

**De gezondheid en sociale
bescherming zijn niet te koop!**



**Manifest van het Europees Netwerk tegen
de Privatisering en Commercialisering van
de Gezondheid en Sociale Bescherming**

Brussel, 7 februari 2014

Inhoudstafel

De gezondheid van de Europese burgers is in gevaar!	2
Sociale bescherming: een succesverhaal	5
De commercialisering zet zich met rasse schreden door	7
Het globale Zuiden als proefkonijn.	7
Oost-Europa op zoek naar een sociaal model.	8
Publieke onderinvestering en financiële globalisering.	9
Maastricht als keerpunt: Europa krijgt zeggenschap over gezondheid!.	11
Crisis, besparingen en gezondheid.	14
Armoede: een ernstige ziekmaker.	14
Blind besparingsbeleid: de gezondheidszorg onder druk.	15
Crisis en besparingen: de weg ligt open voor privé-investeringen in de zorg.	18
Het gezondheidspersoneel betaalt het gelach.	19
Gender en gezondheid.	20
Besparingen, gezondheid en migratie.	21
De grote trans-Atlantische handelszone tegen het belang van de bevolking, haar gezondheid en sociale bescherming	23
Dringende actie vereist. Onze eisen.	25
Referenties en voetnoten.	27





De gezondheid van de Europese burgers is in gevaar!

De - vaak blinde - besparingsmaatregelen waarmee de Europese Unie landen dwingt hun overheidstekort terug te schroeven, vormen niet alleen een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid en voor patiënten en gezondheidswerkers. Ook de ruimere mechanismen van sociale bescherming, de financiering van de gezondheidszorg voorop, komen hiermee onder zware druk te staan.

Het Europees Netwerk tegen de Privatisering en Commercialisering van de Gezondheid en Sociale Bescherming bestrijdt al meerdere jaren de nefaste gevolgen van de ontmanteling van gezondheidssystemen en sociale beschermingsmaatregelen. Die laatste speelden nochtans een cruciale rol in de ontwikkeling van het welzijn van de Europese burgers sinds de Tweede Wereldoorlog. Vandaag maakt de verslechterende gezondheid van een aanzienlijk deel van de Europese bevolking het voorwerp uit van een hele reeks sociale protesten en mobilisaties, in het bijzonder in het Zuiden van Europa. De snelle opkomst van privé-aanbieders die de publieke, niet commerciële gezondheidsdiensten gaan verdringen, is brandend actueel: sinds het begin van de financiële crisis swingt de groei van de “for-profit” sector de pan uit. Twee recente gevallen ter illustratie:

In september 2013 kocht het Duitse Fresenius 43 ziekenhuizen over van het bedrijf Rhön-Klinikum AG. Met 175.000 werknemers wereldwijd werd Fresenius daarmee de onbetwiste Europese marktleider wat betreft commerciële ziekenhuizen. Duitsland beleefde trouwens een van de grootste privatiseringsgolven in Europa. Tussen 1995 en 2010 verdubbelde het aanbod van privéziekenhuizen om af te tikken op ruim 33% van totale aanbod. Dat totale aanbod van ziekenhuizen nam in dezelfde periode met 11% af, volgens gegevens van het Duitse nationale bureau voor statistiek Destatis. De Franse Korian groep, gespecialiseerd in commerciële rusthuizen, fuseerde ook al in september 2013 met de Medica groep. Mede hierdoor domineert Korian nu de Europese markt van dit zogenaamde “grijze goud”. En hoewel de commerciële gezondheidssector in landen als Frankrijk al sinds geruime tijd een groot deel van het aanbod uitmaakt, lijken de multinationals nu een versnelling hoger te schakelen met als enige betrachting het maken van nog grotere winsten.

Gezondheid, wat een gemeenschappelijk goed en recht voor de ganse bevolking moet zijn, is in Europa ten prooi gevallen aan de logica van de vrije markt.

Dat is meteen ook de inzet van dit manifest. Het alarmeren en sensibiliseren van de bevolking en gezondheidswerkers over de gevolgen van dit privatiserings- en commercialiseringsbeleid enerzijds en langs de andere kant het interpellieren van regeringen en kandidaten voor de Europese verkiezingen van 25 mei 2014 aangaande deze kwestie.

Het manifest is het resultaat van een participatief proces binnen het Europees Netwerk dat over verschillende maanden liep. Op basis van een uniforme vragenlijst werd in meer dan 15 Europese landen informatie verzameld over de aan de gang zijnde mechanismen met een negatieve impact op de gezondheid. Er werd daarbij gezocht naar parallelle processen, zonder de specificiteit van

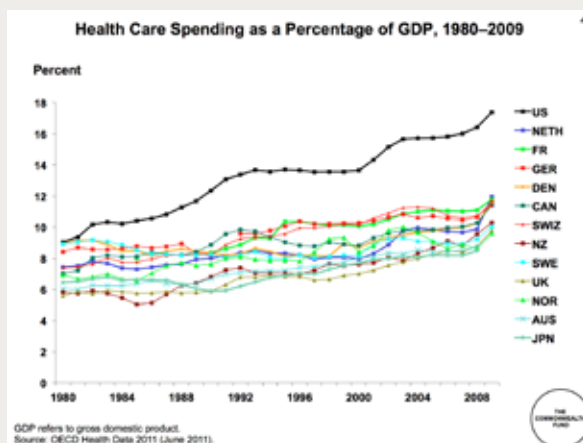
de lokale context te verliezen. Op die manier verkregen we inzicht in onder meer de algemene gezondheidstoestand van de bevolking, de afbraak van sociale beschermingsmaatregelen, de privatisering en commercialisering van de gezondheid en de financiering van de gezondheidszorg. Maar dit proces beoogde evenzeer een versterking van het lokale niveau door het samenbrengen van actoren voor het maken van analyses, opstellen van gezamenlijke strijdpunten en creëren van allianties voor de verdediging van een solidair en universeel model van gezondheid en sociale bescherming. De deelnemers engageren zich om dit dossier op een zo groot mogelijke schaal te verspreiden, de nationale kandidaten voor de Europese verkiezingen te interpellieren rond de centrale vraag: “Welk gezondheidsmodel staat u voor, binnen welk soort Europa?”, en vooral de kiezers te sensibiliseren over wat er op het spel staat.

De reden om voor gezondheid te opteren als insteek voor dit proces van analyse en mobilisering is driedelig:

In de eerste plaats is gezondheid iets wat ons allen aanbelangt. Of we nu gebruikers van gezondheidsdiensten zijn of gezondheidswerkers, we streven hetzelfde na: een kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg.

Daarnaast zijn de nefaste gevolgen van de commercialisering voor de gezondheid niet alleen duidelijk identificeerbaar; ze zijn ook exemplarisch voor het onder druk komen te staan van ons volledige model van sociale bescherming.

Bovendien is het wetenschappelijk aangetoond dat het model dat we voorstaan, zijnde niet-commercieel, solidair en universeel, veel efficiënter is dan het private for-profit alternatief. De dogma's van een neoliberaal beleid kunnen niet zomaar gepredikt en toegepast worden wanneer het gaat over gezondheid: gezondheid is geen koopwaar!



Vergelijking Verenigde Staten met andere OESO-landen

Evolutie van de totale gezondheidsuitgaven als % van het BNP in de VS en andere OESO-landen in de periode 1980–2009
Bron: OECD (2011)



1. Sociale bescherming: een succesverhaal

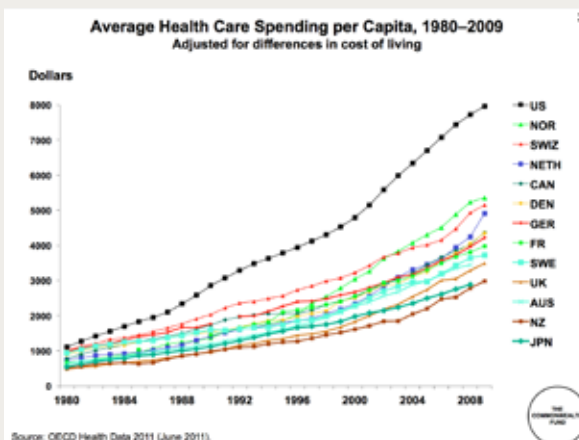
Tot aan de crisissen van de jaren '70 en '80 van vorige eeuw, werd de periode na de Tweede Wereldoorlog in Europa gekenmerkt door de geleidelijke verdere uitbouw van de verzorgingsstaat. De collectieve financiering van de zorguitgaven, zij door de staat (via het zgn. Beveridge model), zij het via een model van sociale verzekering, liet de uitbouw van een solidair zorgsysteem toe, toegankelijk voor iedereen, en droeg aldus in zeer belangrijke mate bij tot de continue verbetering van de gezondheidsstatus van de Europese bevolking.

Het overheidsbeleid, in het kader van de heropbouw van een door de oorlog vernietigd Europa, zorgde niet alleen voor de implementering van een aantal van de meest performante gezondheidssystemen ter wereld, maar liet ook toe aanzienlijk in te zetten op het verbeteren van de belangrijkste **determinanten van gezondheid**: toegang tot huisvesting, voeding, onderwijs, werk, cultuur, uitbouw van het transportnetwerk, de landbouw, Bij de wetenschap dat 75% van de volksgezondheid door deze determinanten bepaald wordt, begrijpt men onmiddellijk het belang van een holistische visie op gezondheid en sociaal beleid. Afdoende en op lange termijn investeren in dergelijk **preventief** beleid is onontbeerlijk voor het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van de bevolking.

"The spirit of 45", om de Britse cineast Ken Loach te citeren, was als dusdanig de drijvende kracht achter een enorme verbetering van de levensomstandigheden in Europa en werd mogelijk gemaakt dankzij publieke en/of niet-commerciële sociale dienstverlening.

De precieze inrichting van de naoorlogse verzorgingsstaat nam weliswaar verschillende vormen aan, toch kunnen een aantal gemeenschappelijke kenmerken naar voor geschoven worden.

In de eerste plaats stellen deze organisaties, verantwoordelijk voor de implementering van het sociaal beleid, zich als **maatschappelijk doel** het verbeteren van het welzijn van de bevolking. Het maken



Vergelijking Verenigde Staten met andere OESO-landen

Evolutie van de gemiddelde uitgave voor gezondheid per inwoner (in USD aangepast voor koopkracht) in de VS en andere OESO-landen in de periode 1980-2009

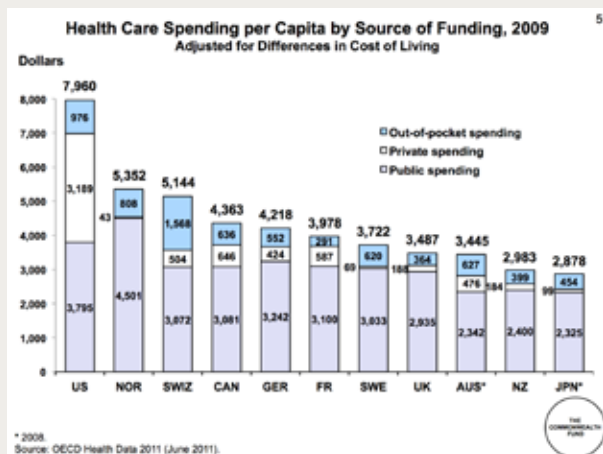
Bron: OECD (2011)

van winst voor de uitbetaling van lucratieve dividenden aan aandeelhouders is niet aan de orde. Opdat dat maatschappelijk doel kan verwezenlijkt is het garanderen van **toegankelijke** diensten een absolute voorwaarde. Toegankelijkheid betreft zowel het wegwerken van financiële barrières maar ook die van culturele, geografische, administratieve, logistieke aard. Daarnaast staat het principe van universaliteit centraal: kwaliteitsvolle zorg dient aan elke burger gegarandeerd te worden, ongeacht diens financiële draagkracht. Dat vereist bijgevolg een solidaire collectieve **financiering** van de gezondheidsdiensten, zij het via een systeem van sociale bijdragen (veelal gelinkt aan formele tewerkstelling), zij het hetzij op basis van een algemeen overheidsbudget (via belastinginkomsten) en dus niet een gedifferentieerde financiering op basis van risicoselectie (of u oud of jong bent, vatbaarder bent voor bepaalde gezondheidsrisico's, etc.)

Daarnaast worden deze gezondheidsdiensten aangeboden door **niet-commerciële**¹ operatoren. Vaak hebben die een publiek en gedecentraliseerd karakter (bijv. op regionaal of gemeentelijk niveau), al kunnen zij ook door de centrale administratie georganiseerd worden, zoals o.a. het geval is voor de NHS in het Verenigd Koninkrijk. Mogelijkerwijs staan privé-aanbieders in voor de dienstverlening, zij het dat zij dan geen winstoogmerk hebben. De centrale overheid verleent hen de daartoe nodige toestemming en financiële ondersteuning in een soort van onderaanneming (zie bijv. België).

Welke vorm deze zorgaanbieders ook aannemen (publiek en/of privaat not-for-profit), ze zijn steeds onderworpen aan strikte **controle** door de overheidsdienst waarvan zij afhangen. Deze controlemechanismen kunnen verschillen van land tot land, al betreft het overwegend normen die betrekking hebben op de "input" (normen wat betreft infrastructuur, personeel, ...) of op de "output" (kwaliteit van de geleverde diensten, gezondheidsstatus van de behandelde patiënten, ...).

Deze externe controle wordt daarnaast vaak aangevuld door de participatie van vrijwillige gebruikerscomités en/of interne controle door gezondheidswerkers zelf. Vele maatregelen aangaande de transparantie van de activiteiten vervolledigen dit mechanisme van "democratische controle".



Vergelijking Verenigde Staten met andere OESO-landen

Gemiddelde gezondheidsuitgave per capita volgens financieringsbron (in USD aangepast voor koopkracht) in 2009

Bron: OECD (2011)



Binnen deze geest heeft zich een “**management**” ontwikkeld erop gericht om de middelen (menselijke, financiële, materiële en organisationele) waarover het beschikt optimaal in te zetten ten gunste van het welzijn van zowel de gebruikers als werknemers (c.q. arbeidsomstandigheden) van de gezondheidsdiensten. De zorgaanbieders zijn tot een kwalitatieve dienstverlening gehouden middels het maken van de noodzakelijke alsook voldoende investeringen. Er zijn in de verschillende landen tal van mechanismen op poten gezet die het **efficiënt beheer** van de middelen moeten garanderen, dewelke in tijden van budgettaire krapte een hernieuwde aandacht krijgen. Wat betreft gezondheid gaat het onder andere om de uitbouw van een goede eerstelijnszorg, die de behoeften tot en het aanbod van de zorg zo goed mogelijk tracht te balanceren. Maar ook door de publieke autoriteiten opgelegde planning en programmering behoort hiertoe, evenals sociale normen.

Het is dankzij dit sociaal model dat we vandaag in de Europese Unie een van de hoogste levensverwachtingen ter wereld kennen, het leeuwendeel van de bevolking een in benijdenswaardige goede gezondheid verkeert en dat aan een relatief lage kost voor de maatschappij.

Maar dat was voor de crisis...

2. De commercialisering zet zich met rasse schreden door

Het globale Zuiden als proefkonijn

De vermarkting van onze gezondheid en sociale bescherming ging al veel vroeger van start dan de huidige crisis van 2007-2013.

De financiële globalisering van midden de jaren 80 zadelde vele landen in het Zuiden met een torenhoge staatsschuld op. Om de terugbetaling ervan te garanderen, dienden ze zich te onderwerpen aan zgn. Structurele Aanpassingsprogramma's, opgelegd door het Internationaal Monetair Fonds (IMF) samen met de Wereldbank, en onder druk van de mogelijkheden uit het Noorden. In het kader hiervan werden vrijwel systematisch privatiseringsplannen voor de gezondheidszorg en sociale bescherming opgezet. Dat leidde tot rampzalige toestanden in de gezondheid, vooral in Afrika bezuiden de Sahara, maar eveneens in Latijns-Amerika. De nauwe banden tussen het IMF, de Wereldbank maar ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het neoliberal beleid kwamen in vele landen duidelijk tot uiting. Er werd sterker nog meermaals gepoogd om de initiatieven van democratisch verkozen regeringen om een algemene sociale bescherming in te voeren, onderuit te halen via internationale drukingsmiddelen².

Oost-Europa op zoek naar een sociaal model

Met het uiteenvallen van de Sovjet-Unie zagen we in Oost-Europa een ontmanteling van de nationale gezondheidssystemen. Onder het motto “minder staat” werd er niet alleen drastisch in de gezondheidszorg gesnoeid, maar ook in het hele bestel van sociale bescherming (pensioenen, werkloosheid,...). Een duidelijk aantoonbare verslechtering van de gezondheidstoestand van de bevolking was het logische gevolg.

De intrede van deze landen in de Europese Unie bracht hun economie in volle concurrentie met de Europese markt. Liberalisering als nieuwe gulden regel voor de herinrichting van het gros van de maatschappelijke domeinen, leidde tot een massale uitsluiting van de bevolking van een systeem van sociale bescherming, die naam nog amper waardig. Het sociale vangnet van de staat vertoonde nu wel heel grote gaten. Voor de nieuwe “zeer rijke kapitalisten”, evenmin tevreden met dit teruggeschoefd gezondheidsaanbod, bood zorg in het buitenland een uitweg.

Het ontbreken van een kapitaalcrachtige middenklasse biedt ongetwijfeld een belangrijke verklaring voor waarom het privé-aanbod, nog volledig onbestaande in 1990, ook vandaag nog ver onder het publieke aanbod ligt in de meeste Oost-Europese landen.

De Tsjechische Republiek is het Europese land waar de private ziekenhuissector zich het snelst heeft ontwikkeld: in 1990 nog afwezig, maar in 2006 al goed voor 30% van de bedden. Deze stijging is te

Een ander beleid is mogelijk

De beschreven negatieve evoluties zijn niet het resultaat van een of andere dramatische voorbestemdheid. Gezondheid is en blijft een politieke keuze, in het Noorden en het Zuiden. Daar waar het Zuiden als proeftuin heeft gediend voor het opleggen van strikte besparingsmaatregelen en privatiseringsgolven, vinden we er eveneens uitmuntende voorbeelden van hoe het wel anders kan. Thailand heeft op amper tien jaar tijd een indrukwekkende hervorming van het gezondheidssysteem doorgevoerd. Met een duidelijke politieke keuze voor een openbare gezondheidszorg is het land erin geslaagd op een legale manier komaf te maken met de monopoliepositie van de internationale farmaceuticareuzen, via het invoeren van goedkope geneesmiddelen of de lokale productie ervan. Ook in het Centraal-Amerikaanse Costa Rica zijn de verbeteringen aangaande de volksgezondheid ronduit opzienbarend. Zo werd onder meer het geld dat vrijkwam na de afschaffing van het nationale

leger, geïnvesteerd in de uitbouw van een universele ziekteverzekering en een robuuste eerstelijnszorg. Ook 's lands armsten kregen hierdoor toegang tot adequate gezondheidszorg.

Voor het uitbreken van de oorlog, had de Malinese regering verschillende medische interventies reeds volledig gratis gemaakt, in het bijzonder wat betreft seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Het aantal bevallingen binnen een formele ziekenhuiszorg steeg zo van 53 naar 64%. Gelijkaardige succesverhalen kunnen worden opgetekend voor Burkina Faso, Sierra Leone, Niger, Benin, Senegal. Een afschaffing van de medische kosten voor zwangere vrouwen en minderjarigen in Sierra Leone zorgde op een jaar tijd voor verhoging van de toegang tot zorg voor minderjarigen van 214% en een daling van de moedersterfte met 61%.

In 2006 had bijna de helft van de Salvadoranen geen toegang tot gezondheidszorg. De beslissing van de regering om sinds 2009 volop in te zetten



wijten aan het welbewust privatiseren van de openbare ziekenhuisinfrastructuur, mogelijk gemaakt door de wet van 1 januari 2003 die de overheidsadministratie hertekende. Vandaag moeten alle landen uit Centraal en Oost-Europa afrekenen met een eensgezind beleid van privatisering en commercialisering.

Publieke onderinvestering en financiële globalisering

Voor vele Europese landen betekenden de beginjaren 90 een heroriëntering van het beleid in de richting van het terugschroeven van publieke middelen en een daling van de belastingen of van de bijdragen voor de sociale zekerheid. Het betekende de start van een periode van onderinvestering, een onvoldoende zorgaanbod en een daling van de kwaliteit. Duitsland, Nederland en Zwitserland hervormden in deze periode hun systeem van ziekteverzekering met onder andere het invoeren van een “vrije keuze” voor zorgverzekeraars en een prijzenconcurrentie tussen deze. Tegelijkertijd stegen door de vergrijzing de behoeften van de bevolking aanzienlijk, echter zonder afdoend antwoord vanuit de openbare dienstverlening.

Wat betreft de toegang tot zorg zijn de negatieve gevolgen enorm. Door de afschaffing van zgn. nabijheidsdiensten en fusies allerhande verminderde de geografische toegankelijkheid voor de gebruikers fors. Maar er werden ook financiële barrières opgetrokken. De financiële bijdrage van

op gezondheid, ondersteund door een verhoging van het werkingsbudget voor het Ministerie van Volksgezondheid van 1,7 naar 2,5% van het BNP werpt zijn vruchten af: de kindersterfte nam duidelijk af en wat betreft het terugdringen van de moedersterfte werden de Millenium Ontwikkelingsdoelstellingen al gehaald.

In Venezuela stegen de sociale uitgaven met 60,6% (772 miljard dollar) tijdens het eerste decennium na de eeuwwisseling. De sociale ongelijkheid verminderde met 54% en tegelijkertijd daalde de armoede van 70,8% in 1996 naar 21% in 2010 en de extreme armoede van 40% naar 7,3% over dezelfde periode. Op 10 jaar tijd verzamelde de regering 251,7 miljard aan belastingopbrengsten die in de sociale voorzieningen werden gepompt. De sociale zekerheid slaagde in een verduubeling van het aantal begunstigten over een tijdspanne van 15 jaar, en ondanks dit alles verminderde de staatsschuld over dezelfde periode van 20,7% naar 14,3% van het BNP. De jaarlijkse economische groei bedroeg steevast om en bij de 4,3%.

Vergelijkend onderzoek in Argentinië, Cuba, Peru, Indonesië en Rusland toont aan dat, zelfs in tijden van crisis, de weigering tot een privatisering of commercialisering van de gezondheidszorg geen negatieve impact heeft op de volksgezondheid, integendeel. Deze landen verloren midden de jaren 90 tussen 14 en 42% van hun BNP. In deze omstandigheden kon enkel de politieke keuze voor een versterking van de publieke sector, met een focus op eerstelijnszorg, een verslechtering van fundamentele gezondheidsindicatoren, zoals kindersterfte en een daling in de levensverwachting, vermijden.

J. Akazili & C. Soulayr, « Un défi pour les pays du Sud », Le Monde diplomatique, janvier 2014, <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/AKAZILI/50021>

Amanda Bloom, Universal Health Care in El Salvador (Les soins de santé pour tous au Salvador), Global Health Check, 2013 : <http://www.globalhealthcheck.org/?p=1318>

The Achievements of Hugo Chavez. An Update on the Social Determinants of Health in Venezuela, Counterpunch, 2012 : <http://www.counterpunch.org>

de patiënten stijgt beduidend door het invoeren van remgeld, tegenover de vroegere gratis zorg. Tegelijkertijd veroorzaakt het afgenomen publieke aanbod langere wachtrijen, wat soms corruptie in de hand werkt.

Investerings op langere termijn in onderwijs, preventie en in de sociale determinanten van gezondheid worden teruggeschoefd. Tegelijk passeert de commerciële sector, reeds sinds vele jaren, de kassa van de gezondheidsinstellingen. Farmaceutische bedrijven en producenten van medisch materiaal en apparatuur onttrekken de gezondheidsdiensten op die manier een omvangrijk deel van hun middelen ten gunste van hun aandeelhouders terwijl die middelen het welzijn van de bevolking ten goede zouden moeten komen. Anderzijds blijft de overheid erg passief tegenover dit soort medische marketing, dat in sommige landen meer en meer op corruptie lijkt. Het is in deze context dat in alle Europese landen het beheer en de werking van de ziekenhuizen opschuift in de richting van een geïndustrialiseerd zorgproces. Door de invoering van de “financiering per activiteit” wordt de werkingsmiddelen van het ziekenhuis begroot in functie van het aantal prestaties en raadplegingen. Patiënten kiezen hun ziekte echter niet. Het perverse van dit systeem is dan ook dat patiënten met “weinig rendabele” ziektes op termijn alsmar moeilijker op een gedegen zorg zullen kunnen rekenen door een gebrek aan aangepaste zorgstructuren...

Als gevolg van de ontoereikende publieke financiering hebben menige gezondheidsdiensten - de publieke inbegrepen - een aantal van hun activiteiten in onderaanneming uitbesteed, zoals bijvoorbeeld de logistiek dienstverlening (keuken, onderhoud, was,...) maar ook diagnostische activiteiten (radiologie, labo,...).

Ook nieuwe trends doen hun intrede. Patiënten dienen “geresponsabiliseerd” te worden: private verzekeringspremies worden aangepast in functie van risico's en leefgewoontes (roken, alcohol, weinig beweging, zwaartlijvigheid,...). Maar openbare instellingen beginnen die principes eveneens toe te passen en bestraffen patiënten die bijvoorbeeld roken of gewelddadige sporten beoefenen met





een verhoging van hun financiële bijdragen.

In de landen met een bevolking die het kan betalen (c.q. de middenklasse en hogere klasse), heeft deze uit onvrede met de openbare dienstverlening een hogere kwaliteitszorg geëist. Zo nodig tegen de kostprijs. Op die manier ontwikkelde zich een parallel commercieel aanbod van gezondheidszorg, die niet werd gedekt door de sociale zekerheid. In sommige landen kregen de commerciële operatoren zelfs toegang tot publieke financiering. De financiering per activiteit, gebaseerd op de kostprijs per ziekte, heeft geleid tot een selectie van rendabele ziektes door commerciële zorginstellingen en gezondheidsmultinationals. De minst winstgevende pathologieën en patiënten werden overgelaten aan de publieke operatoren.

Maastricht als keerpunt: Europa krijgt zeggenschap over gezondheid!

Het Verdrag van Maastricht (1992) herbevestigt klaar en duidelijk de principes waarbij de Europese Unie werd opgericht: vrije concurrentie en vrijheid van vestiging.

Wanneer Europa stelt dat het niet competent is voor (nationale) gezondheidsmateries³ en stelt dat het Verdrag van Lissabon (2007) de privatisering en vermarkting van de gezondheidszorg niet oplegt, heeft het ten dele gelijk. Althans in theorie. In de praktijk oefent Europa immers massaal invloed uit op de krijtlijnen waarbinnen de lidstaten hun gezondheidsbeleid en sociale beschermingsmaatregelen kunnen uittekenen.

Bij gebrek aan een toereikend juridisch kader, baseert het Europees Hof van Justitie zich voor haar vonnissen namelijk op de twee geschetste oprichtingsprincipes. Met welk recht kan een lidstaat de vestiging van een aanbieder van (gezondheids)diensten op haar grondgebied beletten? Hoe kan een verschillende behandeling van operatoren die dezelfde prestaties leveren gerechtvaardigd worden? Volgend op de liberalisering van diensten binnen Europa in 2006 (de zgn. Bolkenstein-richtlijn) heeft

org/2012/12/14/the-achievements-of-hugo-chavez/
De Vos, Pol, Anai García-Fariñas, Adolfo Álvarez-Pérez, Armando Rodríguez-Salvá, Mariano Bonet-Gorbea, and Patrick Van Der Stuyft. 2012. "Public Health Services, an Essential Determinant of Health During Crisis: Lessons from Cuba, 1989-2000." *Tropical Medicine & International Health* 17 (4): 469–479.

Fresenius and Co

Het is op deze manier dat de Duitse multinational Fresenius (meer precies Fresenius Medicare), er in geslaagd is om de onbetwiste commerciële leider te worden aangaande dialyse. Vandaag is het ook de Europese leider qua commerciële ziekenhuizen via haar filiaal Helios.

In Frankrijk worden 50 van de minder ernstige

ziektegroepen voor 70% door commerciële zorginstellingen behandeld. De 50 zwaarste activiteiten (transplantaties, haart en vaatzieken, acute leukemie, etc.) zijn dan weer voor 70% ten laste van de publieke sector.

Verhandelbare kwaliteit?

De Nederlandse Gezondheidsinspectie bracht onlangs een rapport uit met daarin zeer kritische uitlatingen aangaande de kwaliteit van de zorg verstrekt in de privé-sector.

Jongeren zonder hoop

In augustus 2012 bereikte de werkloosheid in Spanje een recordhoogte van 25,1%. Wat de jongeren betreft is ruim 1 op de 2 werkloos, zonder vooruitzichten op verbetering.

de EU getracht “Diensten van Algemeen Belang” te definiëren die konden uitgesloten worden van deze algemene principes van vrije concurrentie en vrijheid van vestiging. Het ging meer in het bijzonder over niet-economische diensten, met expliciete vermelding van gezondheidszorg, een aantal sociale diensten waaronder kinderopvang, ondersteuning aan gezinnen, etc. Deze beperkte lijst liet echter nog heel wat activiteiten in een juridische onzekerheid.

“Staatshulp”, zei u?

Binnen dit kader klagen de commerciële gezondheidsoperatoren de subsidies aan de openbare zorginstellingen echter aan als oneerlijke “staatshulp” die de vrije concurrentie vervalst. Ze spanden processen aan tegen de lidstaten waarbij ze zelf delen van de “gigantisch lucratieve” markt van gezondheid en sociale bescherming opeisen, daar waar deze vooralsnog grotendeels afhangen van publieke financiering of sociale zekerheid. Sociale beschermingsmaatregelen, collectieve arbeidsovereenkomsten, het ambtenarenstatuut, het arbeidsrecht, het minimumloon, etc. werden aangevallen als obstakels voor de vrijheid van vestiging. De toepassing van de Europese verdragen werd geëist: “elke belemmering tot vrije en onvervalste concurrentie onvoorwaardelijk afschaffen” en “de richtlijn voor overheidsopdrachten uitbreiden”, om aldus “de grote geïntegreerde trans-Atlantische markt” voor te bereiden, waar geen hinderpalen voor een vrije markteconomie meer in de weg staan van de multinationals.

Nochtans zijn het enerzijds wel degelijk de lidstaten die de modaliteiten van de Europese constructie vastgelegd hebben en is het anderzijds ook de Europese Commissie die talrijke Europese programma’s rond gezondheid implementeert via haar actieprogramma 2007-2013, waaronder een Witboek van de Europese Commissie, maar eveneens het “nieuwe programma 2014-2020 dat de strijd aanbindt met ongelijkheden en innovaties inzake gezondheid bevordert”⁴. Dat Witboek “Samen werken aan gezondheid: een EU strategie voor 2008-2013” wil een algemeen kader leveren voor het gezondheidsbeleid van de EU.

Een giftige remedie

De bevolking van Griekenland, Spanje, Portugal, Polen en Litouwen kent het “magische recept”. Het Witboek preciseert het als volgt: *“Door de mondialisering houden gezondheidsproblemen niet bij de grenzen op en zijn internationale oplossingen nodig. De oorzaken en gevolgen van deze problemen zijn veelal sectoroverschrijdend.” En verder: “Een duidelijk gemeenschapskader zal eveneens bijdragen tot de bevordering van het dynamisme en de leefbaarheid van de gezondheidssystemen, door aan de lidstaten hulp te bieden in domeinen waar schaalvoordelen als resultaat van een gecoördineerde actie een meerwaarde kunnen betekenen voor de nationale gezondheidssystemen”.*

Op die gronden herbevestigt Europa de autonomie van de landen om een specifiek model van sociale bescherming uit te werken of te behouden, maar slaagt het er ook in om vooral aan de landen die het hardst door de crisis getroffen zijn, remedies op te leggen gebaseerd op de eenheidsmarkt van de diensten.



Europese inmenging

Maar Europa stopt niet halverwege. Het installeert andere voorzieningen die een grote weerslag hebben op het model van sociale bescherming. Zo heeft Europees commissaris Lazlo Andor in februari 2013 voorgesteld om het probleem van de financiering van de sociale diensten op te lossen met het systeem van de zogenaamde “Verplichtingen met sociale impact”. Dit is een systeem waarbij een privé-fonds investeert in een sociaal project en waarbij, daar waar resultaten werden behaald, de staat een vergoeding voor de investering betaalt aan het privé-fonds. De commissie zelf beweert dat dit mechanisme *“de deelname van privé-kapitaal aan de financiering van sociale programma’s bevordert, in ruil voor financiële voordelen die de openbare sector aan de privé betaalt, als het programma succes boekt”*. Onder impuls van de Europese Commissie bieden de “Verplichtingen met sociale impact” de mogelijkheid aan financiële actoren om de hand te leggen op geld dat zou moeten dienen om de noden van de bevolking te lenigen.

Maar Europa laat het daar niet bij. Volgens het Euro-plus Pact moet de “leefbaarheid van de pensioenen, de gezondheidszorg en de sociale uitkeringen” gekoppeld worden “aan het niveau van de schuldenlast”. Meer nog, het budgettair pact of Verdrag voor Stabiliteit, Coördinatie en Governance (VSCG) eist op 20 jaar tijd een daling van het openbaar deficit tot 0,5% en een daling van de schuld tot 60% van het BBP. In naam van de “competitiviteit” en de daling van de arbeidskost wil de EU de kosten van de uitgaven in de gezondheidszorg en de sociale bescherming verminderen.

Zo komt de EU onrechtstreeks tussenbeide in het gezondheidsbeleid van de staten. Dat wordt zelfs een rechtstreeks uitdrukkelijk bevel, zoals in het geval Griekenland, waar de troika (de Wereldbank, het Internationaal Monetair Fonds en de Europese Unie) geëist heeft dat de gezondheidsuitgaven niet hoger mogen zijn dan 6% van het BBP, en in Portugal met 670 miljoen euro besparingen in het nationaal gezondheidssysteem (hoewel de gezondheid beschouwd wordt als een zaak van binnenlands bestuur van de staten).



Onder het mom van vrije concurrentie en vrijheid van vestiging gaat het in feite over een netwerk om rendabele patiënten en pathologieën te vangen, waarin de “vrije keuze van de patiënt” (nochtans voorgesteld als een dogma ter bevordering van de liberalisering) het loodje legt. En tot meerdere eer en glorie van de notie responsabilisering betalen de minst rendabele patiënten een ware taks op ziekte ten voordele van de maximale winst van de multinationals.

Crisis, besparingen en gezondheid...

Armoede: een ernstige ziekmaker

Een van de belangrijkste gevolgen van de crisis is de stijging van de werkloosheid, de armoede en de onzekerheid, die een sterke weerslag hebben op de volksgezondheid.

Volgens de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) daalde het beschikbaar inkomen van de huishoudens in Griekenland tussen 2008 en 2012⁵ met achtereenvolgens 2,3 (2008); 0,4 (2009); 11,4 (2010); 10,7 (2011) en 10,8% (2012). Momenteel treft de werkloosheid 26,5 miljoen mensen in de Europese Unie (19,2 miljoen in de Eurozone). Dat is 10,9 % van de actieve bevolking (12,1% van die van de Eurozone). Deze evolutie is des te zorgwekkender daar ze gepaard gaat met een toenemende werkloosheidskloof tussen het zuiden en de periferie van de Unie enerzijds en het noorden van de Eurozone anderzijds. De kloof tussen beide zones bereikte 10 procentpunten in 2012, een nooit gezien verschil⁶.

In 2012 was een kwart (!) (24,8%) van de bevolking bedreigd door armoede of sociale uitsluiting, dat zijn 124,5 miljoen mensen (tegenover 24,3% in 2011 en 23,7% in 2008)⁷.

Alle gezondheidssystemen lijden onder de crisis

In het Verenigd Koninkrijk* heeft de regering middels een aantal juridische hervormingen de deuren opengezet voor de toetreding van private ondernemingen in de gezondheidszorg. Deze beslissing wordt gerechtvaardigd door de nood aan extra financieringskanalen ingevolge budgettaire besnoeiingen. De goedkeuring van de wet aangaande gezondheid en sociale bescherming in 2012 leidde tot in april 2013 het einde in van het befaamde Britse Nationale Gezondheidssysteem en plaveide zo de weg voor een gemixte financiering, inclusief een commercieel aanbod van gezondheidsdiensten.

In Portugal* zijn de verminderende salarissen,

pensioenen en werkloosheidsuitkeringen en een verhoging van de belastingen het rechtstreekse gevolg van de maatregelen opgelegd door de Trojka. Net als andere publieke dienstverlening, ontkwam ook het Nationale Gezondheidssysteem niet aan de privatisering. De medische kosten ten laste van de patiënt stegen gevoelig, wat leidde tot een vermindering van 900.000 consultaties in de eerstelijnszorg.

In Italië* werden reeds in de jaren 90 maatregelen genomen die de concurrentie binnen de “gezondheidsmarkt” dienden te bevorderen. Ziekenhuizen worden gerund met commerciële logica. De strenge besparingen (meer dan 20 miljard euro sinds 2010) tasten de publieke sector verder aan. Een verhoging van de financiële bijdrage door



Het besparingsbeleid haalt de volksgezondheid en de openbare gezondheidsdiensten naar omlaag. Jobverlies en de angst ervoor hebben destructieve gevolgen voor de psychische gezondheid van de mensen in kwestie. Uit enquêtes in verscheidene landen blijkt een toename van het aantal zelfmoorden en zelfmoordpogingen. Sinds 2007 steeg in de Europese Unie het aantal zelfmoorden bij min-65-jarigen. In de lidstaten die in 2004 of daarna de EU vervoegden, was het aantal zelfmoorden het hoogst in 2009 en ook in 2010 bleef het hoog. In de landen die voor 2004 lid werden, is er een stijging in 2010. In Groot-Brittannië gaat de stijging van het aantal zelfmoorden tussen 2008 en 2010 gelijk op met de stijging van de werkloosheid. Het gaat om 1.000 extra overlijdens. Tegelijk hebben de stijgende werkdruk en de onzekere jobs ernstige gevolgen voor de gezondheid van de werknemers. Veralgemeend lijden op het werk, dat in de zwaarste gevallen leidt tot zelfmoord of zelfmoordpoging, het blootstellen van werknemers in de dienstensector aan gevaarlijke situaties, de toename van spier- en gewrichtsaandoeningen en van arbeidsongevallen.

De daling van het inkomen en de stijging van het aantal mensen die leven onder de armoedegrens hebben een grote weerslag op de sociale determinanten van gezondheid (slechte voeding, slechte woonomstandigheden,...) maar ook op de toegang tot gezondheidszorg (financiële toegankelijkheid, verplaatsing,...).

Blind besparingsbeleid: de gezondheidszorg onder druk

De DEXIA-groep, de bank van het schandaal van de gestructureerde leningen die talrijke lokale collectiviteiten en ziekenhuizen opzadelden met een schuldenlast, weet het beter dan wie ook: "Overal streven de ziekenhuishervormingen een rationalisering na van het zorgaanbod, door in

de patiënten en een verminderde toegang, vooral voor sociaal-economisch zwakke groepen, is het gevolg. Volgens een recente peiling knipte 21% van de huishoudens in hun gezondheidsuitgaven, 10% stelde een operatie uit om financiële redenen en 26% rapporteerde een verhoging van de uitgaven voor dringende medische zorg door de stijging van de patiëntenbijdragen.

*Bron: "Fiscal policies in Europe in the wake of the economic crisis. Implications on health and health care access". Elias Kondilis, Chiara Bodini, Pol De Vos, Alexis Benos en Angelo Stefanini (artikel in voorbereiding).

In Catalonië stonden in 2010 50.705 patiënten op de wachtlijst voor een operatieve ingreep. Anno 2013 zijn ze met 89.000 (tegenover 80.540 in 2011). Steeds meer mensen komen via speedopnames

het hospitaal binnen: een stijging van 64,9% naar 67% in 2011. Ook de geografische toegankelijkheid staat onder druk: middels het Spaanse Koninklijk Besluit van 16 april 2012 waarin een universeel gezondheidssysteem de plaats moet ruimen voor een systeem op basis van verzekeringen dreigt ook het transport naar het hospitaal betalend te worden wanneer de oproep "niet urgent" zou blijken. Loontrekkenden dienen nu 60% in plaats van de vroegere 40% bij te dragen in de kosten van medicijnen; gepensioneerden 10%. Het budget voor het Spaanse nationale drugsbeleid werd tussen 2009 en 2013 gehalveerd.

In Litouwen is de geografische spreiding van de zorginstellingen zeer ongelijk verdeeld, waardoor de toegang tot zorg in sommige rurale provincies quasi

hoofdzak gebruik te maken van drie hefboomen: de bevoegdheden verbinden aan een bepaalde gebiedsomschrijving, de wijziging van de financieringsmodaliteiten en deerschikking van het ziekenhuisaanbod. Maar de modaliteiten van tussenkomst zijn verschillend want er bestaan evenveel ziekenhuiskaarten als er landen zijn”⁸.

Anderzijds is er de publiek-private samenwerking, die sinds 1995 door de Wereldgezondheidsorganisatie op wereldvlak in gang gezet werd. In Europa wordt ze algemeen toegepast, met maatregelen voor budgetcontrole en verbod op openbaar deficit.

Het besparingsbeleid, aangedreven door de Europese Unie en uitgevoerd door de nationale regeringen, leidden tot een massale daling van de openbare en solidaire financiering van de systemen van gezondheidszorg en sociale bescherming. De OESO verwoordt het als volgt: “De grote duik van de uitgaven voor gezondheid in alle Europese landen is vooreerst te verklaren door de terugval van de stijging van de openbare uitgaven sinds 2009; en in 2010 en 2011 was die nauwelijks boven de 0%. In vele landen stagneerden in 2010 en 2011 ook de privé-uitgaven voor gezondheid, terwijl het gezinsinkomen gelijk bleef of daalde, maar de daling was beperkter”.

In Griekenland stegen tussen 2000 en 2009 de totale uitgaven voor gezondheid jaarlijks met 5%, maar in 2010 én in 2011 daalden ze telkens met 11% . Dat is vooral te wijten aan forse besnoeiingen in de openbare uitgaven.

Ook in Spanje, IJsland en Ierland was er twee jaar op rij een negatieve groei in de uitgaven voor gezondheid. Sommige landen, zoals Estland en de Republiek Tsjecho, zagen in 2010 hun uitgaven drastisch verminderen, gevolgd door een bescheiden stijging in 2011. Andere landen, zoals Italië en Portugal, konden in 2010 de budgettaire snoeischaar nog laten liggen, maar in 2011 werd in de openbare uitgaven voor gezondheid geknipt. In Portugal was dat 8%, nadat ze tussen 2009 en 2010 stabiel bleven⁹.





Rekening houdend met nauwelijks stijgende uitgaven voor gezondheid in de OESO-landen in 2010 en 2011, daalde het aandeel van het BBP voor gezondheid in de meeste van die landen lichtjes. In 2011 ging gemiddeld 9,3% van het BBP naar gezondheid, tegen 9,5% in 2010. Als met de investeringen buiten beschouwing laat, daalden de gezondheidsuitgaven als percentage van het BBP van 9,1% in 2010 naar 9,0% in 2011¹⁰.

De gegevens¹¹ over de sterfte bij pasgeborenen van de Griekse Hellenic Statistical Authority (ELSTAT) zijn sprekend: na 42 jaar ononderbroken daling van de neonatale sterfte (16,03/1000 in 1966 tegen 3,31/1000 in 2008) was er in 2009-2010 een piek van 4,36/1000, oftewel een stijging met 32% tussen 2008 en 2010.

In Frankrijk geeft één persoon op vier aan geen beroep te doen op gezondheidszorg wegens financiële redenen. In Griekenland heeft 40% van de bevolking geen sociale bescherming (mensen langer dan één jaar werkloos, zelfstandigen die hun verzekering niet meer kunnen betalen, kleine ondernemers die bankroet gaan, niet-aangegeven werknemers, immigranten in een onregelmatige situatie).

De budgettaire snoeischaar treft ook massaal het preventiebeleid in de openbare gezondheid, wat zich alras vertaalt in een heroplaaien van de “sociale” ziekten en ongelijkheid in gezondheidstoestand, maar ook in een secundaire meerkost in de curatieve geneeskunde.

Bovendien leidt het uitstellen van gezondheidszorg bij gebrek aan centen tot een verergering van de gezondheidsproblemen, met voor de zieken soms dramatische en onomkeerbare gevolgen, zonder nog de meerkost voor het gezondheidssysteem te vermelden. In Polen duurt de wachttijd voor een heupprothese tot 2020.

De saturatie van de spoeddiensten is een gevolg van de moeilijke toegang tot (gratis) zorg dicht bij huis. Bovendien leidt het laten vallen van het preventiebeleid tot het heropflakkeren en heroplaaien van besmettelijke ziekten (tuberculose, hiv, malaria,...). Ook de openbare ziekenhuissectoren, met toegang tot zorg voor iedereen, zijn het slachtoffer van het besparingsbeleid. De subsidiëring ervan

onbestaande is. De wachttijden voor operaties en gespecialiseerde zorg schoten onlangs extreem de hoogte in.

Wanneer de financiering vermarkt wordt...

In Spanje bedroeg de stijging van de private financiering 25% in 2012. In Nederland faciliteren nieuwe wetten een complementaire privé-verzekering, die bepaalde zorgpakketten aanbiedt. Het biedt de verzekeraars echter de mogelijkheid aan risicoselectie te doen, waardoor de premies bijgevolg zeer laag zijn voor de jongeren, maar zeer hoog voor ouderen en zieken. Het risico dat het aanbod zich gaat richten op de meest rendabele zorgen voor het rijkste deel van de bevolking is dan ook niet uit de lucht gegrepen. Degene met weinig of geen

financiële mogelijkheden riskeren daardoor zeer lange wachttijden en zorg van inferieure kwaliteit.

Epidemie van privatiseringen van zorgaanbieders

In Spanje zijn reeds 236 van de 550 algemene ziekenhuizen privé en in de regio Navarra zijn 90% van de rusthuizen geprivatiseerd.

In Litouwen sluiten de privé-hospitalen contracten af met verzekeringsfondsen.

In België wonen 140.000 ouderen in een rusthuis. Tussen 2009 en 2010 steeg het aandeel commerciële rusthuizen van 45% naar 57%. “De vraag stijgt en de rusthuizen schieten als paddenstoelen uit de grond, een zakelijke buitenkans voor veel investeerders. In Wallonië is reeds 50% van de rusthuizen in handen

daalt en ze worden gedwongen te concurreren met de privé-sector, waardoor ze onderworpen zijn aan dezelfde regels van rendabiliteit en productiviteit. Sluiting van zorgcentra en van kleinere ziekenhuizen, afbouw van het aantal bedden, hergroepering van diensten en herstructureringen leiden tot een verderaf liggen van de zorg en langere wachttijden voor raadplegingen en opnames.

Crisis en besparingen: de weg voor privé-investeringen in de zorg ligt open

Tijdens de crisis, en in de vele landen waar besparingsmaatregelen de sociale uitgaven troffen, is het deel dat door de patiënt moet betaald worden sterk gestegen. Zo wentelt het besparingsbeleid de financiering van de zorg af op de gebruikers, hetzij door bijkomende verzekeringen, hetzij door een individuele bijdrage in de zorgen ("het mee-betalingssysteem" in Spanje en Portugal). Resultaat: meer en meer mensen kunnen nog moeilijk of helemaal geen beroep meer doen op zorg. De eerste slachtoffers zijn de sociaal meest kwetsbaren (werklozen, immigranten in een onregelmatige situatie, eenoudergezinnen). In sommige landen is het eigen aandeel van de gebruiker in de kosten van de zorg meer dan verdubbeld.

Bij publieke onderinvestering hebben de investeringsfondsen en andere holdings de zwakte van het systeem natuurlijk snel in de gaten. Door een selectie van het risico binnen een verzekeringscontext kunnen privé-investeerdere de hand leggen op een rendabele markt binnen een systeem dat vaart verliest: de aanvullende ziekteverzekering. Hoe hoger het persoonlijk aandeel, hoe meer mensen in aanmerking komen voor een extra verzekering. De premies zijn evenwel aangepast aan het individueel risico, wat de winstgevendheid van het systeem garandeert.

In de Verenigde Staten is een dergelijk systeem ontwikkeld tot zijn toppunt, tot in het absurde toe, want het zijn de verzekeringen die de ziekenhuizen besturen, op basis van datzelfde principe van risicoselectie. In Europa hebben sommige mutualiteiten geprobeerd dit te compenseren via

van de for-profit sector (de andere 50% wordt evenwichtig verdeeld onder openbare rusthuizen en instellingen zonder winstoogmerk) maar dat cijfer neemt toe. Het verhuren van kamers in een rusthuis betekent voor de investeerders een betere garantie op rendabiliteit dan het beleggen in kantoorruimtes: gemiddeld ongeveer 27 jaar huurinkomsten en een bijna onuitputtelijke vraag. De algemeen bestuurder van Sicafi Aedifica, Stefaan Gielens bevestigt het enorme investeringspotentieel van deze sector. Een studie bureau rekende uit dat de komende 40 jaar 180.000 extra bedden nodig zijn, wat overeenkomt met een investering van om en bij de 15 miljard euro. En aan een gemiddelde huurprijs van 40 euro per dag is snel rendement is verzekerd". (RTBF.be 08/08/2011).

Vrouw zijn in Griekenland

Het afschaffen van de openbare gezondheidszorg heeft samen met de verarming van grote delen van de bevolking en de verslechtering van de algemene leefomstandigheden reeds duidelijk waarneembare consequenties: er duiken opnieuw gevallen van malaria op, het aantal cases van tuberculose schiet de hoogte in en het aantal mensen met HIV/AIDS nam met maar liefst 200% toe.

In deze context worden vrouwen nog harder getroffen, in het bijzonder door het ontbreken van enige vorm van preventiebeleid en door problemen met de toegang tot gezondheidszorg. De reproductieve gezondheid van de vrouwen is de crisis niet ongeschonden doorgekomen.

Sociale verworvenheden staan op de tocht, met



aanvullende solidaire verzekeringen (zonder selectie). In andere landen evenwel konden ze niet weerstaan en doen ze mee aan het verzwakken van de algemene kostendekking.

Het gezondheidspersoneel betaalt het gelach

Griekenland, Ierland, Italië, Spanje en Portugal hebben duchtig gesnoeid in de gezondheidsuitgaven. Aangezien de personeelskosten gemiddeld zo'n 70% van de totale gezondheidsuitgaven bedragen, hebben verscheidene landen aan het gezondheidspersoneel een loondaling opgelegd (15% in Griekenland, 10% in de Republiek Tsjechië, tussen 5 en 10% in Ierland, 5% in Spanje). Parallel hiermee hebben de door de crisis meest getroffen landen het aantal jobs in de sector verminderd. In Spanje bijvoorbeeld wordt in de openbare sector slechts één op de tien van de vertrekkende personeelsleden vervangen.

In Polen hebben veel verpleegkundigen nu zgn. "vuilnisbakcontracten", het eigen ondernemerschap, in plaats van een contract als loontrekkende. Ze zijn verplicht meerdere contracten te cumuleren en bijgevolg veel meer dan 48 uur per week te werken om aan een behoorlijk loon te komen. Door de vlucht van de jonge verpleegkundigen ligt de gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen in Polen nu op 45 jaar!

De transfer naar een commerciële privé-werkgever betekent in alle gevallen een verhoging van de werkdruk. Bovendien ontbreken minimumnormen die zowel de kwaliteit van de zorg als correcte arbeidsomstandigheden garanderen en is er een enveloppefinanciering of een financiering per pathologie. Gevolg: de loonkost wordt een variabele waarmee naar believen kan geschoven worden, wat leidt tot loonsverlaging of personeelsvermindering, of beide.



Gender en gezondheid

Meer en meer analisten klagen het feit aan dat de vrouwen tweemaal getroffen worden door de crisis en de besparingen.

“Vrouwen werken almaar vaker deeltijds en met contracten van korte duur tegen een schamel loon. In sectoren als het onderwijs en de zorg, waar traditioneel veel vrouwen werken, zijn bijvoorbeeld in Groot-Brittannië en Italië de lonen gedaald, het aantal werkuren verhoogd en de beroepsvoordelen teruggeschoefd¹²”. Het begrip “werkende arme” gaat bijzonder goed op voor de vrouwen die verplicht zijn jobs aan te nemen waarin ze niet genoeg verdienen om ervan te kunnen leven. Eenoudergezinnen hebben meestal een vrouw als gezinshoofd.

Bovendien “stelt een sociale en economische analyse in het vooruitzicht dat de vrouwen in Europa meer en meer onbetaalde verantwoordelijkheden zullen moeten dragen, zoals de zorg voor de kinderen, het huishouden, werk voor de gemeenschap en de zorg voor ouderen, daar het aantal ouderen stijgt en de voor hen bedoelde zorgvoorzieningen vaak ontoegankelijk en erg duur zijn. De Europese middenklasse besteedt de huishoudelijke en zorgtaken vaak uit aan migrantenvrouwen. Als evenwel de formele economie gaat krimpen, zou dat wel eens kunnen veranderen, want als de actieve vrouwen hun job verliezen en hun onbezoldigd huishoudelijk werk terug opnemen, zouden ze kunnen vinden dat het niet meer nodig of gewoon onmogelijk is nog iemand in dienst te hebben. Volgens een belangrijke Italiaanse krant aanvaarden meer en meer vrouwen een job als werkster of poetsvrouw zonder contract, iets wat voorheen migranten¹³ deden”. In verscheidene landen van Zuid-Europa komen vrouwen massaal terug naar de haard om de “care” op zich te nemen (activiteiten die vroeger in de schoot van het gezin uitgevoerd werden maar na de oorlog meer en meer een beroep werden, zoals de verzorging, het passen op de kinderen, bejaarden en gehandicapten,...).

inbegrip van: zorg tijdens en na de zwangerschap en bevalling, seksuele opvoeding met belangrijke aandacht voor genderongelijkheid, seksueel plezier, en preventie van seksueel geweld. De vrije keuze om te kiezen hoeveel kinderen te hebben en wanneer lijkt niet meer dan een souvenir uit vervlogen tijden wanneer gratis toegang tot kwalitatieve seksuele en reproductieve zorg, abortus inclusief, nog mogelijk was. Het recht van vrouwen op lichamelijke soevereiniteit wordt zo ontegensprekelijk geschonden, niet door het verbod op abortus zoals het Spaanse wetsvoorstel bijvoorbeeld, maar ingevolge een algemene verarming en een commercialisering van de gezondheidsdiensten.

Bovendien werden een hele reeks uitkeringen gericht op het welzijn van vrouwen en/of kinderen drastisch verlaagd of zelf geschrapt. Voorbeelden hiervan zijn gezinsbijstand, kinderopvang, vakantiekolonies, geboortepremies en meerdere prenatale onderzoeken, alsook een daling van 22% van het zorgbudget voor een kind gedurende zes maanden na de geboorte, dat gelijkstond met het minimumloon. Het recht op moederschap wordt op deze manier een exclusief voorrecht voor de rijkere lagen van de bevolking. Een toename van het aantal abortussen is het gevolg, die zelf ook duurder geworden zijn (350 euro in een openbaar ziekenhuis) waardoor een niet verwaarloosbaar aantal vrouwen zich gedwongen zien hun toevlucht te zoeken buiten de ziekenhuizen, met alle gezondheidsrisico's van dien. Ook het aantal



Daarbij komt dat de programma's gericht op geboortepanning als een van de eerste onder de hakbijl vallen, waardoor heel wat jonge vrouwen er niet meer terecht kunnen.

Besparingen, gezondheid en migratie

In veel landen worden, tegelijk met het verminderen van de gezondheidsbudgetten, mensen die geen recht hebben op sociale bescherming uitgesloten. Zo wordt basisgezondheidszorg geweigerd aan de mensen met een migratieachtergrond, maar vooral aan de vluchtelingen en de mensen zonder papieren. Humanitaire organisaties moeten die leemte vullen. In Spanje bijvoorbeeld sluit het Koninklijk Decreet 19/2012 de facto de immigranten in een onregelmatige situatie uit van gezondheidszorgen (uitgezonderd mensen in kritieke toestand, moederschap, pediatrische zorg). Te midden van de opflakking van het terugplooiën op de eigen identiteit en van de xenofobe sentimenten, worden deze mensen aan hun lot overgelaten en verslechtert hun gezondheidstoestand snel en massaal.

Besluit

Enerzijds heeft de crisis een rechtstreekse weerslag op de volksgezondheid, anderzijds treffen de maatregelen van de regeringen als antwoord op de crisis de systemen van gezondheidszorg en sociale bescherming, waardoor de gezondheids- en sociale crisis nog erger wordt.

Dat is de vicieuze cirkel waarin de Europese bevolking vastzit. Door de sociale en gezondheidsschade, door de crisis veroorzaakt, stijgt de nood aan gezondheidszorg en sociale bescherming, terwijl de besparingspolitiek, die geacht wordt de crisis op te lossen, de toegang tot de zorg bemoeilijkt.

Een studie in The Lancet bevestigt dat: "Niettegenstaande de recessie risico's inhoudt voor de

kinderen dat door hun ouders achtergelaten wordt omwille van armoede neemt toe.

Voor de eerste maal sinds de tweede Wereldoorlog zien we een stijging in de moedersterfte. Het terugschroeven van vaccinaties, quasi onbestaande voor arme kinderen, betekent een ware sanitaire tijdsbom. De kostprijs van een zwangerschap en bevalling is onbetaalbaar geworden. En de situatie voor vrouwen die geen recht hebben op sociale zekerheid, inclusief vrouwen zonder papieren, is nog schrijnender: zij moeten alle kosten voor onderzoeken en de bevalling uit eigen zak betalen. Een normale bevalling in een publieke materniteit bedraagt 600 euro, een keizersnede 1200 euro. De honoraria van de prenatale onderzoeken en

doktersvisites zijn daar niet bij inbegrepen. Vele vrouwen arriveren de dag van de bevalling dan ook aan de materniteit zonder ook maar een voorafgaandelijk onderzoek te hebben gehad. Voor "EU onderdanen zonder de Griekse nationaliteit en onderdanen van derde landen", zijnde vrouwen zonder papieren, migranten of vrouwen zonder recht op sociale zekerheid, bedraagt de kost voor de bevalling en medische zorg zelfs het dubbele: 1200 euro voor een normale bevalling en 2400 euro voor een keizersnede.

Het resultaat hiervan is dat vele van deze vrouwen 's nachts met hun pasgeboren kind het hospitaal uitvluchten om de ziekenhuisfactuur niet te hoeven betalen. De ziekenhuisadministratie dreigt vervolgens

gezondheid, lijkt de interactie tussen fiscale soberheid en economische schokken, samen met een zwakke sociale bescherming, de gezondheids- en sociale crisissen in Europa uiteindelijk nog erger te maken”¹⁴.

In 2009 gingen de Wereldgezondheidsorganisatie en de lidstaten een verbintenis aan in de resolutie van de wereldvergadering, getiteld “De ongelijkheden inzake gezondheid verminderen door invloed uit te oefenen op de sociale determinanten”. Maar het bleef bij loze woorden.

We stellen vast dat de toestand in Europa brutaal verergerd is. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt de schade vast maar de staten zetten hun politiek van besparing en verergering van sociale ongelijkheid in de gezondheid voort: “In de strijd tegen de ongelijkheid in de gezondheid, die bepaald wordt door sociale factoren, is het noodzakelijk de ‘oorzaken van de oorzaken’ aan te pakken. Vermelden we bijvoorbeeld de onrechtvaardige verdeling van macht, inkomen, goederen en diensten - op wereldvlak en op nationaal vlak - waardoor zichtbare onrechtvaardigheid ontstaat in de dagelijkse levensomstandigheden van de mensen - toegang tot gezondheidszorg, school en onderwijs, werkomstandigheden en vrije tijd, woonst, sociale omgeving, stad - en in hun kansen op een gelukkig en gezond leven”¹⁵.

om geen geboortecertificaat af te leveren of eist een voorafgaandelijke betaling van de kosten. Op die manier zien we kinderen die reeds vanaf de eerste dag dat ze het levenslicht zagen in de schulden zitten of die “spookkinderen” zijn: geboren maar niet aangegeven, en dus bestaan ze niet...



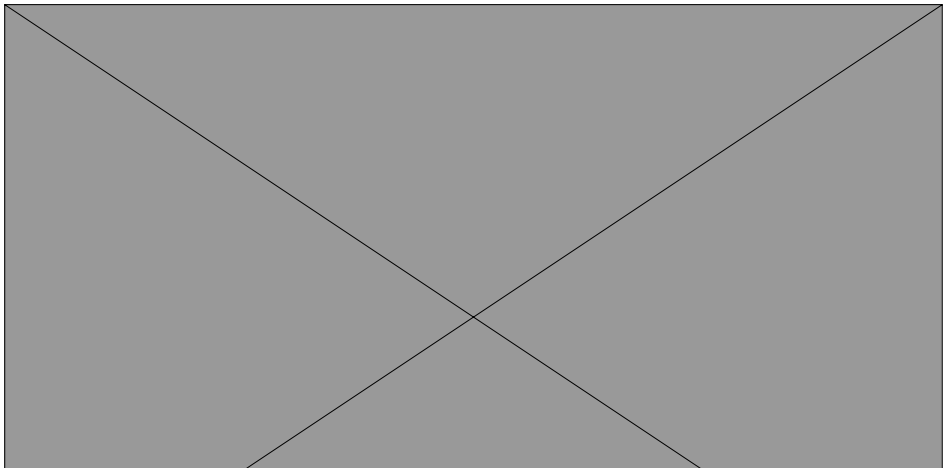


De grote trans-Atlantische handelszone gaat in tegen het belang van de bevolking, haar gezondheid en sociale bescherming

De kwestie van de vermarkting van de Openbare Diensten werd in gang gezet door De Wereldhandelsorganisatie in september 1986 in Punta del Este (Uruguay). In 1994 verplicht het Akkoord op de Handel van Diensten de staten een competitieve omgeving te scheppen tussen openbare bedrijven en privé-bedrijven. In de praktijk betekent dat ofwel een vermindering van de subsidies aan de eerste, ofwel het regelen van specifieke ondersteuning van de privé-bedrijven.

Het Multilateraal Akkoord over de Investerings uit 1998, dat de multinationals de mogelijkheid bood de staten de doen veroordelen, veroorzaakte een brede internationale mobilisatie. Dat was de eerste mislukking van “alles liberaliseren”. Ook de strijd tegen de Bolkenstijn-richtlijn heeft de draagwijdte van de Richtlijn van 12 december 2006 verminderd, met name over de Diensten van Algemeen Belang, waaronder de gezondheid en de sociale zekerheid, en de Diensten van algemeen economisch belang, waarbij de concurrentie binnen de staten beperkt werd.

Op 14 juni 2013 hebben de ministers van Handel van de 27 EU-lidstaten een geheim onderhandelingsmandaat van de Europese Commissie aanvaard. Het gaat over het onderhandelen van een Transatlantisch Handels- en Investeringspact tussen de Verenigde Staten de Europese Unie. Het doel is de regels te doen samenvallen van de internationale handel, de douanetarieven maar ook de niet getarifeerde normen (namelijk een uniformisering van de milieunormen, de gezondheidsnormen, de sociale en de veiligheidsnormen).



In tegenstelling tot wat onze regeerders ons willen doen geloven, betekent een “Vrijhandels”akkoord niet het wegnemen van de “staats-, de sociale en de milieuhinderpalen” voor de uitwisselingen, maar wel het beslissen van radicale politieke veranderingen in de werking van de markten.

Voor de hele sector van gezondheid en sociale bescherming bestaat groot gevaar voor het verlagen van de Europese normen om die te doen overeenkomen met de normen in de VS, een van de zones met de verst doorgedreven privatisering van het sociale en gezondheidssysteem en het systeem van sociale bescherming ter wereld.

Wij weten het al: de uniformisering van de normen voor gezondheid en sociale bescherming zal er een zijn tegen de systemen van sociale zekerheid, tegen de universele dimensie van de gezondheidsdiensten. De VS betalen zich de luxe van het duurste gezondheidssysteem ter wereld (meer dan 16% van het BBP), maar tegelijk hebben ze een van de slechtste van de OESO-landen, waarbij ze 50 miljoen Amerikanen uitsluiten van de toegang tot zorg.



De aan de gang zijnde discussies over het overdragen van de openbare markten en de onderhandelingen over het Transatlantisch Handels- en Investeringspact kunnen de vermarkting en de privatisering van de gezondheidssystemen alleen maar versnellen en de gezondheids- en sociale crisissen alleen maar verergeren.

Het risico bestaat dat de Richtlijn over de Openbare Markten en het Transatlantisch Partnerschap een fatale slag toebrengen aan de Diensten van Algemeen Belang. De Richtlijn (een aanvulling op die van 2006) zou een nieuwe etappe betekenen, waarbij eerst de concurrentie op Europees vlak uitgebreid wordt. Met het openen van de onderhandelingen over het Transatlantisch Partnerschap (gericht op het openen van een marktruimte tussen Noord-Amerika en de Europese Unie), opent ze ook de ruimte voor concurrentie op wereldvlak.

Wat zal er dan worden van onze modellen, gebaseerd op een doelstelling van dienst aan de bevolking, universele toegankelijkheid, solidaire financiering, niet-commerciële operatoren, democratische controle, participatief management, het zoeken naar kwaliteit en efficiëntie binnen een openbare planning¹⁶⁷



Dringende actie vereist. Onze eisen:

Een gelijke toegang tot gezondheidszorg voor iedereen, om het even waar, zonder enige vorm van restrictie. Dit veronderstelt in de eerste plaats het wegwerken van alle mogelijke financiële barrières: het verstrekken van universele gezondheidszorg dient onafhankelijk te zijn van de individuele financiële draagkracht van de gebruikers.

Gezondheid is een gemeengoed. Het is daarom nodig in te zetten op (het herstel van) een publieke en collectieve financiering, conform de principes van de naoorlogse verzorgingsstaat. Onze sociale beschermingsmaatregelen dienen gevrijwaard te blijven van elke vrije markt logica. Onze gezondheidssystemen moeten exclusief met publieke middelen gefinancierd worden in het kader van een ruimer sociaal beleid dat het recht op gezondheid en een gelijke toegang tot kwalitatief hoogwaardige zorg voor allen vooropstelt.

De bevolking moet mee waken over het goede beheer en de verbetering van de gezondheidsdiensten. Het opzetten van democratische controlemechanismen waarin de zorggebruikers participeren is daarom vereist. De gezondheidsdiensten dienen geëvalueerd te worden op basis van hun prestaties aangaande gezondheidsindicatoren en niet op basis van financiële resultaten. De vereiste middelen moeten daarvoor worden vrijgemaakt.

Het is daarnaast nodig om in te zetten op de sociale determinanten van gezondheid. We eisen daarom de garantie van de volgende basisrechten: het recht op een job en een degelijk inkomen, het recht op goede huisvesting, het recht op drinkwater en energie, de gelijkheid van mannen en vrouwen, het recht op onderwijs, op cultuur, ...

We eisen dat de Europese regeringen, de Europese Commissie en de verkozen Europese parlementsleden beleidsmaatregelen (her)formuleren en implementeren die het recht op gezondheid voor allen garanderen. Daarvoor is het onontbeerlijk om massaal in kwaliteitsvolle publieke gezondheidszorg te investeren, met inbegrip van gezondheidspromotie en -preventie en eerstelijnszorg.

Overheidsmiddelen mogen onder geen geding gebruikt worden voor de financiering van private en commerciële gezondheidsdiensten: gezondheid is geen koopwaar. Europa moet haar lidstaten niet enkel ondersteunen om hun gezondheidssystemen en sociale beschermingsmaatregelen te vrijwaren van vrije marktmechanismen, maar ze daarentegen ook aanmoedigen om er zelf op een gepaste wijze in te investeren. Publieke gezondheidsdiensten moeten buiten de commerciële logica blijven voor al wat hun functioneren aanbelangt: logistieke dienstverlening, diensten, producten, materialen nodig voor het aanbieden van kwaliteitsvolle gezondheidszorg (geneesmiddelen, onderzoek, medische infrastructuur, etc.) Een eind maken aan de ongelijkheden op het vlak van gezondheid veronderstelt eveneens het

structureel aanpakken van de armoede, werkloosheid, preciaire leefomstandigheden en sociale uitsluiting van de 125 miljoen armen in Europa, met speciale aandacht voor bepaalde minderheden zoals de Roma en migrantenwerkers van buiten de Europese Unie die nu vaak in mensonwaardige omstandigheden leven en werken.

Het besparingsbeleid is schadelijk voor de gezondheid en verergert de situatie voor de Europese bevolking enkel maar. Het opzetten van een Europees programma voor het behoud van het recht op gezondheid, sociale actie en sociale bescherming houdt in dat een einde dient gemaakt te worden aan de blinde besparingsmaatregelen die doorheen de ganse Unie worden geïmplementeerd. Gezondheid en mensenrechten dienen te primeren boven financiële en rendabiliteitslogica.

Meer nog, het gaat over het opzetten, door de EU, van een **programma voor het herstel van de geleden schade** die de bevolking door dit beleid heeft geleden, om te toegang en kwaliteit van de zorgen opnieuw te garanderen, in het bijzonder in die landen die zeer strenge restricties opgelegd kregen als voorwaarde voor het krijgen van financiële steun.

Tussen financieel geldgewin en gezondheid moet er gekozen worden. De Europese bevolking is niet verantwoordelijk voor de staatsschuld. Het is noch op gezondheid noch op sociale bescherming dat er mag bespaard worden. De economie en het financiewezen moeten ter dienste staan van het welzijn van de bevolking, niet omgekeerd.



We eisen dat de onderhandelingen over het trans-Atlantisch handelsakkoord onmiddellijk gestaakt worden. De sociale en milieunormen moeten bij hoog en laag verdedigd worden om een betere gezondheid voor de bevolking te garanderen. De staten moeten toegelaten worden regels uit te vaardigen die bindend zijn voor de gezondheidsoperators, in het bijzonder de afwezigheid van een winst oogmerk. Gezondheid en sociale bescherming moeten gevrijwaard worden van elke mogelijke aanval van het kapitaal. **Gezondheid en sociale bescherming moeten onttrokken worden aan de richtlijnen rond “overheidsopdrachten”.**



- 1 Wanneer we het in het vervolg van de tekst hebben over publieke of openbare diensten, betreft het zowel publieke operatoren als niet-commerciële operatoren (zonder lucratieve doeleinden) die instaan voor het aanbieden van publieke gezondheidszorg en daarover een overeenkomst met de overheid hebben afgesloten.
- 2 Zie presentaties en verslagen van de IAHP conferentie “Health care delivery and financing: non commercial goods” (Antwerpen, december 2013): <http://iahpconference2013.wordpress.com/>
- 3 Antwoord van de Eurocommissarissen tijdens de vergadering van het Europees Netwerk van 14 maart 2013.
- 4 [http://www.eu2013.lt/en/news/unions-program-to-reduce-health-inequalities-promote-innovation-](http://www.eu2013.lt/en/news/unions-program-to-reduce-health-inequalities-promote-innovation-in-health-)
- 5 [in-health-](http://www.eu2013.lt/en/news/unions-program-to-reduce-health-inequalities-promote-innovation-in-health-)
- 6 Bron: Databank gezondheid OECD (2013).
- 7 Bron : Comptes-protection-sociale-2011 DREES (2013).
- 8 Communiqué Eurostat van 5 december 2013
- 9 Publicatie Dexia / Hope, november 2009
- 10 Bron: Databank gezondheid OECD (2013).
- 11 Bron: Databank gezondheid OECD (2013).
- 12 Bonovas S. & Nikolopoulos G. (2012) High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public tragedy. J Prev Med Hyg, 53, 169-71.
- 13 L’impact de la crise financière sur les femmes d’Europe de l’Ouest. Windy Harcourt, AWID
- 14 Corriere della Sera, 9 mei 2009.
- 15 Financial crisis, austerity and health in Europe. The Lancet. 27 maart 2013
- 15 60ste sessie van de WHO Europe EUR/RC60/TD.3, Moskou september 2010
- 17 Cfr. Supra p 6.

Gezondheid en sociale bescherming zijn niet te koop!



VU : Europees Netwerk tegen de Privatisering en Commercialisering van de Gezondheid en Sociale Bescherming
Isabelle Heymans - Haachtsesteenweg, 53 - 1210 Brussel - Februari 2014