

Privatisering van gezondheid

WINSTBEJAG

TEGEN WELKE PRIJS?



ZORGEN VOOR
DE ZORG

CAMPAGNE DOSSIER



Viva Salud is een Belgische ngo die ervan overtuigd is dat **elk individu en elke gemeenschap recht heeft op gezondheid**. Daarom ondersteunen we sociale bewegingen in hun strijd voor het recht op gezondheid. **In de Filipijnen, Palestina, de Democratische Republiek Congo** en elders werken we samen met sociale organisaties aan gemeenschappelijke campagnes, waarbij we van elkaar leren en elkaar versterken. Geconfronteerd met de steeds mondialer wordende uitdagingen ligt de oplossing in internationale solidariteit.



INHOUD

INLEIDING	04
ONGEZONDE WERKOMSTANDIGHEDEN IN DE ZORGSECTOR	06
Zorgwerkers werken wereldwijd in slechte omstandigheden. Wat maakt de zorgsector zo ongezond?	
PRIVATISERING EN COMMERCIALISERING, WAT IS DAT EIGENLIJK?	11
Wereldwijd betrekken overheden de private sector bij de gezondheidszorg. Hoe komt dat?	
BESPARINGEN EN COMMERCIALISERING: EEN DRAMA VOOR HET PERSONEEL	15
Als winstbejag en besparingen op de eerste plaats komen, daalt het respect voor waardige werkomstandigheden.	
DE WEG VOORUIT	20
We moeten investeren in het zorgpersoneel en een sterke publieke gezondheidszorg. Hoe zorgen we voor onze zorg?	
DOE MEE EN BLIJF OP DE HOOGTE	24

INLEIDING

De gezondheidszorg is in crisis: je hoort en leest het overal. Er is te weinig personeel om alle patiënten te verzorgen en de werkdruk is niet langer houdbaar voor iedereen. Ongezonde en slechte werkomstandigheden maken het beroep van gezondheidswerker onaantrekkelijk. Zelfs voor de Covid-19 pandemie had de wereld al een tekort van 5,9 miljoen verpleegkundigen¹. In 2030 verwacht de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een wereldwijd tekort van 10 miljoen gezondheidswerkers². Met 89% van het wereldwijde tekort worden lage en lagere middeninkomenslanden het hardst getroffen. Ook in België overweegt bijna de helft van alle verpleegkundigen op intensieve zorg om te stoppen omwille van de ondraaglijke werkdruk en ongezonde werkomstandigheden³.

“Personeelstekorten kosten mensenlevens!”

Gelukkig laat het zorgpersoneel zich niet doen. Wereldwijd komen ze in actie voor betere werkomstandigheden en een sterke publieke gezondheidszorg. Ze lopen voorop in de strijd voor het recht op gezondheid.

“Personeelstekorten kosten mensenlevens!”. Die boodschap weerklonk de voorbije maanden bijvoorbeeld meermaals in het Verenigd Koninkrijk. Voor het eerst in de geschiedenis legden tienduizenden verpleegkundigen er het werk neer. Met hun historische stakingen roepen ze op om de NHS, de Britse gezondheidsdienst, te versterken en hun inkomen te verhogen. Dat werd sinds 2008 niet meer aangepast⁴. In de Democratische Republiek Congo (DRC) staken de artsen in de openbare ziekenhuizen ook al maanden. Ze verwijten de regering dat ze haar beloftes niet nakomt om de lonen te verhogen, de werklust te verlichten en een goed pensioen te garanderen. Hun protest werd op politiegeweld onthaald⁵.





De vraag dringt zich op: wie zorgt er voor zij die zorgen voor ons? In dit campagnedossier trachten we die vraag te beantwoorden door te onderzoeken wat werken in de zorgsector ongezond maakt, te bekijken waarom overheden de private sector bij de zorg betrekken en door aan te tonen hoe dat slechte werkomstandigheden in de hand werkt. In het laatste hoofdstuk denken we na over de weg vooruit. Lees je mee?

Werken in de gezondheidszorg kan dus de gezondheid schaden. Tijdens de Covid-19-pandemie noemden we gezondheidswerkers helden. Hun inspanningen werden terecht op luid applaus onthaald. Maar overheden doen nog altijd te weinig om hun loon te verhogen, de werkomstandigheden te verbeteren en de publieke gezondheidszorg te versterken. **De lessen van de pandemie zijn niet geleerd.**

Zelfs voor de Covid-19 pandemie had de wereld al een tekort van

5 900 000

verpleegkundigen.

In 2030 verwacht de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een wereldwijd tekort van

10 000 000

gezondheidswerkers.

“In de Filipijnen is er slechts één dokter per 33.000 inwoners. Dat zijn 33 keer meer inwoners per dokter dan wat de WHO aanbeveelt.”

Kat Berza,

beleidsmedewerkster en activiste bij de Council for Health and Development (CHD), partnerorganisatie van Viva Salud.

ONGEZONDE WERKOMSTANDIGHEDEN IN DE ZORGSECTOR

Wereldwijd werken zorgwerkers in slechte omstandigheden. Maar wat maakt werken in de zorgsector nu juist zo ongezond?

Onder ongezonde werkomstandigheden vallen alle factoren die slechte werkomstandigheden creëren en bijgevolg de gezondheid van zorgwerkers direct of indirect beïnvloeden.

Ongezonde werkomstandigheden worden onder meer veroorzaakt door:

- gebrek aan beschermingsmateriaal
- lange werkdagen
- lage lonen
- een gebrek aan sociale bescherming
- korte en onzekere contracten
- geweld en seksuele intimidatie op het werk.

Door een gebrek aan beschermingsmateriaal lijdt zo'n 54% van de gezondheidswerkers in lage- en middeninkomenslanden bijvoorbeeld aan latente tuberculose. Dat is 25 keer meer dan bij de algemene bevolking⁶. Tijdens de coronapandemie had 23% van de eerstelijnsgezondheidswerkers wereldwijd last van depressie en angst en 39% van slapeloosheid. Medische beroepen lopen in alle delen van de wereld een hoger risico op zelfdoding⁷.

Werken in veilige en gezonde omstandigheden is een mensenrecht, een fundamenteel principe van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) en een essentieel onderdeel van duurzame ontwikkelingsdoelstelling (SDG) 8: waardig werk. Gezonde werkomstandigheden in de zorgsector vormen een belangrijke voorwaarde voor universele toegang tot gezondheidszorg, een essentieel onderdeel van SDG3: goede gezondheid en welzijn.



Tijdens de coronapandemie had

23%

van de eerstelijnsgezondheidswerkers wereldwijd last van depressie en angst.

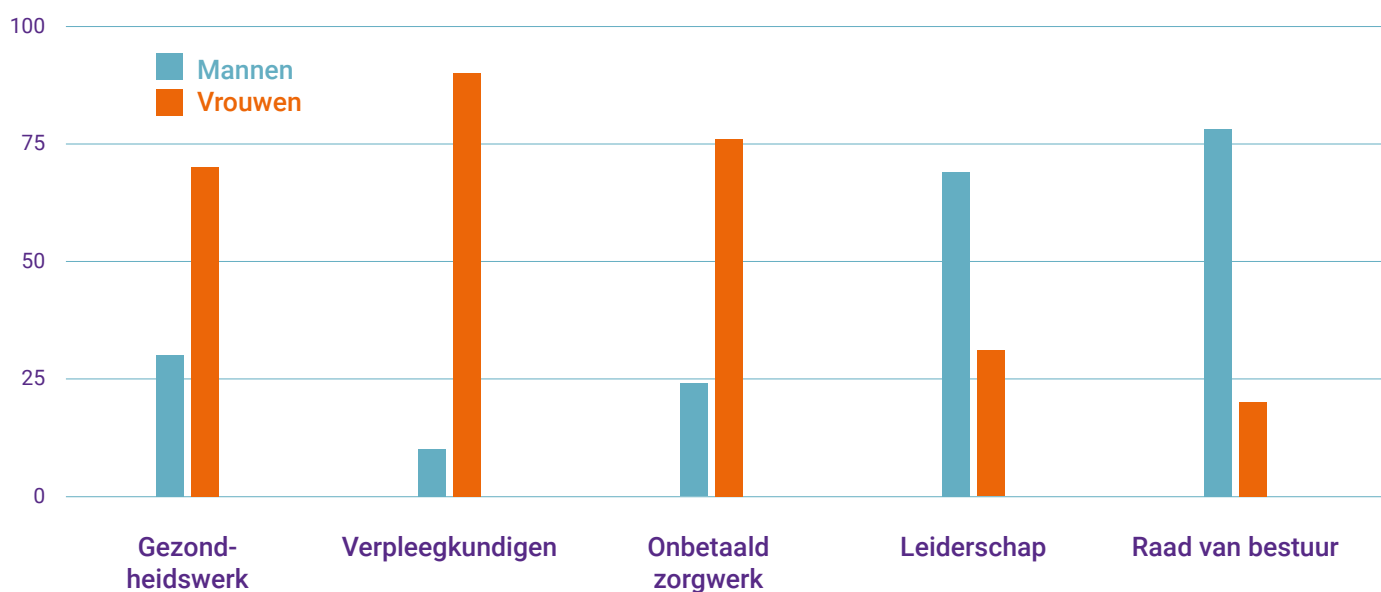


Vrouwen maken

70%

uit van alle werkkrachten
in de gezondheidssector.

EEN VROUWELIJKE SECTOR



Vrouwen maken 70% uit van alle werkkrachten in de gezondheidssector. Bij verpleegkundigen loopt dit zelfs op tot 90%⁸. Van alle zorginstellingen wereldwijd wordt 69% geleid door mannen, waarbij gemiddeld 80% van de leden van de raad van bestuur mannen zijn⁹. Vrouwen verrichten meestal ook het onbetaalde zorgwerk dat nodig is om de economie draaiende te houden, ook wel reproductieve arbeid genoemd. **Het zou naar schatting over 76% van al het onbetaalde zorgwerk gaan.**

En dat cijfer is tijdens de coronapandemie waarschijnlijk nog gestegen.¹⁰ Personen die slachtoffer zijn van discriminatie worden namelijk verwacht om de gaten op te vullen die de besparingen in publieke diensten veroorzaken. De diensten waar zij gebruik van maken zijn ook de eerste waarop wordt bespaard.¹¹ In België zien we dit bijvoorbeeld in de kinderopvang. Wanneer er een tekort is aan opvangplaatsen of crèches noodgedwongen moeten sluiten door personeelstekort, zijn het in de meeste gevallen vrouwen die inspringen om hun kinderen op te vangen. **In de praktijk vullen zij de gaten op die de besparingen op publieke diensten veroorzaken.**

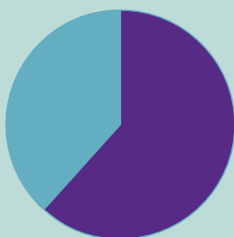


Behalve gender speelt ook discriminatie op andere vlakken zoals op basis van klasse, etniciteit of seksuele geaardheid een rol bij de ongelijke impact van besparingsmaatregelen. Rekening houden

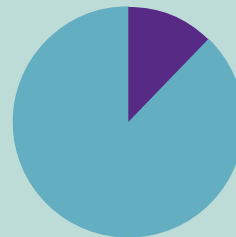
met al die verschillende assen van ongelijkheid en hoe die elkaar soms doorkruisen, noemen we intersectionaliteit of kruispuntdenken.

Percentage gezondheidswerkers dat in 2019 op de werkvloer te maken kreeg met

geweld
62%



seksuele intimidatie
12%



Uit onderzoek van 2019 bij 330.000 gezondheidswerkers wereldwijd blijkt dat 61,9% al te maken kreeg met een bepaalde vorm van geweld op de werkvloer. 12,4% van de gezondheidswerkers kreeg in dat jaar te maken met seksuele intimidatie. Gedetailleerd onderzoek is echter zeldzaam, net als de actie die wordt ondernomen door beleidsmakers en werkgevers¹³.

Ook non-binaire personen rapporteren een hoog aantal incidenten van geweld en discriminatie op het werk¹⁴. Helaas worden die personen amper vertegenwoordigd in de officiële statistieken.

DE INFORMELE GEZONDHEIDSECONOMIE

Naast onbetaald zorgwerk in een niet-werk-gerelateerde context werken vrouwen en seksuele minderheden net als migranten ook vaker in de informele economie. Bij werknemers in de informele gezondheidseconomie wordt de werkgever of opleiding niet erkend door de overheid. Zij worden het hardst getroffen bij een gebrek aan gezonde en veilige werkomstandigheden omdat ze niet dezelfde rechten hebben als formele gezondheidswerkers.¹⁵

Heel wat informele gezondheidswerkers zijn tewerkgesteld als wijkgezondheidswerkers of *community health workers*. *Community health workers* zijn vaak

onbetaalde vrijwilligers, terwijl ze onmisbaar zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg.¹⁶

Bijna 60% van alle *community health workers* in lage- en middeninkomenslanden geven aan geen salaris te ontvangen en onderzoek wijst uit dat dit op het Afrikaanse continent zelfs tot 85% kan oplopen¹⁷. Ze zijn namelijk meer dan gezondheidswerkers: ze zijn ook sociaal werkers die rekening houden met alle sociale determinanten die de gezondheid van een persoon mee bepalen¹⁸.

“Als *community health worker* wordt je verwacht de gezondheidssituatie van elk huishouden in je buurt te kennen. We organiseren campagnes waarbij we bij de mensen aan huis gaan om uitleg geven over verschillende kwalen. We nemen ook enquêtes af om te onderzoeken of gezinnen een toilet hebben of toegang tot drinkbaar water. Als er iemand ziek wordt, brengen we deze persoon naar het ziekenhuis.”

Getuigenis van een Filipijnse community health worker in een onderzoek van onze partnerorganisaties.



Sociale determinanten van gezondheid:

- 50 %** sociale en economische factoren
- 10 %** fysieke omgeving
- 15 %** biologie/genetische aanleg
- 25 %** gezondheidssysteem

RACISME IN DE GEZONDHEIDSSECTOR

Overall ter wereld maken gezondheidswerkers melding van racisme bij het uitvoeren van hun job¹⁹. Dat kan een reden zijn om de sector te verlaten. In Palestina krijgen Arabische gezondheidswerkers zelfs te maken met directe repressie vanuit de Israëlische staat.

Israëlisch geweld tegen gezondheidswerkers

“Bezet Palestijns gebied is een van de gevaarlijkste plekken ter wereld om als gezondheidswerker te werken.” Dat staat te lezen in een rapport van de Verenigde Naties.²⁰ Van checkpoints en blokkades tot regelrechte aanvallen. Het Israëlische apartheids-systeem zet Palestijnse gezondheidswerkers onder grote druk. Onze partners Bisan, Awda en Health Work Committees kunnen erover meespreken. Hun personeelsbestand is de voorbije 10 jaar fel gekrompen door de Israëlische repressie. Bij Awda raakten bijvoorbeeld 8 personeelsleden gewond

door het Israëlische geweld. Dat heeft een enorme psychologische impact. Angst, stress en depressie zijn niet ongewoon bij Palestijnse gezondheidswerkers. Bijna 20% van de Palestijnse verpleegkundigen geeft aan te lijden aan posttraumatisch stress-syndroom, een aandoening die ontstaat door bijzonder stresserende of traumatische situaties.

20%

van de Palestijnse verpleegkundigen geeft aan te lijden aan posttraumatisch stress-syndroom



PRIVATISERING EN COMMERCIALISERING,

WAT IS DAT EIGENLIJK?

Commerciële actoren in de gezondheidszorg stonden een krachtige aanpak van de Covid-19 pandemie in de weg. Toch staken overheden hun plannen om de openbare gezondheidszorg verder te

ontmantelen niet in de kast. De private sector speelt een steeds grotere rol in de gezondheidszorg.²¹ Hoe komt dat?

De wereldwijde markt voor **private gezondheidsdiensten met winstoogmerk** is met gemiddelde **jaarlijkse groeipercentages tussen de 6 en 8%** één van de snelst groeiende ter wereld.



DE ROL VAN INTERNATIONALE FINANCIËLE INSTELLINGEN

In de meeste lage-inkomenslanden zijn de Wereldbank (WB) en het Internationaal Monetair Fonds (IMF) de drijvende kracht achter de privatisering van de gezondheidssector. In de jaren 1980 legden ze met hun beruchte Structurele Aanpassingsprogramma's wurgende leenvoorwaarden op. De publieke gezondheidszorg kwam in veel landen op instorten te staan. Overheden moesten hun gezondheidssector openstellen voor buitenlandse investeerders en

strengere besparingen doorvoeren. Een plafond op de uitgaven voor lonen in de publieke sector zorgde voor onderbetaald en gedemotiveerd zorgpersoneel. Patiënten moesten plots meer zelf betalen om verzorgd te worden, met hoge gezondheidsuitgaven voor gezinnen tot gevolg. Onderzoek^{22/23} toont de negatieve impact van het beleid van de WB en het IMF op de volksgezondheid. Toch wijken deze instellingen niet van hun gekende draaiboek af.

“Voor de pandemie hadden 57 landen volgens de WHO een kritiek tekort aan zorgpersoneel. Toch adviseerde het IMF aan 24 van de 57 landen om de loonuitgaven in de publieke sector te bevriezen of zelfs te verlagen²⁴.”

Jasper Thys, beleids- en campagnemedewerker
bij Viva Salud

In 2020 besteedden 64 landen meer aan het afbetalen van schulden dan aan gezondheidszorg.

	Percentage van de overheidsinkomsten voor de afbetaling van schulden		De verhouding tussen schuldutgaven en gezondheidsuitgaven	
	2016	2020	2016	2020
Europa & Centraal-Azië	7.6	14.1	0.8	1.4
Latijns-Amerika & Caraïben	10.9	14.2	0.8	1
Sub-Sahara Afrika	8.1	14.6	1.1	2.1
Oost-Azië & Stille Oceaan	5.6	14.7	0.8	1.5
Zuid-Azië	7.7	27.1	1.0	2.6
Midden-Oosten & Noord-Afrika	13.1	42.3	1.0	1.5

Source : Eurodad calculations based on Roefintv.

Uit cijfers van Eurodad²⁵ blijkt dat sommige landen tussen 2016 en 2020 tot 42,3% van hun inkomsten aan buitenlandse schulden moeten uitbetalen.

In 2020 tot meer dan het dubbele van de uitgaven aan gezondheidszorg.

DE ROL VAN ONS ECONOMISCH SYSTEEM

Ons wereldwijde economische systeem is onrechtvaardig. Door oneerlijke handelsregels, belastingontduiking, wurgende leenvoorwaarden, decennialange schuldaflossingen en falend internationaal financieel beleid kunnen de meeste landen in de wereld hun pot met belastinggeld niet vergroten. Het belet lage-inkomenslanden om te investeren in de publieke gezondheidszorg en het zorgpersoneel. Jubilee Debt Campaign toonde vorige jaar aan dat 64 lage-inkomenslanden meer

uitgeven aan buitenlandse schuldeisers dan aan gezondheidszorg. De wereldwijde uitgaven voor schuldaflossing nemen bovendien jaar na jaar toe. Ze staan in de weg van noodzakelijke investeringen in publieke diensten. Net zoals tijdens de koloniale periode zijn voormalige kolonies verstrikt geraakt in een economisch systeem dat een kleine groep mensen ten goede komt, maar de meerderheid van de bevolking in onmenselijke omstandigheden laat leven.

Wereldwijd verliezen landen elk jaar meer dan

427 000 000 000\$

aan belastingontduiking.

Daarmee kunnen we jaarlijks het salaris van 34 miljoen verpleegkundigen betalen.





DE ROL VAN FILANTROPIE

Tijdens de jaren 1980 begonnen internationale instellingen, die na WOII werden opgericht om het publieke belang te dienen, partnerschappen met filantropen aan te gaan. Ondertussen bepalen die liefdadigheidsinitiatieven van de mondiale elite steeds meer de internationale gezondheidsagenda. De Bill & Melinda Gates Foundation is bijvoorbeeld de tweede grootste donor van de WHO omdat overheden steeds minder bijdragen. Ze bepalen zelf waar hun donaties voor gebruikt worden. Daardoor kan de WHO haar werk minder onafhankelijk uitvoeren. Filantropen hebben

vaak indirecte belangen in het bedrijfsleven en de industrie. Ze promoten de private sector als een centrale partner in hun werk en zijn een drijvende kracht achter publiek-private partnerschappen (PPP's). Dat zijn langetermijncontracten waarmee de privésector belangrijke infrastructuurprojecten of diensten opzet en uitbaat die overheden traditioneel uitvoeren, zoals ziekenhuizen, scholen of energievoorziening. Dat gaat te vaak ten koste van de mensenrechten en een echte duurzame ontwikkeling.

DE ROL VAN ONTWIKKELINGSSAMENWERKING

Meer dan een half miljard euro. Zoveel zou de Britse regering het voorbije decennium hebben uitgegeven om de private gezondheidszorg in tientallen lage-inkomenslanden te ondersteunen. Dat toont onderzoek van Global Justice Now aan. De onthullingen komen echter niet als een verrassing. Sinds de financiële crisis van 2007-2008 promoten regeringen en internationale instellingen de private sector als de sleutel tot duurzame ontwikkeling. Maar de praktijk toont dat de impact niet altijd kan worden aangetoond. De private sector

gebruikt het publiek geld bijvoorbeeld om het investeringsrisico weg te nemen, terwijl ze de winsten in eigen zakken houdt. Bovendien komt het geld vaak terecht op plekken waar er een stabiel investeringsklimaat is en de uitdagingen dus het minst groot zijn. Ook de Belgische ontwikkelingsbank 'BIO Invest' investeert op een indirecte manier via beleggingsfondsen en grote internationale vermogensbeheerders in privé-actoren in de gezondheidssector in lage-inkomenslanden.

**“De private sector
gebruikt het publiek geld”**

DEFINITIE

In de gezondheidszorg komen privatisering en commercialisering in alle soorten en maten. Essentieel is dat zorg een commercieel karakter krijgt, waarbij het maken van winst mogelijk wordt. Bij **commercialisering** worden een marktlogica en bedrijfsprincipes toegepast op het beleid en de systemen van publieke spelers. Bij **privatisering** worden gezondheidsdiensten, het gezondheidsbeleid en de productie van gezondheidsproducten gefinancierd en uitgevoerd door private spelers met winstoogmerk. In dit dossier verwijzen we met privésector naar alle soorten private spelers met winstoogmerk.

Mogelijke combinaties van publieke en private financiering en verstrekking

Verstrekking Financiering	Publiek	Privé non-profit	Privé commercieel
Publiek	Publieke overheidsdienst betaald via belastingen bv. NHS	Non-profit zorgsysteem betaald door de sociale zekerheid bv. België	Privé zorgverstrekkers die winst maken, betaald via sociale zekerheid
Privé	Publieke overheidsdienst betaald door de gebruikers of hun verzekering	Non-profit zorgsysteem betaald door de gebruikers of hun verzekering bv. Nederland	Privé zorgverstrekkers die winst maken, betaald door de gebruikers of hun verzekering bv. VS

Bron: WHO taskforce on health economics (1995) in E. Kondilis (2016), Privatization of healthcare in Europe.



BESPARINGEN EN COMMERCIALISERING: EEN DRAMA VOOR HET PERSONEEL

Een marktlogica leidt niet tot een betere gezondheidszorg voor iedereen. Als winstbejag en besparingen op de eerste plaats komen, daalt het respect voor waardige werkomstandigheden en de kwaliteit van de zorg.

SLECHTERE GEZONDHEID EN VEILIGHEID

Eén van de besparingsmethoden in de gezondheidssector is het beperken van de uitgaven voor gezondheid en veiligheid op het werk. Dat werd tijdens de coronapandemie pijnlijk duidelijk. Hoewel gezondheidswerkers hun werk in de gevarenszone uitvoerden, zorgden werkgevers bijvoorbeeld vaak



**Goedkoper,
meetbaarder,
efficiënter.**

voor te weinig bescherming. Tekorten aan mondklappers, alcoholgel en handschoenen maakten het personeel extra kwetsbaar voor besmetting. Volgens de WHO waren in mei 2021 na één jaar pandemie wereldwijd al ongeveer 115.000 gezondheidswerkers overleden aan Covid-19.

HOGERE WERKDruk

Wereldwijd laten gezondheidswerkers van zich horen. Ze zijn gefrustreerd over hun werkomstandigheden en de manier waarop ze hun werk moeten uitvoeren. Door de pandemie verlieten heel wat mensen de gezondheidssector. Daardoor komt het werk nu op veel minder schouders terecht. De werkdruk is enorm en het beroep vraagt alsmaar meer van het personeel. Goedkoper, meetbaarder, efficiënter. Time-management en papierwerk hebben plaatsgemaakt voor een goede zorg voor de patiënt.

Je ziet het ook in rusthuizen. Vooral waar private spelers de zorg uitbaten. Geen tijd voor een praatje met de patiënt, alles tot op de minuut gechronometreerd. De kwaliteit van de zorg gaat omlaag en het zorgpersoneel haalt geen voldoening meer uit de job. Stress, fysieke klachten en burn-out zijn het onvermijdelijke gevolg. Door langdurige afwezigheid bij het personeel wordt de werkdruk bij anderen nog groter.

MINDER ZEKERHEID

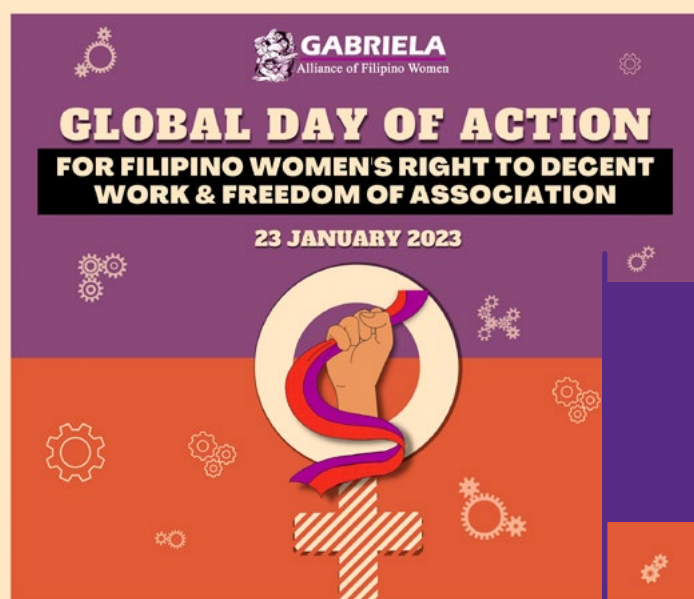
Tijdens de pandemie klonk luid applaus voor het zorgpersoneel. Maar van echte steun is vandaag nog steeds geen sprake. De werkomstandigheden voor het gezondheidspersoneel blijven erg onzeker. Vooral in de privésector. Onderzoek uit Catalonië²⁶ toont aan dat verpleegkundigen in de privésector vaker aan lagere lonen en met onregelmatige uurroosters werken dan in de publieke sector. Dat heeft een enorme impact op hun mentale en fysieke gezondheid. Bovendien is interimarbeid wereldwijd aan een opmars bezig. Het wordt steeds moeilijker

om aan een vast contract te komen. In de groeiende privésector in India zijn vaste contracten bijvoorbeeld zeldzaam. Daardoor wordt het zorgpersoneel er vaak minder of net boven het minimumloon betaald²⁷. Soms zijn de loonvoorwaarden in de privésector aantrekkelijker dan in de publieke sector, maar door onzekere contracten bouwt het personeel minder rechten op voor pensioen, ziekte of werkloosheid. Bovendien worden overuren niet altijd gecompenseerd en het risico om plotseling ontslagen te worden is erg groot.

ZWAKKERE VAKBONDEN

Samen staan we sterk! Dat is de kracht van vakbonden. Zij brengen het gezondheidspersoneel samen en voeren met één stem actie. Ze vormen dé hefboom om ongezonde werkomstandigheden op een gerichte manier aan te pakken. Vakbonden onderhandelen betere loonvoorwaarden, spreken zich uit over de losgeslagen flexibiliteit en zorgen ervoor dat de rechten van het personeel worden gerespecteerd. Maar in de privésector is veel minder personeel lid van een vakbond. In Polen gaat het bijvoorbeeld over amper 5%.

Hier en daar verliezen gezondheidswerkers zelfs hun job omdat ze zich aansluiten bij een vakbond. En sommige private gezondheidsbedrijven doen er alles aan om de vorming van een vakbond te voorkomen. Dat fenomeen noemen we *union busting* en gaat in tegen artikel 23 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM): iedereen heeft het recht om een vakbond op te richten en/of zich daarbij aan te sluiten.



**SAMEN
STAAN WE STERK!**

“PERSONEELSTEKORTEN KOSTEN MENSENLEVENS!”

Die boodschap weerklonk sinds december 2022 meermaals in het Verenigd Koninkrijk. Voor het eerst in de geschiedenis legden tienduizenden verpleegkundigen er het werk neer. Met hun historische stakingen riepen ze op om de NHS, de Britse nationale gezondheidsdienst, te versterken.

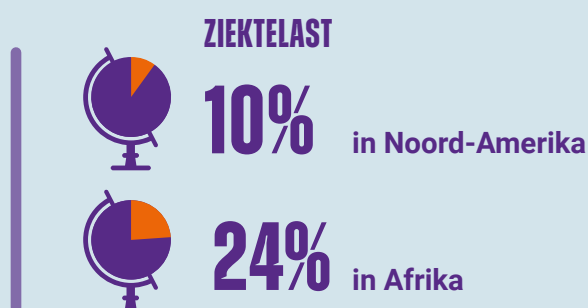
In dezelfde periode, op 10 januari 2023, besloot de conservatieve regering in het Verenigd Koninkrijk om een controversiële stakingswet voor te leggen aan het parlement. De stakingswet zou de overheid en werkgevers toelaten om werknemers te verplichten een minimale dienstverlening te voorzien tijdens stakingsacties²⁸. Het wetsvoorstel is van toepassing op onder meer de gezondheids- en onderwijssector. Dit zijn net de sectoren die massaal op straat kwamen de voorgaande maanden. Het wetsvoorstel maakt het voor werkgevers gemakkelijker om stakende werknemers te ontslaan en om vakbonden te vervolgen. Een slag in het gezicht van werknemers in de Britse publieke sectoren, die de stakingen als een laatste reddingsmiddel zien tegen de ondraaglijke levenskosten in het Verenigd Koninkrijk²⁹.



BRAIN DRAIN

Het uitbesteden van de gezondheidszorg aan commerciële investeerders is ten slotte schadelijk voor de openbare sector. Schaarse talenten en middelen, zoals gezondheidswerkers en financiering, worden namelijk afgeleid. Zo kan de privésector in een land, of het medisch toerisme in buurlanden, gezondheidswerkers wegllokken uit de openbare sector door hogere lonen te bieden. Die zogenaamde interne en internationale *brain* of *care drain* leidt tot tekorten aan zorgpersoneel in de openbare sector en op het platteland. Met als gevolg een gebrekkige toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor grote delen van

de bevolking. Vooral lage-inkomenslanden worden getroffen. Zij zien veel van hun gezondheidswerkers wegtrekken naar hoge-inkomenslanden, die hun eigen tekorten proberen oplossen door er elders te veroorzaken. Lage-inkomenslanden dragen de kost voor de opleiding van de gezondheidswerker, hoge-inkomenslanden plukken er de vruchten van mee. De Internationale Organisatie voor Migratie schat dat lage-inkomenslanden jaarlijks 500 miljoen dollar verliezen aan de migratie van gezondheidswerkers naar hoge-inkomenslanden.



WERKOMSTANDIGHEDEN IN DRC: EEN STUDIE

Etoile Du Sud (EDS) en Si Jeunesse Savait (SJS), twee partnerorganisaties van Viva Salud, namen in 2022 enquêtes af bij 1.330 gezondheidswerkers uit Kinshasa, Noord-Kivu en Katanga. Ze bevroegen artsen, verpleegkundigen en apothekers over de werkomstandigheden in de zorgsector. Uit het onderzoek blijkt dat 74% van de respondenten het eens is dat er een tekort is aan gezondheidswerkers

met een kwaliteitsvolle opleiding in het land. Op het platteland loopt dit zelfs op tot 91%. De werkomstandigheden op het platteland én in de ondergefinancierde publieke sector blijken ronduit het slechtst. Slechte werkomstandigheden en lage lonen worden aangegeven als de belangrijkste factoren voor tekorten in de zorgsector. Ze zetten sommige Congolese gezondheidswerkers er toe aan om in het buitenland of in de privésector te gaan werken.

Een respondent getuigt:

“Wanneer gezondheidswerkers ervoor kiezen om voor een publieke dienst te blijven werken, heeft dat met jobzekerheid te maken. Het is moeilijk voor de overheid om iemand te ontslaan. Maar wanneer het gaat over werkomstandigheden, leefomstandigheden en salaris doen de privésector, ngo’s en de zorgsector in het buitenland het beter. Daardoor werken er veel minder goed opgeleide gezondheidswerkers voor de publieke diensten. En aangezien de overheid er zich bewust van is dat ze het zorgpersoneel slecht betalen, weten ze dat kwaliteitscontroles zinloos zijn.”

DE WINSTHONGER VAN BIG PHARMA VS. GEZONDHEIDSWERKERS

Big Pharma maakte bergen winst de voorbije jaren. In 2022 verdiende Pfizer 100 miljard dollar. Een record. En evenveel als de totale gezondheidsuitgaven van 100 landen samen. Toch kan de Covid-vaccinatiecampagne amper een succes worden genoemd. Zeker voor gezondheidswerkers

in lage-inkomenslanden. Eind 2021, na een jaar vaccineren, was daar amper 1 op 3 gezondheidswerkers gevaccineerd. Ondanks het feit dat zorgwerkers als prioritaire groep voor coronavaccinatie werden aangeduid. De winsthonger van Big Pharma is dodelijk voor gezondheidswerkers.

De winsthonger van Big Pharma
**IS DODELIJK
VOOR GEZONDHEIDSWERKERS**

In 2022 verdiende Pfizer

100 000 000 000\$

DE WEG VOORUIT

ZORGEN VOOR
DE ZORG

We moeten investeren in het zorgpersoneel en een sterke publieke gezondheidszorg. Dat is nu wel duidelijk. Hoe zorgen we voor de zorg?

STERKE VAKBONDEN EN SOCIALE BEWEGINGEN

Sociale bewegingen en vakbonden spelen een centrale rol in de verbetering van de werkomstandigheden in de zorgsector. Ze vormen een georganiseerde collectieve kracht die de stem van het zorgpersoneel laat horen. Ze bundelen hun frustraties en bezorgdheden en zetten die op de politieke agenda als partner in de sociale dialoog. Vakbonden pleiten op het nationale niveau ook voor de ratificatie van internationale instrumenten en conventies voor betere werkomstandigheden in de zorgsector en spelen een sleutelrol in hun implementatie.

De vrijheid van vereniging en het recht op collectieve onderhandelingen zijn belangrijke principes in internationale wetgeving. Het zorgpersoneel en de vakbonden moeten betrokken zijn bij de besluitvorming over hun beroep en de ruimte krijgen om van zich te laten horen. Toch respecteren niet alle landen van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) die principes. Daarom is de strijd voor betere werkomstandigheden ook een strijd voor sterke sociale actie en meer democratische ruimte. Het is cruciaal dat vakbonden op internationaal niveau de handen in elkaar slaan om deze problemen aan te pakken.



EEN RECHTVAARDIGE MONDIALE ECONOMIE

Er is kolossale rijkdom beschikbaar om te investeren in de openbare gezondheidszorg en de verbetering van de werkomstandigheden in de zorgsector. Maar die rijkdom blijft in de foute handen. Volgens Oxfam³¹ verdubbelde tijdens de pandemie de rijkdom van de 10 rijkste mannen op de planeet, terwijl 99% van de wereldbevolking erop achteruit ging. Met een rechtvaardigere verdeling van de middelen, zouden regeringen meer kunnen investeren in sterke publieke diensten en fatsoenlijke jobs in de publieke sector. Maar het vraagt felle sociale actie en gedurfde beleidsvoorstellen om tot een sociaal rechtvaardig economisch systeem te komen. Schuldkwijtschelding, internationale belastingrechtvaardigheid en eerlijke handelsverdragen moeten centraal staan in de discussies over betere werkomstandigheden.



ONTWIKKELINGSSAMENWERKING VOOR PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG

We weten dat een sterke publieke gezondheidszorg de beste manier is om het recht op gezondheid van iedereen te beschermen en te bevorderen. De voorbije decennia is de publieke gezondheidszorg echter in te veel landen ontmanteld en verzwakt. Internationale financiële instellingen, Big Pharma, verzekeringskantoren en zelfs de internationale ontwikkelingssamenwerking spelen allemaal een rol. Het is van cruciaal belang dat publieke middelen bedoeld voor de duurzame ontwikkeling van de gezondheidssector in lage-inkomenslanden niet gebruikt worden om de privatisering van de gezondheidssector verder aan te moedigen. Regeringen die aan ontwikkelingssamenwerking doen op vlak van gezondheid moeten zich ertoe verbinden om de uitbouw van een sterke publieke gezondheidszorg te ondersteunen in de (ontvangende) landen. Ze moeten garanderen dat ze de Officiële Ontwikkelingshulp (ODA) niet gebruiken om te investeren in private gezondheidsbedrijven met winst oogmerk of om publiek-private partnerschappen te promoten.



STERKE **INTERNATIONALE** **AFSPRAKEN**

Er bestaat een waaier aan internationale instrumenten, verklaringen en conventies om de werkomstandigheden in de zorgsector veiliger en gezonder te maken. Die zijn belangrijk omdat ze een kader vormen voor de regels op nationaal niveau. Op 10 juni 2022 erkenden de leden van de IAO 'veiligheid en gezondheid op het werk' bijvoorbeeld als een fundamenteel principe. Een andere grote verwezenlijking was de aanname van conventie 190, het eerste internationale verdrag dat het recht op een werkomgeving vrij van geweld en pesterijen verklaarde. De WHO lanceerde ook al meerdere actieplannen om lidstaten te begeleiden bij het ontwikkelen van beleid voor hun gezondheidswerkers.



Er worden dus veel gesprekken gevoerd op internationaal niveau om zorgwerkers te versterken en hun arbeidsomstandigheden te verbeteren. Helaas blijven deze richtlijnen op lokaal niveau grotendeels onuitgevoerd omdat zij niet bindend zijn. Vaak ontbreekt de inbreng van de gezondheidswerkers zelf en is er te weinig afdwingbaarheid. Er moeten meer gegevens worden verzameld, sterkere controlemechanismen worden ingebouwd en meer verantwoordingsplicht worden ingevoerd om de uitvoering op het nationale en internationale niveau te garanderen.

EEN **ALTERNATIEF** **GEZONDHEIDSMODEL**

Stel je voor. Een gezondheidsmodel waarin patiënten en gezondheidswerkers voor de financiële cijfers komen. Waarbij patiënten geen angst moeten hebben voor torenhoge gezondheidsuitgaven en het zorgpersoneel opnieuw echt de tijd krijgt om voor patiënten te zorgen. Kortom, een model waarin zorgfabrieken worden ingeruild voor sociale wijkgezondheidscentra. Een verre droom? Of een haalbare overwinning? Toch vooral het tweede!

“In ons land bestaan al meer dan vijftig jaar wijkgezondheidscentra”

In ons land bestaan al meer dan vijftig jaar wijkgezondheidscentra. Ze werken anders dan het prestatiesysteem bij gewone groepspraktijken, waar dokters per consultatie worden betaald en waar er

vaak te weinig tijd is voor overleg en zorgplanning. In de wijkgezondheidscentra werkt een team van professionals, van de kinesist en de diëtist tot de psycholoog en de verpleegkundige, nauw samen om de gezondheid van patiënten te verbeteren. Ze vullen elkaars kennis en expertise aan en hebben een brede kijk op de gezondheid van hun patiënten. Ze maken de brug tussen individuele problemen van patiënten en de maatschappelijke oorzaken van die problemen en helpen zo de sociale ongelijkheid te verkleinen. Voorkomen dat mensen ziek worden is hun belangrijkste bezorgdheid. Dicht bij de mensen, ver weg van de winsthonger.



WIJKGEZONDHEIDSCENTRA

Wat maakt het zorgwerk in de wijkgezondheidscentra anders? En waarom is dat beter voor het zorgpersoneel?

Janneke Ronse,
de voorzitter van Geneeskunde voor het Volk, legt uit.

Waarom kies je voor een beroep in de zorg? Omdat je voor mensen wil zorgen. We durven soms vergeten hoe belangrijk werkvreugde is. Als je niet echt kan zorgen, loop je op de lange termijn tegen een muur. In de gezondheidszorg zijn er dubbel zoveel burn-outs als in andere sectoren.

Bij GVHV werken we veel in teamverband. Onze collega's denken samen na over de beste zorg voor de patiënten in hun praktijk. Psychologen, verpleegkundigen, diëtisten en huisartsen werken samen over disciplines heen. Administratief werk wordt uitbesteed aan specialisten. Zorgverleners focussen zich op de zorg.

Bovendien letten we heel erg op de balans tussen werk- en gezinsleven. Onze collega's hebben een duidelijk uurrooster met een normale 38-uren week. Ze moeten niet elk weekend werken, doen niet alle avondshifts of kloppen geen 60 uren in een week.

Ten slotte doen we bij GVHV veel projecten die medisch en politiek met elkaar kruisen. In onze praktijk worden we dagelijks geconfronteerd met maatschappelijke problemen, zoals lange wachtlijsten voor psychologische zorg of gezondheidsproblemen door ziekmakend werk. Als collega's zich kunnen verdiepen in een probleem en er samen mee aan de slag kunnen, in de praktijk maar ook daarbuiten, is dat een grote meerwaarde voor hun motivatie.

DOE MEE EN BLIJF OP DE HOOGTE

BLIJF OP DE HOOGTE
van de strijd van
gezondheidswerkers
wereldwijd.



www.vivasalud.be



[vivasaludbe](https://www.facebook.com/vivasaludbe)



[vivasaludbe](https://www.instagram.com/vivasaludbe)



[vivasaludbe](https://twitter.com/vivasaludbe)



Ontvang wekelijkse campagne-updates
via WhatsApp door een berichtje te sturen
met "ik schrijf me in" naar **0470 82 72 22**
of scan onderstaande QR-code.



Op internationaal is niveau
is Viva Salud actief in de
wereldwijde beweging voor
het recht op gezondheid,
People's Health Movement.

phmovement.org

Volg de wereldwijde
strijd van het
zorgpersoneel tegen
de privatisering van
gezondheid.

peoples-health-dispatch.ghost.io

DOE EEN GIFT

Dankzij jouw gift kunnen sociale bewegingen druk blijven uitoefenen en de privatisering en commercialisering van onze gezondheidszorg tegengaan.



Steun de campagne Zorgen voor de Zorg door een gift te doen op het rekeningnummer **BE17 5230 8138 7321** van Viva Salud (mededeling: Zorg-Soin)
Steun online via vivasalud.koalect.com.

KOM IN ACTIE

Bekijk op onze website wat jij kan ondernemen om zorgwerkers wereldwijd te steunen en beleidsmakers op hun verantwoordelijkheden te wijzen.

DEEL JOUW ERVARING

Ben of ken jij een gezondheidswerker? Wil je graag getuigen over slechte werkomstandigheden in de zorgsector en zo de strijd steunen van gezondheidswerkers overal ter wereld? Stuur een mailtje naar nicky@vivasalud.be.



BRONNENLIJST

- 1 International Council of Nurses. (2021). The Global Nursing Shortage and Nurse Retention.
- 2 World Health Organization: WHO. (2019, 7 augustus). Health workforce. <https://www.who.int/health-topics/health-workforce>
- 3 Meeussen, C. (2022, 20 mei). Bijna helft verpleegkundigen op intensieve denkt aan stoppen. De Standaard. https://www.standaard.be/cnt/dmf20220519_97761884
- 4 Ollevier, I. (2022, 15 december). Voor de eerste keer in de geschiedenis staken de verpleegkundigen in Engeland, Wales en Noord-Ierland. [vrt.nws.be](https://www.vrt.nws.be).
- 5 Sommige manifestanten werden geslagen, geschopt, mishandeld en verwond. Anderen werden gearresteerd en nadien weer vrijgelaten.
- 6 World Health Organization: WHO. (2022, 7 november). Occupational health: health workers. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- 7 World Health Organization: WHO. (2022, 7, november). Occupational health: health workers. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- 8 Peoples Dispatch. (2022, 3 november). IMF's pinkwashing has multifold effects on women's health. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2022/11/03/imfs-pinkwashing-has-multifold-effects-on-womens-health/>
- 9 World Health Organization. (2019). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. World Health Organization.
- 10 Peoples Dispatch. (2022, 3 november). IMF's pinkwashing has multifold effects on women's health. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2022/11/03/imfs-pinkwashing-has-multifold-effects-on-womens-health/>
- 11 Peoples Dispatch. (2022, 3 november). IMF's pinkwashing has multifold effects on women's health. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2022/11/03/imfs-pinkwashing-has-multifold-effects-on-womens-health/>
- 12 Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76, 927-937. Retrieved from <https://oem.bmj.com/content/76/12/927>.
- 13 Lakew, K. (2022). Sexual harassment and abuse in the health sector: data are needed to inform our response. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.o2268>
- 14 Tabaac, A., Perrin, P. B., & Benotsch, E. G. (2018). Discrimination, mental health, and body image among transgender and gender-non-binary individuals: Constructing a multiple mediational path model. *Journal of gay & lesbian social services*, 30(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/10538720.2017.1408514>
- 15 Global Deal. (2022, 12 april). Global Deal Conference - Session 3: Improving occupational health and safety [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=sV9EzWBMhSw>
- 16 Hanson, K., Brikci, N., et al. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10(5), E715-E772. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00005-5)
- 17 Nepomnyashchii, L., Westgate, C., Wang, A., Olsen, H., Yadav, P., & Ballard, M. (2020). Protecting community health workers: PPE needs and recommendations for policy action. Center for Global Development cited in [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00311-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00311-4/fulltext)
- 18 NLGN. (2012). Healthy Places: Councils leading on public health. In www.newlocal.org.uk. https://www.newlocal.org.uk/wp-content/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf
- 19 Sillis, M. (2022, 12 mei). Sociale professionals getuigen over racisme in de zorg. Sociaal.Net. <https://sociaal.net/achtergrond/sociale-professionals-getuigen-racisme-in-de-zorg/>
- 20 United Nations. (2019). Report of the UN Commission of Inquiry on the 2018 protests in the OPT (A/HRC/40/74). <https://www.ohchr.org/en/hr-bodies/hrc/co-iopt/report2018-opt>
- 21 Ben je na dit dossier niet uitgelezen? Ontdek ons dossier 'Waarom de publieke gezondheidszorg beter is': <https://www.vivasalud.be/wp-content/uploads/2020/02/Waarom-publieke-gezondheidszorg-beter-is.pdf> (Stendam, J. (2019). Waarom publieke gezondheidszorg beter is. In *Viva Salud*. EPO. <https://www.vivasalud.be/wp-content/uploads/2020/02/Waarom-publieke-gezondheidszorg-beter-is.pdf>)
- 22 Forster, T., Kentikelenis, A., Stubbs, T., & King, L. (2020). Globalization and health equity: The impact of structural adjustment programs on developing countries. *Social Science & Medicine*, 267, 112496. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112496>
- 23 Thomson, M. J., Kentikelenis, A., & Stubbs, T. (2017). Structural adjustment programmes adversely affect vulnerable populations: a systematic-narrative review of their effect on child and maternal health. *Public health reviews*, 38(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0059-2>
- 24 IMF tells countries facing critical health worker shortages to cut public employment funding. (2020, 22 juni). PSI - The global union federation of workers in public services. <https://publicservices.international/resources/news/imf-tells-countries-facing-critical-health-worker-shortages-to-cut-public-employment-funding?id=10904&lang=en>
- 25 The Care Contradiction: The IMF, Gender and Austerity. (2022). In ActionAid International. <https://actionaid.org/sites/default/files/publications/The%20Care%20Contradiction%20-%20The%20IMF%20Gender%20and%20Austerity.pdf>
- 26 Fité-Serra, A. M., Gea-Sánchez, M., Alconada-Romero, Á., Mateos, J. C. P., Blanco-Blanco, J., Barallat-Gimeno, E., Roca-Llobet, J., & Muntaner, C. (2019). Occupational Precariousness of Nursing Staff in Catalonia's Public and Private Nursing Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4921. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244921>
- 27 Nagarajan, R. (2019, 5 december). Delhi: Nurses make less than your plumber. *The Times of India*. <https://timesofindia.indiatimes.com/city/delhi/nurses-make-less-than-your-plumber/articleshow/72374665.cms>
- 28 <https://bills.parliament.uk/bills/3396>
- 29 Peoples Dispatch (2023, 3 februari). Massive workers' rallies across UK defend the right to strike. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2023/02/03/massive-workers-rallies-across-uk-defend-the-right-to-strike/>
- 30 Stella C. E. Anyangwe and Chipayeni Mtonga (2007). Inequities in the Global Health Workforce: The Greatest Impediment to Health in Sub-Saharan Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 4(2), 93-100.
- 31 Oxfam International. (2022, 17 januari). Ten richest men double their fortunes in pandemic while incomes of 99 percent of humanity fall. Oxfam International. <https://www.oxfam.org/en/press-releases/ten-richest-men-double-their-fortunes-pandemic-while-incomes-99-percent-humanity>

Deze paper werd

- **geschreven** door Nicky Gabriëls en Jasper Thys,
- **verbeterd** door de toegewijde hulp van verschillende collega's, vrijwilligers en partnerorganisaties van Viva Salud,
- **ontwikkeld** met de steun van het Belgische Directoraat-generaal voor ontwikkelingssamenwerking en humanitaire hulp (DGD) en Wallonie-Bruxelles International (WBI),
- **ontworpen** door Switch,
- **gedrukt** door EPO.



GABRIELA
National Alliance of Filipino Women

geneeskunde
voor het volk



KARAPATAN





Viva Salud vzw
Haachtsesteenweg 53
1210 Brussel
02 209 23 65
info@vivasalud.be
www.vivasalud.be
Rekeningnummer: BE17 5230 8138 7321

**ZORGEN VOOR
DE ZORG**