

Na Cancún: hoe nu verder? Waar zijn wij vóór? Tweede Ronde Tafel gesprek op 20 februari 2004

Toegang tot zorg; effecten van de handel in gezondheidsdiensten

Anke Tijtsma
WEMOS

Handel in gezondheidsdiensten

De toenemende internationale handel heeft directe gevolgen voor de gezondheid van mensen, met name in ontwikkelingslanden. In theorie zou de liberalisering van handel moeten leiden tot een afname van armoede, met gunstige gevolgen voor de gezondheid. De praktijk wijst echter uit dat de winst van internationale handel ongelijk wordt verdeeld.

We zien in veel ontwikkelingslanden dat overheden kampen met een tekort aan financiële middelen voor de gezondheidszorg. Ze staan daardoor privatisering in de zorg toe door delen van hun publieke gezondheidszorg af te stoten. Dit heeft allerlei negatieve gevolgen voor de beschikbaarheid van zorg (aanbod) en de toegang tot zorg voor iedereen.

Het gezondheidsbeleid van ontwikkelingslanden wordt niet alleen beïnvloed door nationaal overheidsbeleid, maar ook door organisaties als de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) en de WTO. Daarnaast zien we de grote invloed van internationale donoren die voorwaarden stellen aan de financiële steun die ze verstrekken. Vooral de Wereldbank en het IMF stimuleren de privatisering van wat zij beschouwen als inefficiënte publieke diensten, waaronder grote delen van de gezondheidszorg.

De trend tot privatisering in de zorg wordt nog verder versterkt door internationale afspraken rond de liberalisering van diensten. Het binnen de WTO tot stand gekomen *General Agreement on Trade in Services* (GATS) spoort overheden aan (delen van) de gezondheidszorg open te stellen voor binnen- en buitenlandse private partijen.

Tweedeling in de toegang tot zorg voor iedereen

Vrije handel kan bedreigend zijn voor het recht op gezondheid. In veel landen worden de effecten van privatisering in de zorg steeds zichtbaarder. We zien grotere maatschappelijke ongelijkheid en extra risico's voor de gezondheid door een verdere tweedeling, waarbij mensen die het kunnen betalen toegang hebben tot de veelal private zorg die wordt aangeboden en de mensen zonder inkomen zijn aangewezen op ondergefinancierde publieke voorzieningen. Voor grote delen van de bevolking verslechtert de toegang tot zorg. Er ontstaat een uitgekleed publiek zorgstelsel met weinig financiële middelen.

In Kenia bijvoorbeeld, zijn veel ziektekostenverzekeraars in handen van buitenlandse ondernemingen. Zij weigeren vaak chronisch zieken (zoals Hiv/Aids-patiënten) op te nemen. Bovendien, zien we dat in sommige landen de sociale verzekeringssystemen worden ondermijnd door de competitie van buitenlandse verzekeringsmaatschappijen. Nationale verzekeringssystemen zijn vaak gericht op spreiding van kosten tussen de diverse publieke zorgsectoren. Immers 'winsten' in de ene publieke sector worden aangewend om een andere publieke sector te financieren¹. Op die manier garanderen overheden de beschikbaarheid en toegang tot zorg.

¹ Mogelijkheden tot *cross-subsidization* en *risk-pooling* (waarop veel duurzame gezondheidssystemen zijn gebaseerd) nemen af, met directe gevolgen voor *fair financing* en gelijke toegang (*equity*) tot zorg.

Ook zijn er voorbeelden van commerciële (private) ziekenhuizen die patiënten naar huis sturen die geen geld hebben voor verdere behandeling of ze laten ze in de keuken werken om hun rekeningen te betalen.

Door de expansie van de private sector zien we dat buitenlandse en privé-ziekenhuizen de artsen en het verplegend personeel aantrekken uit de publieke sector om de stedelijke elite te dienen of tijdelijk in het 'rijke westen' te gaan werken waar hogere lonen worden geboden. Dit leidt vaak tot onvoldoende zorgpersoneel in de publieke sector in met name de rurale gebieden van veel ontwikkelingslanden met directe gevolgen voor de zorgvoorziening in die gebieden.

Een ander fenomeen is dat de private sector zich vaak niet richt op het aanbieden van basis en preventieve zorg (zoals vaccinaties of behandeling van malaria) maar zich veelal richt op meer lucratieve curatieve diensten voor de rijkere bevolking (bijvoorbeeld tandheelkundige zorg). Dit biedt immers meer garanties op winst².

Verder zien we dat sommige overheden hun financiële bronnen meer en meer besteden aan de behandeling van buitenlandse patiënten, waarvoor veelal financiële middelen weggehaald worden uit de geldpot die eigenlijk bedoeld is om nationale behoeften te dekken.

Gezondheid is geen handelswaar!

Wemos werkt vanuit de gedachte dat iedereen recht heeft op een optimale gezondheid. Internationale standaarden, regelgeving en afspraken zijn noodzakelijk om de gezondheid van mensen in ontwikkelingslanden te kunnen beschermen en bevorderen. Ons streven is internationaal beleid te beïnvloeden om de gezondheid van mannen en vrouwen in ontwikkelingslanden te verbeteren. Het is hiervoor van essentieel belang dat iedereen toegang tot zorg heeft.

Wemos ziet een duidelijke regulerende rol weggelegd voor nationale overheden en internationale organisaties (WHO) in het waarborgen van het universele recht op toegang tot zorg. Het is belangrijk dat de overheid de handel in gezondheidsdiensten reguleert en gezondheidsbelangen ten gehore brengt in het handelsdebat³. We moeten voorkomen dat gezondheidsbeleid wordt bepaald door economische belangen, commerciële marktprincipes en handelsverdragen die allemaal de trend tot privatisering in de zorg voeden. Daarnaast is het essentieel dat de mogelijk sociale en gezondheidseffecten van handel in gezondheidsdiensten geanalyseerd worden. Wemos pleit zodoende voor monitoring en impact assessment studies. Publieke diensten moeten buiten het wereldhandelsoverleg gehouden worden. Wemos is geen voorstander van het openstellen van de gezondheidssector onder het GATS verdrag⁴.

Immers, gezondheid mag nooit ondergeschikt zijn aan economische belangen!

² Winsten die dikwijls niet worden aangewend om noodzakelijke investeringen in de basiszorg voor de armen en preventieve zorg te financieren. De zorg wordt meer en meer gestuurd door aanbod in plaats van door behoeften. Er wordt niet aangesloten bij de daadwerkelijke zorgbehoeften (*needs based approach*) van de bevolking. Het marktgerichte model kan een bedreiging vormen voor het functioneren van gezondheidssystemen aangezien het model stoelt op winst en effecten op met name korte termijn beoogt (niet duurzaam). We zien bovendien veel geld verdwijnen in eenmalige investeringen voor dure apparatuur (MRI scans en andere 'high tech') en medicatie terwijl er juist ook geld nodig is voor het versterken van een geïntegreerd gezondheidssysteem.

³ Bij vergaderingen van de WTO zijn vaak alleen de ministers van financiën en handel van een land aanwezig, terwijl er een duidelijke rol is voor ministers van gezondheid.

⁴ Door liberalisering onder GATS zijn er niet alleen bedreigingen voor toegang tot zorg, maar ook voor gezondheid in algemene zin, aangezien GATS ook andere service sectoren dekt met (in)directe effecten op de gezondheidssituatie van de bevolking. Zo leidt de liberalisering van de watersector in veel landen tot verhoogde tarieven die door arme huishoudens niet kunnen worden opgebracht. Dit belemmert de toegang tot schoon water met alle gezondheidsproblemen van dien.