering in de algemene levensomstandigheden en de bevolking won enkele belangrijke sociale verworvenheden (een eigen huis per gezin, inkomensgarantie, betere educatie,...).

Universele toegang tot gezondheidszorg en preventie zijn de basis van het Cubaanse gezondheidssysteem. Na de revolutie werden privé-klinieken en de farmaceutische industrie genationaliseerd en geïntegreerd in één systeem voor heel het land dat werd beheerd door het Ministerie van gezondheid. Het land werd opgedeeld in gezondheidszones, met een polikliniek per zone en decentralisatie van de gezondheidszorg tot op gemeentelijk niveau. De doorstroming van patiënten en de communicatie tussen zorgverleners op verschillende niveaus in de gezondheidszorg verloopt vlot.

De Cubaanse gezondheidszorg is een nationale prioriteit en een verantwoordelijkheid van de staat. Ook in crisis bleef het overheidsbudget voor gezondheidszorg ongeveer 10% van het Bruto Nationaal Product. Cuba versterkte zijn openbare gezondheidszorg, met name de eerstelijnsgezondheidszorg. De gezondheidszorg werd een prioriteit en bleef gratis, het aantal huisartsen verdrievoudigde en preventie kreeg meer aandacht.⁷⁷

Cuba blijft trouw aan dit recept: de gezondheidszorg is er uitsluitend publiek verleend; privatisering is er verboden bij wet. Door kwalitatief hoogstaande en gratis gezondheidszorg te verzekeren aan heel de bevolking, is er in Cuba geen vraag naar privégeneeskunde. Dit is frapant in een continent dat in de jaren '90 drastische hervormingen en privatiseringen in gezondheidszorg meemaakten onder druk van het IMF en de Wereldbank. Cuba is een van de weinige landen dat geen lid is van het IMF of de Wereldbank.

4.2 Succesvolle campagnes

Om te komen tot universele toegang tot openbare, uitgebreide gezondheidsdiensten van een goede kwaliteit, is actie nodig. Burgers hebben het recht om hun politieke vertegenwoordigers betere en meer toegankelijke gezondheidsdiensten te vragen. Meer zelfs, er zijn georganiseerde burgers die met succes beleidsveranderingen eisen, zoals blijkt uit de onderstaande voorbeelden.

Gezondheidssystemen worden opgebouwd door de wisselwerking tussen sociale krachten, krijgen vorm door historische veranderingen in de machtsrelaties op lokaal en internationaal niveau en zijn dus voortdurend in evolutie. Zoals we uitlegden in het eerste hoofdstuk, staat er heel wat op het spel op het internationale niveau. Machtige bedrijven hebben verschillende middelen om het gezondheidsbeleid in hun voordeel te veranderen.

Burgers organiseren zich op verschillende manieren tegen de gevolgen van dat beleid.

Zo zijn er in Griekenland bijvoorbeeld solidariteitsklinieken geopend. Die werkten samen met de beweging die steun biedt aan migranten en

gaven zo hun eis van gezondheid voor iedereen een nog meer universele dimensie. Wanneer de sociale revoluties in China, Cuba en Iran gezondheid en sociale eisen op de agenda plaatsten, bereikten ze vaak indrukwekkende resultaten. Ook in Latijns-Amerika heeft de sociale strijd in landen als Brazilië, Costa Rica en Nicaragua geleid tot meer politieke aandacht voor de volksgezondheid. Na de ernstige cholera-epidemie van 1866 eisten de Belgische vakbonden dat de overheid uitgebreide schoonmaakprogramma's en openbare infrastructuurwerken zou opstarten en een systeem van openbare waterverdeling en publieke badhuizen zou ontwikkelen om de sanitaire omstandigheden in de arbeiderswijken nabij fabrieken te verbeteren. Dit maakte een eind aan cholera en tuberculose.^{78 79}

In verschillenden delen van de wereld ontstaan op verschillende schaal allianties van bewegingen voor gezondheid, in al haar dimensies. Zij verhogen de reële mogelijkheid dat er politieke krachten ontstaan die in staat zijn om de samenleving te veranderen.



Een vakbondsactivist protesteert tegen de verhoging van pensioenleeftijd van gezondheidswerkers in Brussel, België.

De Europese sociale zekerheid is het resultaat van strijd

De regelingen voor dekking van de gezondheidszorg in Europa werden opgezet als sociale uitkeringen bij ziekte en werden later opgenomen in de ruimere rechten in verband met gezondheidszorg. In het naoorlogse Frankrijk kwamen er dankzij stakingsgolven bijvoorbeeld meer sociale voordelen en werd het minimumloon en een kortere werkweek ingesteld.⁸⁰ Sommige Europese landen voerden een verplichte ziekteverzekering voor werknemers in, te beginnen in Duitsland in 1883. Andere Europese landen kozen voor subsidiëring van de maatschappijen voor onderlinge bijstand die waren opgezet door de werknemers. Het belangrijkste doel van die programma's in Europa was veeleer inkomstenstabilisering en bescherming tegen loonverlies door ziekte dan de betaling voor medische kosten, iets wat later kwam.

Deze periode werd echter ook gekenmerkt door een toenemende ontevredenheid bij de arbeidersklasse. De invoering van die systemen kan worden gezien als een manier om hun politieke trouw te kopen.⁸¹



Congo: inwoners houden de lokale ziekenboeg draaiende

Lubudi Luka is een volkswijk met meer dan 13 000 inwoners in een van de meest welvarende gemeenten van Kinshasa. Het is een moerassige zone waar de bevolking in rurale omstandigheden met nauwelijks elektriciteitsaansluiting of toegang tot water leeft. De huishoudens gebruiken bijgevolg de rivieren als waterbevoorrading en de straten als opslagplaats voor afval. Watergerelateerde ziekten, zoals cholera, tyfus, malaria, hepatitis, diarree en andere gezondheidsproblemen zijn een dagelijkse realiteit.

Uit een enquête van november 2015 bleek dat een groot deel van de inwoners het tekort aan zorg aankaartten als een van de belangrijkste sterfteoorzaken. Specifieker richtten de inwoners zich tot de ziekenboeg 'Lubudi', waar een personeelstekort de zorg niet continue kon garanderen. Bovendien werkte er geen verloskundige in de ziekenboeg, waardoor heel wat vrouwen beslisten om in slechte en onhygiënische omstandigheden te bevallen.

Het volksgezondheidscomité en de vrouwenbeweging van onze partner Étoile du Sud spraken de zorgwerkers van de wijk, het medisch personeel van de ziekenboeg 'Lubudi' en de wijkchef aan om het probleem aan te kaarten én een collectief alternatief voor te stellen.

Dit bestond erin dat de wijkbewoners het onderhoud en de administratie van de lokale ziekenboeg 'Lubudi' op zich namen, waardoor middelen vrijkwamen voor het aanwerven van een verloskundige. De ziekenboeg wordt intussen opengehouden dankzij een samenwerking tussen de relais communautaires (de gezondheidswerkers op wijkniveau) en de verantwoordelijke van het lokale gezondheidscomité met ondersteuning van de lokale vrouwenbeweging van EDS.



Filipijnse activisten protesteren aan het Fabella-ziekenhuis in de Filipijnen, dat de regering wilt vervangen door een commercieel centrum.

Red het Fabellahospitaal – Filipijnen

Het Fabellahospitaal, ook wel eens de “babyfabriek” genoemd, is een tertiair ziekenhuis voor moeder- en zuigelingenverzorging waar vooral arme moeders uit de Filipijnse hoofdstad en de naburige provincies komen bevallen omwille van de betaalbare dienstverlening. Het ziekenhuis is door de Wereldgezondheidsorganisatie onderscheiden als een rolmodel voor zijn uiterst belangrijke programma’s voor neonatale zorg, die bewezen hebben dat ze de ziekte- en sterftcijfers van baby’s hebben teruggedrongen.

Maar het gebouw is al lang niet meer gerenoveerd bij gebrek aan overheidsinvesteringen. De overheid grijpt de huidige slechte toestand aan als argument om het hospitaal te sluiten en te vervangen door een privéziekenhuis. Door de sluiting zullen de gewone werknemers en ook gemiddeld 1.000 patiënten per dag in de kou komen te staan.

De partners van Viva Salud lanceerden een oproep van protest tegen de privatiseringsplannen van de overheid. Die oproep veroorzaakte een ware volksoptocht. Zwangere vrouwen voerden samen met verplegend personeel en veel andere bezorgde Filipino’s dag na dag actie. In juni probeerde de directie het materiaal uit het ziekenhuis weg te halen. Maar de groep barricadeerde de toegang tot het hospitaal. Een paar maanden later werd de groep verrast door regeringssoldaten met krachtige vuurwapens die het karwei kwamen opknappen. Maar de demonstranten lieten zich niet intimideren. Ze stapten op de soldaten toe om hen de kopie te vragen van het bevel om het materiaal uit het ziekenhuis weg te halen. Na die confrontatie besliste de hospitaaldirecteur om in dialoog te gaan met de betogers en moest hij noodgedwongen de soldaten de opdracht geven het materiaal weer uit te laden en naar het ziekenhuis terug te brengen.

In maart 2018 leidden de vereende inspanningen van de grote Filipijnse antiprivatiseringsbeweging tot een grote overwinning: het Huis van Afgevaardigden keurde de ‘antiprivatiseringswet voor openbare ziekenhuizen, instellingen voor gezondheidszorg en gezondheidsdiensten’ goed. Die wet verbiedt de minister van Gezondheid of elke andere persoon om de privatisering van een openbaar ziekenhuis, openbare instelling voor gezondheidszorg of openbare gezondheidsdienst op te starten, te veroorzaken of goed te keuren.⁸²



5

Conclusie

De meeste landen in de wereld hebben zich akkoord verklaard om alle mogelijke maatregelen te nemen om het recht van hun bevolking op toegankelijke gezondheidszorg van een goede kwaliteit te garanderen. Maar anno 2018 is dat recht allerminst verwezenlijkt. Erger nog, regeringen en internationale instellingen kiezen voor een marktgerichte aanpak van het gezondheidsbeleid. Privatisering werd voorgesteld als oplossing voor het geldtekort van de nationale gezondheidssystemen. Maar uit talrijke gevalstudies en uitgebreid onderzoek blijkt dat de gezondheidsresultaten verslechteren wanneer er naar winst gestreefd wordt.

.....

*Er is een
radicaal andere
aanpak nodig.
Gezondheid
is een
mensenrecht*

1. Privatisering leidt tot grotere ongelijkheid in de toegang tot zorg

Omdat particuliere ziekenhuizen winst moeten maken, richten ze zich vooral op mensen die het zich kunnen veroorloven. Hierdoor ontstaat het risico van een gezondheidssysteem met twee snelheden. Enerzijds hightech en gespecialiseerde zorg voor de rijken. Anderzijds eenvoudige openbare gezondheidszorg voor de minder bedeelden. Dit ondanks het feit dat het de plicht van de publieke dienstverleners is om zorg te verlenen aan iedereen, zonder onderscheid.

2. Privatisering is vaak duurder op lange termijn

Private zorginstellingen rekenen onverwachte kosten, zoals stijgende rentetarieven of dure energieprijzen, meestal door aan de overheid of de patiënt. Een Oxfam-studie berekende dat een publiek-privaat ziekenhuis in Lesotho de overheid drie keer meer kost dan het openbare ziekenhuis dat het heeft vervangen. Bij sommige contracten kan het bedrijf zelfs de staat aanklagen voor kosten in verband met protesten van werknemers.

3. Privatisering is niet efficiënter

Overheidssystemen zijn efficiënter omdat zij schaalvoordelen opleveren bij de aankoop, levering en distributie van geneesmiddelen en

apparatuur.

In het Verenigd Koninkrijk is het aantal managers in de National Health Service verdrievoudigd sinds de invoering van een marktlogica. In Nederland geven particuliere zorgverzekeraars 500 miljoen euro per jaar uit aan reclamecampagnes.

4. Privatisering leidt niet tot betere kwaliteit

Door hun marktlogica zullen particuliere instellingen zich richten op behandelingen die financieel interessant zijn, in plaats van op de behandelingen die de patiënt het meest ten goede komen.

In Peru kiezen privéziekenhuizen eerder voor een meer risicovolle keizersnede dan voor een natuurlijke bevalling, omdat de arts daar meer geld voor kan vragen.

5. Privatisering leidt tot minder publieke controle

Onderhandelingen tussen particuliere spelers vinden vaak plaats onder strikte geheimhouding. Publieke controle is daarom zeer moeilijk, waardoor het risico van corruptie toeneemt. Bovendien maakt het aantrekken van middelen uit de particuliere sector de weg vrij voor meer invloed van bedrijven op de beleidsvorming.

6. Privatisering leidt tot minder gezondheidswerkers en verslechterende arbeidsomstandigheden

Commerciële bedrijven trekken schaarse middelen, zoals gezondheidswerkers, weg uit de publieke sector. Deze zogenaamde "brain drain" leidt tot tekorten in de publieke sector en in meer afgelegen gebieden. Bovendien leidt het streven naar steeds hogere winstmarges vaak tot slechtere arbeidsomstandigheden, onbetaalde overuren en hogere werkdruk. Burn-out en stresssymptomen komen veel voor in de gezondheidssector.

Er is een alternatief

Dit dossier begint met de positieve boodschap dat er een alternatief bestaat. Over de hele wereld leveren sociale bewegingen en regeringen inspanningen om hun systeem van gezondheidszorg te veranderen ten gunste van de bevolking.

- **Universele toegang tot gezondheidszorg van een goede kwaliteit is een haalbare politieke keuze**

Landen die het welzijn van de bevolking vooropstellen en kiezen voor investeringen om de gezondheidszorg toegankelijk te maken voor iedereen, halen betere resultaten op het vlak van gezondheid. Zelfs landen met lage gezondheidsuitgaven zijn in staat geweest om een sterk gezondheidssysteem uit te bouwen en dat bewijst dus dat het ook een haalbare keuze is.

- **Voor wie het nodig heeft, niet voor wie kan betalen**

De enige beproefde weg om dit te bereiken is het afschaffen van alle eigen bijdragen voor gezondheidszorg en essentiële geneesmiddelen en meer overheidsinvesteringen in goed opgeleid personeel, nabijgelegen gezondheidsvoorzieningen en programma's voor preventie en gezondheidspromotie. Een eengemaakt openbaar systeem kent niet de nadelige tegenstrijdigheden die het gevolg zijn van de versnippering en de concurrentie die kenmerkend zijn voor gemengde publiek-private gezondheidssystemen.

Wat de internationale gemeenschap kan doen

Het versterken van de financiële capaciteit van landen om hun budget te verhogen, moet een aandachtspunt zijn van de internationale gemeenschap en de internationale instellingen. Dat kan bijvoorbeeld door

- af te stappen van budgettaire beperkingen voor openbare diensten

- door de monopoliepositie van farmaceutische bedrijven te reglementeren
- door schulden te schrappen
- door grootschalige belastingontduiking te bestrijden
- door gezondheidsdiensten te weerhouden uit handels- en investeringsakkoorden

Door de globalisering wordt de overgrote meerderheid van mensen in de wereld geconfronteerd met heel gelijkaardige economische realiteiten, krachten en dynamieken: milieuvervuiling, de wereldwijde concurrentie tussen werknemers, aanvallen op de sociale zekerheid en uitsluiting van mensen uit die stelsels voor sociale bescherming en een groeiende ongelijkheid tussen de sociale klassen, om er maar een paar te noemen.⁸³ Deze wereldwijde noodtoestand stelt de mensheid voor een ongeziene uitdaging. Omdat gezondheid en andere maatschappelijke uitdagingen sterk met elkaar verbonden zijn, kan de strijd voor gezondheid ook werken als een belangrijke verenigende factor in de mobilisatie die nodig is om die problemen aan te pakken.

We hopen dat dit dossier een steun kan zijn voor de sociale bewegingen die opkomen voor sociale rechtvaardigheid.

Noten

- 1 The Struggle for Health. An emancipatory approach in the era of neoliberal globalization. Sengupta A., Bodini C., Franco S. Rosa-Luxemburg-Stiftung, Brussel, februari 2018
- 2 De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens., Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. 1948. www.un.org/en/documents/udhr/
- 3 Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie, 1946. Het Statuut werd goedgekeurd door de Internationale Gezondheidsconferentie in New York van 19 juni tot 22 juli 1946, ondertekend op 22 juli 1946 door de vertegenwoordigers van 61 staten (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), en van kracht sinds 7 april 1948.
- 4 The right to the highest attainable standard of health, Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 14, (Tweeëntwintigste zitting, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), herdrukt in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).
- 5 The right to health, WHO factsheet n°323, november 2013. uit www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/ (geraadpleegd op 17 juni 2015)
- 6 Voor een volledig overzicht van alle verdragen verwijzen we naar "Critical Condition: Privatized Health in the Philippines", IBON Foundation, 2015.
- 7 Volksgezondheid wordt omschreven als de gezondheidsresultaten van een groep individuen, met inbegrip van de spreiding van die resultaten binnen de groep (Kindig & Stoddart 2003)
- 8 Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Wereldgezondheidsorganisatie, 2008, Genève
- 9 Twee bekende onderzoeken zijn de herziene Prestoncurve en de bevindingen van Richard Wilkinson en Kate Pickett. De Prestoncurve laat het verband zien tussen levensverwachting en het BBP per capita op internationaal niveau. "Er is een sterke correlatie tussen de stijging van het gemiddelde inkomen en de stijging van de levensverwachting in arme landen, maar naarmate het inkomen per inwoner stijgt, wordt het verband minder sterk en bij de rijkste landen is het verband zwakker of zelfs helemaal afwezig". (Pulok, Mohammad. (2012). Revisiting Health and Income Inequality Relationship: Evidence from Developing Countries. Journal of Economic Cooperation and Development. 33. 25-62.) De bevindingen van Wilkinson en Pickett leggen uit waarom die correlatie niet langer bestaat boven een bepaald inkomen: ongelijkere samenlevingen hebben slechtere gezondheids- en sociale resultaten, en vice versa. (The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better, Richard Wilkinson, Kate Pickett, 2009)
- 10 Healthy Places: Councils leading on public health, Kuznetsova D., New Local Government Network; 2012. www.nlgn.org.uk/public/2012/healthy-places-councils-leading-on-public-health/
- 11 Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap. Whitehead, Margaret et al. The Lancet, Volume 358, Issue 9284, 833 - 836, 8 september 2001
- 12 De Wereldbank pleit al sinds de jaren 1980 voor directe betalingen door de patiënten als een manier om de begrotingstekorten van staten te verlagen. Die gebruikersbijdragen waren in de meeste structurele aanpassingsprogramma's van de Wereldbank een voorwaarde waaraan staten moesten voldoen om leningen en hulp te krijgen van internationale donoren.
- 13 The Struggle for Health, 2018

- 14 Voor de volledige discussie over UHC verwijzen we naar ons dossier 'Universal access to health care, Viva Salud, 2016, <https://vivasalud.be/node/1307>'
- 15 The Global push for Universal Health Coverage, WHO, et al. 11 juli 2014, www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf
- 16 The Struggle for Health, 2018, p. 21-23
- 17 Gezondheid geen koopwaar, campagnedossier van 11.11.11 et al, 2016
- 18 Public-Private Partnerships, Global Campaign Manifesto, Eurodad en 145 andere organisaties, 11 oktober 2017, www.eurodad.org/Entries/view/1546822/2017/10/11/Public-Private-Partnerships-Global-Campaign-Manifesto
- 19 Die aanpak wordt ook het 'nieuw publiek management' genoemd en bestaat in elke sector die behoorde tot de klassieke verantwoordelijkheid van de overheid, zoals onderwijs, collectief openbaar vervoer en veiligheid. (Vabø, 2009)
- 20 De Canadese Bond van Ambtenaren heeft een nuttige lijst opgesteld van types privatisering en de processen die die privatisering bevorderen: <https://cupe.ca/privatization-p3-sib-asdhu>
- 21 Health and the developing world, Bryant J., Cornell University Press, Ithaca, NY, 1969.
- 22 Verklaring van Alma-Ata [Internet]. Wereldgezondheidsorganisatie; 1978. www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- 23 A Cure Worse Than the Disease? Currency Crises and the Output Costs of IMF-Supported Stabilization Programs, in Managing Currency Crises in Emerging Markets, Michael Hutchison, 2003, Dooley en Frankel.
- 24 Global Health Watch 4: An alternative world health report. People's Health Movement, Medact, Medico itl, Third World Network, Health Action itl, Alames. 2014
- 25 Universal Health Coverage: Beyond rhetoric, Amit Sengupta, november 2013, Municipal Services Project
- 26 "Volgens de internationale mensenrechtenwetgeving moet rekening worden gehouden met de volgende criteria wanneer bezuinigingsmaatregelen worden genomen als die willen voldoen aan de verplichtingen uit de internationale mensenrechtenverdragen; alle regressieve maatregelen moeten tijdelijk, strikt noodzakelijk en evenredig zijn; geen enkele maatregel mag discriminerend zijn; alle maatregelen moeten rekening houden met mogelijke alternatieven en moeten de minimale kernverplichtingen van het recht op gezondheid erkennen en beschermen." (Human Rights Reader, Claudio Shuftan, 25 juni 2017, <http://claudioshuftan.com/category/hr-readers/>)
- 27 Who decides on our health?, Aletha Wallace, Third World Health aid, 22 maart 2017, <https://vivasalud.be/node/1466>
- 28 Het budget van de Wereldgezondheidsorganisatie is sterk afhankelijk van de financiering door privédonoren, waardoor de agenda en de prioriteiten gelijk gaan lopen met hun zakelijke belangen. De effecten hiervan zijn duidelijk merkbaar: het internationale beleidsdiscours verschoof van een benadering die uitging van levensomstandigheden en preventie naar een benadering op basis van ziekten, van beleidsmatige naar medische oplossingen en van een eenmaking van diensten naar versnippering en concurrentie.
- 29 Presentatie door David, Himmelstein, IAHP Europe conference, 21 september 2017, https://twitter.com/chiarezza_b/status/910906672641724416
- 30 Presentatie door David, Himmelstein, IAHP Europe conference, 21 september 2017, op basis van 'Bureau of Labor Statistics; NCHS; en de analyse van Himmelstein/ Woolhandler van CPS'
- 31 With Chartbook on Long-term Trends in Health. National centre for Health Statistics. Health, United States, 2016, Hyattsville, MD. 2017, p. 303
- 32 Presentatie door David, Himmelstein, IAHP Europe conference, 21 september 2017, https://twitter.com/chiarezza_b/status/910909372628422656
- 33 This case is adapted from: The National Health Service (NHS): Prey to neoliberal lust for markets, Global Health Watch 4, Zed Books, 2014, p.95-107
- 34 The social impact of user fees for health care on poor households: commissioned report to the Ministry of Health, Tipping, G., Vietnam, Hanoi; 2000
- 35 Hospital Detentions for Non-payment of Fees, A Denial of Rights and Dignity, R. Yates, T. Brookes en E. Whitaker, Centre on Global Health Security, Chatham House, december 2017
- 36 Presentatie door Julie Noir «A partir de l'exemple français: conséquences de la privatisation et commercialisation sur les systèmes de santé en Europe», Business and Health conference, 6 juni 2017, Brussel
- 37 Health care access in the Philippines, Nathalie Van Gijssel, Viva Salud, 2016
- 38 "Critical Condition: Privatized Health in the Philippines", IBON Foundation, 2015.
- 39 WHO Philippines Equity Profile, 2008
- 40 Privatization Watch, special edition, PSI, October 2017, <http://campaigns.world-psi.org/t/ViewEmail/r/58C745AC086A01742540EF23F30FEDED/D767B0DF905534C16707B176AE29F890>
- 41 The Renegotiation of PPP Contracts: An overview of its recent evolution in Latin America. Guasch, J.L. et al., International Transport Forum, Discussion Paper 2014/18. OESO.
- 42 RD Congo: un hôpital dernier cri, vitrine en Afrique centrale, 2 April 2014, Acteurs Publics, www.acteurspublics.com/2014/04/02/rd-congo-un-hopital-dernier-cri-vitrine-en-afrique-centrale
- 43 A Dangerous Diversion: Will the IFC's flagship health PPP bankrupt Lesotho's Ministry of Health?, Anna Marriot, 7 april 2014, Oxfam International Lesotho Consumer's Protection Association
- 44 Blind optimism, challenging the myths about private health care in poor countries (executive summary), Oxfam international, februari 2009
- 45 6 op 1000 levendgeborenen in Cuba in vergelijking met 7 op 1000 levendgeborenen in de Verenigde Staten
- 46 United States of America & Cuba, WHO country profiles, laatste update: 2014

- 47 A scoping study of public and private sector delivery of essential services, Birgit Kerstens, voor 11.11.11., 21 oktober 2016
- 48 Health, health care and capitalism. In L. Panitch en C. Leys (eds.), *Morbid symptoms: Health under capitalism*. Wales: Merlin Press, 2009.
- 49 Understanding public drug procurement in India: A comparative qualitative study of five Indian states. Singh, P. V., Tatambhotla, A., Kalvakuntla, R. en Chokshi, M. 2013. *BMJ Open*, 3(2): 1-11. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/2/e001987.full>
- 50 Is the Private Sector more efficient? A cautionary tale. UNDP. 2015. Verschenen op 8 januari 2016. Singapore: UNDP Global Centre for Public Service Excellence
- 51 Overkill, Atul Gawande, 11 mei 2015, *The New Yorker*, www.newyorker.com/magazine/2015/05/11/overkill-atul-gawande
- 52 Oxfam international, 2009
- 53 Leys, 2009, 18
- 54 Medicare is het grootste socialeverzekeringsprogramma van de VS, dat werd opgericht in 1965 om een gezondheidsverzekering te bieden aan mensen van 65 jaar en ouder, ongeacht hun inkomen of medische voorgeschiedenis. Later werd Medicare uitgebreid tot mensen jonger dan 65 met bepaalde permanente aandoeningen. (The National health care Anti-Fraud Association, september, 2017)
- 55 Why Single-Payer Health Care Saves Money, Robert H. Frank, 7 juli 2017, *The New York Times*, www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html?_r=0
- 56 Gezondheid geen koopwaar, campagnedossier van 11.11.11 et al, 2016
- 57 Oxfam international, 2009
- 58 Oxfam international, 2009
- 59 Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2011-2018.
- 60 Jaarverslag 2017. Bruxelles: vzw Home Info; 2018
- 61 Population, structure par âge. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2017. Beschikbaar op: <http://ibsa.brussels/themes/population/population#WucD29QrKt8>; Statistique annuelle des bénéficiaires de prestations 2017. Service Fédéral des Pensions (SFP), Brussel, 2017.
- 62 Évaluation de la commercialisation des maisons de repos à Bruxelles: approches quantitative et qualitative". Mémoire de fin d'études de médecine générale, Stephen O'Brien, ULB. Brussel; 2018.
- 63 Privatization Watch, special edition, PSI, October 2017, <http://campaigns.world-psi.org/t/ViewEmail/r/58C745AC086A01742540EF23F30FEDED/D767B0DF905534C16707B176AE29F890>
- 64 Dit geldt vooral voor de vrijmaking van de dienstensector via handelsakkoorden. De beslissingen die worden genomen door de huidige regeringen worden opgenomen in een bindend akkoord, met een doeltreffend mechanisme voor geschillenregeling. Indien - nadat de gezondheidssector is geliberaliseerd en gecommmercialiseerd - blijkt dat het voor een universele toegang tot gezondheid beter zou zijn om de gezondheidszorg in openbare handen te houden of terug te laten keren, zou het heel moeilijk of zelfs onmogelijk zijn om de negatieve gevolgen van alle eerder aangegane verbintenissen ongedaan te maken.
- 65 Public-Private Partnerships: Defusing the ticking time bomb, Mathieu Vervynck en María José Romero, Eurodad, oktober 2017
- 66 The U.S. health care System and the Challenges of Fraud, The National health care Anti-Fraud Association, september 2017
- 67 Oxfam international, 2009
- 68 Gezondheid geen koopwaar, 2016
- 69 Density of physicians (total number per 1000 population, 2014 for Cuba, 2015 for Belgium), WHO, www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/
- 70 Deze case komt uit 'The Struggle for Health (2018, p. 10)
- 71 The Self-Hating State, George Monbiot, 22 April 2013, www.monbiot.com/2013/04/22/the-self-hating-state/
- 72 O'Donnell, O. (2007) Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers, 23(12), pp. 2820-2834
- 73 The Struggle for Health, 2018, p. 34
- 74 Aangepast uit 'The Revival of Community Health Workers in National Health Systems, Global Health watch 4, Zed Books, 2014, p. 134-p. 146'
- 75 In 1989 gaf de WHO de volgende omschrijving voor de term Community Health Workers: "CHW's moeten deel uitmaken van de gemeenschap waarin ze werken, ze moeten worden gekozen door de gemeenschap, moeten verantwoording afleggen aan de gemeenschap voor hun activiteiten; moeten de steun krijgen van het gezondheidssysteem maar niet noodzakelijk als deel van de organisatie; en hebben een kortere opleiding dan professionele gezondheidswerkers." (WHO Studiegroep 1989)
- 76 Deze case werd aangepast overgenomen uit 'Empowerment, United for health. Viva Salud, oktober 2013'
- 77 Public health services, an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba, 1989-2000. De Vos P, García-Fariñas A, Alvarez-Pérez A, Rodríguez-Salvá A, Bonet-Gorbea M, Van der Stuyft P., *Trop Med Int Health*. 2012 Apr;17(4):469-79. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02941.x. Epub 2012 Feb 1.
- 78 Empowerment, United for health, Viva Salud, oktober 2013
- 79 De evolutie van de levensverwachting in België, 18de-20ste eeuw, Isabelle Devos, Chaire Quetelet 2005: www.leef tijdenwerk.be/html/pdf/devos_levensverwachting.pdf
- 80 Viva Salud, 2013
- 81 Amit Sengupta, 2013
- 82 Bill that bans privatization of govt hospitals passed, Llanesca T. Panti, *The Manila Times*, 31 maart 2018, www.manilatimes.net/bill-that-bans-privatization-of-govt-hospitals-passed/389536/
- 83 The Struggle for Health, 2018, p. 2



We horen graag van je!

Contacteer ons met je feedback,
en als je graag een activiteit
over dit thema wilt organiseren.

Viva Salud
Haachtsesteenweg 53
1210 Brussel
www.vivasalud.be
info@vivasalud.be

