Migratie: de oplossing voor het personeelstekort in de zorg- en gezondheidssector?

Koning Boudewijnstichting
Samen werken aan een betere samenleving

Migratie: de oplossing voor het personeelstekort in de zorg- en gezondheidssector?

Auteurs:
Johan Wets, onderzoeksleider (HIVA K.U.Leuven)
Tom de Bruyn, senior onderzoeker (HIVA K.U.Leuven)
m.m.v. Johan Geets (UA)

Koning Boudewijnstichting
Samen werken aan een betere samenleving

COLOFON

Migratie:
de oplossing voor het personeelstekort in de zorg- en gezondheidssector?

Cette publication est également disponible en français sous le titre:
La migration : la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé ?

Een uitgave van de Koning Boudewijnstichting,
Brederodestraat 21 te 1000 Brussel

AUTEURS	Johan Wets en Tom de Bruyn, Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving, HIVA, K.U.Leuven
ONDER DE WETENSCHAPPELIJKE LEIDING VAN	Johan Wets
REDACTIONELE BIJDRAGEN	Johan Geets
COÖRDINATIE VOOR DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING	Françoise Pissart, directeur Fabrice de Kerchove, projectverantwoordelijke Prabhu Rajagopal, projectmedewerker Dany Doublet, directieassistente
GRAFISCH CONCEPT	PuPiL
VORMGEVING	Tilt Factory
PRINT ON DEMAND	Manufast-ABP vzw, een bedrijf voor aangepaste arbeid

Deze uitgave kan gratis worden gedownload van onze website www.kbs-frb.be

Een afdruk van deze electronische uitgave kan (gratis) besteld worden :
on line via www.kbs-frb.be, per e-mail naar publi@kbs-frb.be of telefonisch bij het contactcentrum van de Koning Boudewijnstichting, tel +32-70-233 728, fax +32-70-233 727

Wettelijk depot:	D/2893/2011/40
ISBN-13:	978-90-5130-757-3
EAN:	9789051307573
BESTELNUMMER:	3022

December 2011

Met de steun van de Nationale Loterij

VOORWOORD

Europa maakt al enkele jaren een groeiende polarisering door in het debat over migratie en integratie. Het onderwerp is complex, ligt politiek gevoelig en vormt een steeds belangrijkere bekommernis bij heel wat burgers. De Belgische context is niet vreemd aan deze veranderingen.

Om een goed geïnformeerd debat zonder taboe op gang te kunnen brengen, dat steunt op objectieve gegevens, dienen de betrokken actoren te kunnen terugvallen op een duidelijk kader. De Koning Boudewijnstichting hoopt met haar werking op het vlak van migratie en integratie hiertoe de nodige voorwaarden te scheppen.

Met voorliggend onderzoek wenst de Stichting deze lijn door te trekken en een licht te werpen op een nieuw thema: de internationale aanwerving van gezondheidswerkers. In de zorg- en gezondheidssector bevindt België zich, net als andere landen in de Europese Unie, voor grote uitdagingen. De vergrijzing van de maatschappij doet de vraag naar zorg en de nood aan goed opgeleide zorgverleners steeds toenemen. Zorginstellingen slagen er niet in om voldoende gekwalificeerde medewerkers te vinden om hun banen in te vullen.

Om de personeelstekorten in de sector op te vangen kunnen verschillende pistes nagestreefd worden, waaronder het aanwerven van personeel uit het buitenland. Op vraag van de Stichting voerde het HIVA (KULeuven) een onderzoek uit om dit fenomeen nauwkeuriger te bestuderen. Hoe is het gesteld in België met de aanwezigheid van gezondheidspersoneel van buitenlandse oorsprong? Uit welke landen zijn deze personen vooral afkomstig? Via welke kanalen komen ze terecht op de Belgische arbeidsmarkt? Welke rol spelen rekruteringsagentschappen hierin? Wat is de impact hiervan op hun land van herkomst? Op deze en andere vragen tracht dit onderzoek een antwoord te bieden.

In België vormt de rekrutering van buitenlands personeel geen wijdverspreide strategie. In vergelijking met een aantal andere Europese landen doen Belgische zorginstellingen nog niet op systematische wijze beroep op deze optie. Om al of niet tot deze beslissing over te gaan, spelen verscheidene factoren een rol. De opleidingen die deze personen hebben genoten, en de erkenning en gelijkschakeling van behaalde diploma's, is vaak een belangrijk knelpunt. Anderzijds is er vanzelfsprekend ook de kwestie van taal: hoe vlot slagen de aangeworven medewerkers er in de taal van de regio machtig te worden.

Voorts moet er ook nagedacht worden over de domeinen waar actie nodig is: zo wordt de uitoefening van de functie van verpleger bijvoorbeeld vaak ter sprake gebracht. Het aanzwengelen van interesse voor opleidingen verpleegkunde, een aantrekkelijkere invulling van de functie, en andere initiatieven die inspelen op de concrete beoefening van de taken kunnen evenzeer een piste van actie vormen. Maar volstaat dit om potentiële tekorten op te vangen, of zou het gepaard moeten of kunnen gaan met buitenlandse aanwervingen?

Een keerzijde van internationale rekrutering zijn de gevolgen voor de landen van herkomst. Het probleem van brain drain, verlies aan gekwalificeerde arbeidskrachten, wordt hierbij vaak naar voren gehaald; andere stemmen zien hier integendeel een meerwaarde in, gezien de opgedane ervaringen van verplegers en artsen in het Westen een versterking kunnen betekenen voor het zorgsysteem in eigen land.

Uiteraard rest de vraag of dit een bewuste beleidskeuze kan en mag worden. De kwestie van arbeidsmigratie raakt aan het hart van welk migratiebeleid België, en bij uitbreiding Europa, willen nastreven. De demografische veranderingen die het continent momenteel doormaakt maken een goede omkadering van dit vraagstuk al te dringender. Met dit initiatief hoopt de Koning Boudewijnstichting een bijdrage te kunnen leveren aan een ernstige reflectie over dit onderwerp.

Koning Boudewijnstichting
December 2011

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD **5**

SAMENVATTING **9**

RÉSUMÉ **13**

EXECUTIVE SUMMARY **17**

LIJST AFKORTINGEN **21**

INLEIDING **23**

HOOFDSTUK 1
INTERNATIONALE REKRUTERING IN EEN BELGISCHE CONTEXT . . **27**
1.1. Vraag en aanbod aan arbeidskrachten in de Belgische gezondheidszorg . . . 27
1.2. Vereisten en procedures om als buitenlander in België in de gezondheidszorg te werken 31
1.3. Buitenlands personeel in de zorgsector 36
1.4. Internationale rekrutering van gezondheidspersoneel in België 50

HOOFDSTUK 2
DE INTERNATIONALE CONTEXT: DE INTERNATIONALE MOBILITEIT VAN MEDISCH PERSONEEL IN EEN SELECTIE VAN ONTVANGENDE LANDEN **61**

HOOFDSTUK 3
THEORETISCHE ACHTERGROND BIJ DE DISCUSSIE **69**
3.1. Het wie, waarom en hoe van internationale tewerkstelling 69
3.2. Waarom er weerstand bestaat: het verband tussen migratie en ontwikkeling 75

HOOFDSTUK 4
UITLEIDING: ENKELE INTERNATIONALE INITIATIEVEN M.B.T. DE ONTWIKKELING VAN EEN ETHISCHE CODE **83**

PUNTSGEWIJZE SYNTHESE EN CONCLUSIE **91**

BIJLAGEN **97**
Bijlage 1: Lijst tabellen 97
Bijlage 2: Lijst figuren 97
Bijlage 3: Interviewinformatie 99
Bijlage 4: WHO-gedragscode 101

BIBLIOGRAFIE **109**

SAMENVATTING

Er wordt al geruime tijd gediscussieerd over het al dan niet bestaan van huidige en toekomstige tekorten in de gezondheidssector in België. Deze discussie wordt belemmerd door het gebrek aan gegevens over het aantal mensen dat actief is in de gezondheidssector. Vooral voor sommige beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen, is dit een hinderpaal. Uitgebreide toekomstprojecties van professor Jozef Pacolet laten zien dat er theoretisch geen gebrek aan verpleegkundigen zou mogen bestaan in België. In de praktijk ervaren echter flink wat rust- en verzorgingstehuizen en ook ziekenhuizen personeelstekorten. Deze tekorten brengen in sommige gevallen zelfs de werking van de instelling in het gedrang. Het verschil tussen theorie en praktijk wordt onder meer verklaard door de vele deeltijdse arbeid in de sector, en de gebrekkige aantrekkelijkheid van bepaalde verpleegkundige en verzorgende functies en taken.

Om personeelstekorten op te vangen, worden veelal drie pistes naar voor geschoven: (1) het verhogen van de aantrekkelijkheid van het beroep, (2) een actief rekruteringsbeleid binnen de arbeidsreserve en (3) internationale rekrutering. Het Belgische beleid heeft zich tot hier toe voornamelijk geconcentreerd op de eerste twee pistes.

De internationale rekrutering van gezondheidspersoneel in België is nog relatief kleinschalig, alhoewel ze de laatste jaren in stijgende lijn gaat. Rekruteringsbureaus zijn pas zeer recent activiteiten op dit gebied beginnen ontwikkelen. De voornaamste landen waar men medisch personeel rekruteert zijn Polen en Roemenië in Europa, en buiten Europa de Filippijnen en Libanon. In de meeste gevallen gaat het om enkele tot enkele tientallen verpleegkundigen per jaar. Alhoewel de internationale rekrutering nog in haar kinderschoenen staat en sommige bureaus nog in de pilootfase zitten, hebben een aantal zorginstellingen (bijv. Europaziekenhuis in Brussel) al positieve ervaringen. De dienstverlening van de bureaus is vaak op maat van de zorginstelling en er wordt - in mindere of meerdere mate - aandacht besteed aan de inburgering van de kandidaat in België, aan taalonderwijs, het in orde brengen van administratieve vereisten, etc.

De belangrijkste problemen met betrekking tot de inzet van de nieuwkomers op de Belgische arbeidsmarkt hebben te maken met taal- en cultuurverschillen, andere takenpakketten, heimwee naar het thuisland en academische erkenning van de diploma's.

De meeste in België actieve artsen en verpleegsters van buitenlandse herkomst (cijfers 2007) hebben een Belgisch diploma. Zowat 30 % van de artsen (i.e. 8.000) en 15 % van de verpleegkundigen (i.e. 9.200) die in het buitenland geboren zijn, heeft zijn of haar diploma ook in het buitenland

gehaald. De anderen zijn actief op basis van in België verworven diploma's. Ongeveer 5% van de artsen en 1% van de verpleegkundigen heeft een buitenlands diploma. Hoewel er een toename is in de immigratie van de buitenlandse verpleegkundigen en artsen, is de instroom uit niet-Europese landen nog relatief laag – zeker in vergelijking met landen zoals het Verenigd Koninkrijk.

De rekrutering van medisch geschoold personeel stoot op een aantal ethische grenzen. Hoewel er een overaanbod is van werkkrachten in het Zuiden, is er ook op de binnenlandse arbeidsmarkt van de migrantenzendende landen een tekort aan geschoold personeel. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat in een rapport van 2006 het wereldwijde tekort aan gezondheidswerkers op 4,3 miljoen. De WHO maakt gewag van 57 landen met een kritisch tekort aan gezondheidswerkers, waarvan er 36 in Sub-Sahara Afrika te vinden zijn.

Tot op zekere hoogte kan de migratie van hoogopgeleiden een voordeel zijn voor het land van herkomst omwille van het sociale en economische rendement. Migranten die het in het buitenland hebben gemaakt, creëren ook kansen voor hen die op de lokale arbeidsmarkt zijn achtergebleven – er is minder concurrentie – en hun succesverhalen kunnen andere generaties ertoe aanzetten om de vaardigheden te verwerven die nodig zijn om in hun voetsporen te treden. Het vooruitzicht om voor een hoger loon en in betere omstandigheden in het buitenland te gaan werken, kan ook stimulerend werken om hoger onderwijs te volgen, waardoor de studenteninstroom groter is dan zonder migratie het geval zou zijn. Indien meer studenten er achteraf voor kiezen om na hun afstuderen in eigen land te blijven, wordt ook de kennis lokaal versterkt.

Ook migratie van hoger opgeleiden kan op die wijze positief zijn, maar dit veronderstelt dat er toch een minimum aantal gekwalificeerde mensen aanwezig is, wat door de band niet waar is voor medisch getraind personeel. Wanneer beroepsmensen of geschoolde arbeidskrachten het land verlaten en er is niemand om hen te vervangen, dan kan er nauwelijks sprake zijn van een voordeel voor de gemeenschap. De situatie verschilt naargelang het betrokken land, de regio in dat land en zelfs per sector is de dynamiek verschillend.

Voor sommige landen zoals de kleine eilandstaten in Micronesië is de situatie ronduit dramatisch. De emigratie van verpleegkundigen uit tal van eilanden in de Stille Oceaan en de Caraïben is een verlies en een uitdaging voor die landen. De migratie van Filippijnse verpleegkundigen maakt deel uit van de strategie die de Filippijnse overheid op het vlak van de export van arbeidskrachten heeft ontwikkeld. De Filippijnen worden vaak aangehaald als het voorbeeld van een land dat de 'business' van de export van geschoolde arbeidskrachten (*brain business*) gebruikt ten voordele van de academische industrie en als een manier om geld en internationale connecties naar de Filippijnen te halen. Maar ook landen die de export van gekwalificeerd personeel tot hun beleid hebben gemaakt zoals de Filippijnen, hebben te kampen met tekorten. Sociale bewegingen op de Filippijnen, gesteund door Sociale bewegingen in de geïndustrialiseerde wereld trekken aan de alarmbel.

Het blijft een belangrijk gegeven dat de zwakkere partij in een markt met een ongelijke verdeling van de macht steeds aan het kortste eind trekt. De geïndustrialiseerde landen kunnen dat bijsturen door een gedragscode uit te werken (en/of te aanvaarden) om situaties te vermijden waarbij westerse landen bijvoorbeeld Afrikaanse verpleegkundigen rekruteren voor de Europese markt, en dit in de wetenschap dat de regio van herkomst zelf met een tekort zit.

Het laatste decennium is door een aantal landen gewerkt aan een ethische code voor de aanwerving van medisch personeel in de ontwikkelingslanden. In de Europese context dringt ook de Commissie aan op ethische rekrutering en is door de Europese "sociale partners" die op het terrein actief zijn samen een ethische code ontwikkeld. In een aantal op dit vlak ondernomen initiatieven wordt steevast verwezen naar ontwikkelingen in de schoot van de Wereldgezondheidsorganisatie. Deze hebben sinds begin 2010 duidelijk vorm gekregen toen een WHO-gedragscode in de World Health Assembly werd aangenomen. Met de WHO-gedragscode ligt er een blauwdruk klaar om verdere discussie in de Belgische context mee vorm te geven. De belangen van de landen van herkomst, de belangen van de landen van bestemming, de belangen van de individuele migranten, de rol van de overheden, van werkgevers en van intermediairen zoals rekruteringsbureaus komen hierin allemaal aan bod.

RÉSUMÉ

La question des pénuries actuelles et futures dans le secteur des soins de santé en Belgique est en débat depuis pas mal de temps déjà. Ce débat est d'autant plus difficile que l'on manque de données sur le nombre de personnes actives dans ce secteur, en particulier pour certaines catégories professionnelles comme le personnel infirmier. Les projections détaillées du professeur Jozef Pacolet montrent qu'en théorie on ne devrait pas manquer d'infirmiers et d'infirmières en Belgique. Mais dans la pratique, un grand nombre de maisons de soins et de repos ainsi que d'hôpitaux souffrent de pénuries de personnel, qui peuvent même parfois compromettre le bon fonctionnement de l'institution. Pour expliquer cet écart entre la théorie et la pratique, on invoque entre autres la forte proportion de travail à temps partiel dans le secteur et le manque d'attrait de certaines fonctions d'infirmiers ou d'aides-soignants.

Trois pistes sont généralement mises en avant pour combler ces pénuries: (1) accroître l'attractivité du métier, (2) mener une politique active de recrutement dans le réservoir de main-d'œuvre et (3) recruter du personnel à l'étranger. Jusqu'ici, la politique belge s'est principalement concentrée sur les deux premières pistes.

Le recrutement international de professionnels de la santé se fait encore à relativement petite échelle en Belgique, même s'il est en progression ces dernières années. Ce n'est que depuis très peu de temps que des bureaux de recrutement ont commencé à développer des activités dans ce domaine. Les principaux pays où l'on recrute du personnel médical sont la Pologne et la Roumanie, en Europe, ainsi que les Philippines et le Liban. Dans la plupart des cas, il ne s'agit que de quelques dizaines d'infirmiers et d'infirmières par an. Bien que ce recrutement international en soit encore à ses balbutiements et que certains bureaux n'en soient toujours qu'à la phase pilote, plusieurs établissements de soins (comme les cliniques de l'Europe à Bruxelles) ont déjà des expériences positives. Ces bureaux fournissent des services sur mesure et se chargent, à des degrés divers, de faciliter l'intégration du travailleur dans la société belge, notamment par des cours de langue et l'accomplissement de formalités administratives.

Les principaux problèmes que pose l'arrivée de ces nouveaux travailleurs sur notre marché de l'emploi ont trait à des différences linguistiques et culturelles, à des contenus de fonction différents, au mal du pays et à la reconnaissance académique des diplômes.

La plupart des médecins et des infirmiers d'origine étrangère qui sont actifs en Belgique possèdent un diplôme belge (chiffres 2007): seuls environ 30% des quelque 8.000 médecins et 15% des quelque 9.200 infirmiers et infirmières nés à l'étranger y ont aussi obtenu leur diplôme. À peu près 5% des médecins et 1% des infirmiers et infirmières ont donc été diplômés à l'étranger. Si l'immigration de personnel soignant est en hausse, les flux en provenance de pays extra-européens restent encore relativement faibles, surtout en comparaison avec des pays comme le Royaume-Uni.

Le recrutement de personnel médical qualifié se heurte à un certain nombre de limites éthiques. L'excédent global de main-d'œuvre dans le Sud n'empêche pas un manque de personnel qualifié sur le marché de l'emploi des pays d'origine. Dans un rapport de 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il manque 4,3 millions de travailleurs de la santé dans le monde. Elle cite 57 pays qui souffrent d'un déficit critique de professionnels de la santé, dont 36 en Afrique subsaharienne.

Jusqu'à un certain point, le pays qui voit émigrer des travailleurs hautement qualifiés peut en retirer des avantages en termes de rentabilité économique et sociale. Les migrants qui ont réussi à faire carrière à l'étranger créent des opportunités pour ceux qui sont restés sur le marché local de l'emploi – puisqu'ils réduisent la concurrence – et leur réussite peut inciter les générations suivantes à acquérir les compétences nécessaires pour suivre leur exemple. La perspective d'aller travailler à l'étranger pour un meilleur salaire et dans de meilleures conditions peut aussi stimuler davantage de jeunes à entamer des études supérieures. Si ces jeunes diplômés sont ensuite plus nombreux à rester au pays à l'issue de leurs études, cela élève le niveau général de qualification.

Cet effet positif de l'émigration suppose néanmoins que le pays d'origine continue à disposer d'un minimum de travailleurs qualifiés, ce qui n'est généralement pas le cas pour le personnel médical. S'il n'y a personne pour remplacer les professionnels qualifiés qui quittent le pays, on peut difficilement considérer que la communauté locale en tire un avantage. La situation varie donc d'un pays, voire d'une région à l'autre. Il peut même y avoir une dynamique différente selon le secteur concerné.

Pour certains pays, comme les petits Etats insulaires de Micronésie, la situation est carrément dramatique. L'émigration d'infirmiers et d'infirmières d'un grand nombre d'îles du Pacifique et des Caraïbes est une perte et un défi pour ces pays. Aux Philippines, ce mouvement s'inscrit plutôt dans la stratégie d'exportation de main-d'œuvre qui a été développée par le gouvernement philippin. Les Philippines sont souvent citées comme l'exemple d'un pays qui réussit à utiliser ce 'marché' de l'exportation de personnel qualifié (*brain business*) au bénéfice de son secteur académique et qui se sert de ce moyen pour attirer de l'argent et bénéficier de connexions internationales. Mais les pays qui se sont lancés dans cette voie souffrent également de pénuries de personnel et des mouvements sociaux philippins, soutenus dans le monde industrialisé, tirent aujourd'hui la sonnette d'alarme.

Il ne faut pas perdre de vue que, dans un marché où les rapports de pouvoir sont inégaux, c'est toujours le plus faible qui est désavantagé. Les pays industrialisés peuvent remédier à cela en élaborant (ou en adoptant) un code de bonne conduite afin d'éviter des situations où, par exemple, des pays occidentaux recrutent des infirmières africaines pour le marché européen en sachant très bien que la région d'origine est elle-même confrontée à une pénurie de personnel médical.

Au cours de la dernière décennie, certains pays ont élaboré un code éthique pour le recrutement de personnel médical dans les pays en développement. Dans le contexte européen, la Commission fait également pression pour favoriser ce recrutement éthique et les partenaires sociaux européens qui sont actifs sur le terrain ont développé un code de bonne conduite. Un certain nombre d'initiatives prises dans ce domaine se réfèrent systématiquement à des évolutions qui sont en cours au sein de l'OMS. Celles-ci ont clairement pris forme au début 2010 avec l'adoption d'un code de conduite de l'OMS lors de la World Health Assembly. Ce code fournit un modèle qui permet d'alimenter le débat dans le contexte belge. En effet, il intègre aussi bien les intérêts des pays d'origine, des pays de destination et des migrants individuels que le rôle des pouvoirs publics, des employeurs et des intermédiaires comme les bureaux de recrutement.

EXECUTIVE SUMMARY

The question of current and future shortages in the healthcare sector in Belgium has been debated for some time already. It is a difficult debate since we lack data about the number of people working in the sector and, in particular, in certain professional categories such as nursing. Detailed projections made by Professor Jozef Pacolet show that in theory we should not be short of nurses in Belgium. In practice, however, a great number of nursing and old people's homes and hospitals suffer from shortages and these may sometimes even compromise the proper functioning of the institution. To explain this difference between the theory and practice, factors such as the large proportion of part-time workers in the sector and the low appeal of some of the functions of nurses and auxiliaries are evoked.

Three possible solutions are generally suggested as a means of filling the gaps: (1) increasing the job appeal, (2) implementation of an active recruitment policy from the labour reservoir and (3) recruitment of personnel from abroad. Up to now, Belgian policy has mainly focused on the first two options.

International recruitment of healthcare professionals is relatively small-scale in Belgium, even though it has been on the increase in recent years. It has only been recently that recruitment agencies have begun to develop activities in this sector. The key countries where medical personnel have been recruited are Poland and Romania in Europe, as well as the Philippines and Lebanon. In most cases, this amounts to only a few dozen nurses each year. Whilst international recruitment is still in its infancy and some agencies are still in the pilot phase, several healthcare establishments (such as the Cliniques d'Europe in Brussels) have already had positive experiences. These agencies provide tailor-made services and undertake, to various degrees, to facilitate the worker's integration into Belgian society, notably via language courses and taking charge of administrative formalities.

The main problems posed by the arrival of these new workers on our labour market are those relating to linguistic and cultural differences, the different job function content, homesickness and the recognition of academic degrees.

Most foreign-born doctors and nurses working in Belgium have a Belgian qualification (based on 2007 figures): only some 30% of the approximately 8,000 doctors and 15% of the roughly 9,200 nurses born abroad also qualified abroad. Thus, around 5% of the doctors and 1% of the nurses qualified abroad. If immigration of care personnel is rising,

the flow from countries outside Europe remains relatively low, especially compared with countries such as the UK.

The recruitment of medically-qualified personnel faces a certain number of ethical limitations. The global surplus of labour in developing countries does not preclude a lack of qualified personnel on the labour market in the countries of origin. In a 2006 report, the World Health Organization (WHO) estimated that there is a shortfall of 4.3 million healthcare workers in the world. It cites 57 countries suffering from a critical deficit of healthcare professionals, 36 of which are in Sub-Saharan Africa.

Up to a certain point, the country that sees highly-qualified workers emigrate may benefit in terms of economic and social profitability. Migrants who have succeeded in building a career abroad create opportunities for those who remain on the local labour market – since they reduce competition - and their success can motivate successive generations to acquire the necessary skills to follow their example. The perspective of working abroad in better conditions and for a higher salary can also stimulate young people to study at higher educational level. If more of these young graduates are then motivated to remain in their own country at the end of their studies, this in turn raises the overall level of qualification.

This positive effect of emigration nevertheless assumes that the country of origin continues to have a minimum of qualified workers, which is not generally the case for medical personnel. If there is no-one to replace the qualified professionals who leave the country, it is difficult to imagine that the local community benefits from this. The situation thus varies from one country, and even one region, to another. There could even be a different dynamic in function of the sector concerned.

For some countries, such as the small insular states of Micronesia, the situation is truly dramatic. The emigration of nurses from numerous Pacific and Caribbean islands is a loss and a challenge for these countries. In the Philippines, this movement is part of the labour export strategy developed by the Philippine government. The Philippines are often cited as the example of a country that has succeeded in using this 'market' of exporting qualified personnel (the 'brain business') to the benefit of its academic sector which makes use of this to attract money and benefit from international connections. However, the countries that have launched themselves on this route also suffer from personnel shortages and Philippine social movements, which are supported in the industrialised world, are today sounding the alarm.

One must also not lose sight of the fact that, in a market where the relationships of power are unequal, it is always the weak who are the most disadvantaged. Industrialized countries can remedy this by developing (or adopting) a code of good conduct so as to avoid situations in which, for instance, western countries recruit African nurses for the European market, knowing full well that the region of origin is itself confronted with a shortage of medical personnel.

During the last decade, some countries have developed an ethical code for the recruitment of medical personnel from developing countries. Within the European context, the Commission is also exerting pressure to favour ethical recruitment, whilst European social partners active on the ground have also developed a code of good conduct. A certain number of initiatives undertaken in this field refer systematically to developments underway within the WHO. The latter took clear shape at the beginning

of 2010 with the adoption of the WHO code of conduct during the World Health Assembly. This code offers a model that provides a basis for discussion within the Belgian context. In fact, it integrates as much the interests of the country of origin, the country of destination and the individual migrants as the role of government, employers and intermediaries such as the recruitment agencies.

LIJST AFKORTINGEN

ASGB	Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België
CeMIS	Centrum voor Migratie en Interculturele Studies – Universiteit Antwerpen
EER	Europese Economische Ruimte
FOD	Federale Overheidsdienst
GBO	Confederatie Belgische Geneesheren
ISCO	International Standard Classification of Occupations
NACE	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne
NARIC	National Academic Recognition Information Center
NVKVV	Beroepsvereniging voor verpleegkundigen en vroedvrouwen in Vlaanderen
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling
VK	Verenigd Koninkrijk
VLIR	Vlaamse Interuniversitaire Raad
WHO	World Health Organisation

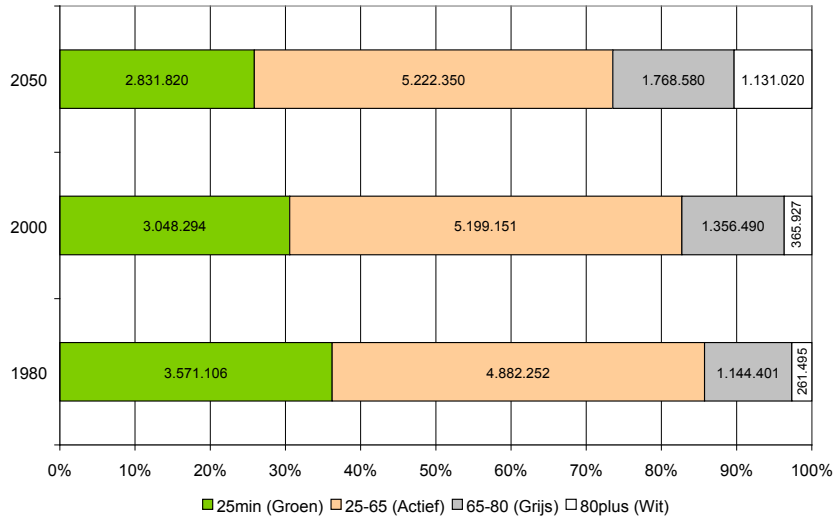
INLEIDING

Het komt regelmatig in de actualiteit: er is nood aan meer verplegend personeel. Ook begin 2011 pakten sommige kranten met spraakmakende koppen uit zoals "*120.000 verplegers te kort*" (Het Nieuwsblad, maandag 28 maart 2011). Vrijwel onmiddellijk komt er dan een reactie van ingewijden en van de sector, waaruit blijkt dat de betrokkenen in de discussie nog steeds niet dezelfde definities gebruiken. De babyboomgeneratie gaat binnenkort op pensioen en de vergrijzing zet zich voort. Tot zover bestaan er geen grote onenigheden. Over de aantallen die in de pers naar voor worden geschoven wel. Een tekort van 120.000 verpleegkundigen binnen de drie jaar zou betekenen dat het tekort even groot is als de totale tewerkstelling van verpleegkundigen, zoals o.m. door OESO (2008) wordt gerapporteerd (zie ook Pacolet & Merckx, 2006). Een tekort van 120.000 zorgverstrekkers, waarvan de geciteerde krant een stuk verder in het artikel gewag maakt, is echter een ander verhaal. Het aantal zorgverstrekkers is veel groter dan de verpleegkundigen alleen. Pacolet en Merckx (2006) tellen voor 2004 een totaal van 508.625 personen die als "health care professionals" (ISCO-classificatie) aan de slag zijn in de zorgsector (NACE 85) in België. Voor een gedegen discussie is er vooreerst nood aan een eenduidigheid waarover de discussie gaat.

Wat er ondertussen in de maatschappij gebeurt is al duidelijk. De nood groeit, de uitstroom in de sector zal toenemen als de babyboomgeneratie op pensioen gaat en de instroom van jongeren is voorlopig onvoldoende om in de vervanging te voorzien. Dit kan in mooie theoretische concepten beschreven worden: we hebben te maken met *ontgroening* (de vermindering van het aandeel jongeren onder de 25), de *vergrijzing* (de vermeerdering van het aantal ouderen ouder dan 65) en de "*verwitting*" (het aandeel hoogbejaarden uitgedrukt als percentage 80-plussers). De Belgische bevolking veroudert en de afhankelijkheidsgraad verandert. Deze demografische evolutie wordt opgevolgd. Het aantal en aandeel bejaarden en hoogbejaarden wordt in de *Demographic and Labour Force database* van de OESO geschat[1]. De verhoudingen voor België worden weergegeven in figuur 1.

1 Bron: www.oecd.org/els/social/indicators/SAG >zie indicator GE2 Age dependency ratio

Figuur 1. Evolutie van de leeftijdsstructuur van de Belgische bevolking 1980, 2000 en 2050



Bron OESO

Kort samengevat gaan er een aantal uitdagingen gepaard met deze evoluties. Het aantal hoogbejaarden neemt toe, wat leidt tot een grotere nood aan verzorgend personeel. De vergrijzing neemt toe, waardoor er mensen uit het arbeidsproces stromen, ook uit de zogenaamde 'witte economie', de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het aantal jongeren neemt af, waardoor er problemen met het handhaven van de instroom op de arbeidsmarkt kunnen ontstaan. Op de lijst van de knelpuntberoepen zijn ook de verpleegkundigen opgenomen (Verpleegkundige dringende hulpverlening & Verpleegkundige palliatieve zorgen – gegradueerde). Volgens de VDAB zijn er nog 3.7% werklozen uit de gezondheidszorg na 1 jaar afstuderen. Van de verpleegkundigen is slechts 1% één jaar na het afstuderen nog werkloos. De toeloop naar de verpleegscholen fluctueert, maar door de demografische evolutie lijkt de groeiende vraag naar medisch personeel het aanbod te overstijgen. In de *Beleidsnota over Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014* van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen staat dit als volgt geformuleerd[2]:

> *Zorg- en welzijnsvoorzieningen ervaren steeds meer moeilijkheden om geschikt personeel te vinden. Er is sprake van een ernstig (huis)artsentekort en onvoldoende kinderpsychiaters. Ook de instroom van verzorgende personeelsleden, zorgkundigen en verpleegkundigen is onvoldoende om een antwoord te bieden op evoluties als een sterke uitstroom door vergrijzing van het personeel, een stijgende complexiteit van de zorg en een uitbreiding van het aanbod. Om de gezondheidswerkers aan het werk te (kunnen) houden zijn aangepaste maatregelen nodig die een vroegtijdige uitstroom tegengaan: vijftigers op de werkvloer moeten naar minder fysiek belastende taken kunnen doorstromen, jonge ouders moeten arbeid en gezin kunnen verzoenen, de allochtone gemeenschap moet aangemoedigd worden om opleiding te volgen die toeleidt naar de "witte economie" en om effectief werk te zoeken in de welzijns- en gezondheidssector. Volgens berekeningen van onze noorderburen, zou het percentage van de beroepsbevolking dat werkzaam is in de sector zorg en welzijn moeten toenemen van 13% in 2005 naar 22% in 2025.*

2 Zie http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2009-2010/g191-1.pdf

Er bestaan rond de tekorten aan medisch personeel en de oplossingen die kunnen geformuleerd worden om er aan tegemoet te komen heel wat vragen en zelfs een aantal mythes. Sommige uitspraken van deskundigen die op het eerste gezicht tegenstrijdig lijken, blijken dit niet langer te zijn bij een grondigere analyse van de situatie. Het feit van bijvoorbeeld voldoende gekwalificeerde mensen te hebben om de verzorgende taken uit te voeren kan perfect verzoend worden met de vaststelling dat er tekorten op de arbeidsmarkt zijn. De kern daarvan staat te lezen in het citaat uit de beleidsnota van Jo Vandeurzen: *"Om de gezondheidswerkers aan het werk te (kunnen) houden zijn aangepaste maatregelen nodig die een vroegtijdige uitstroom tegengaan (…) "*.

Eén van de gesuggereerde oplossingen om de vastgestelde tekorten aan te vullen is het aanwerven van nieuw medisch personeel vanuit het buitenland. Dit roept een aantal vragen op, zowel met betrekking tot de impact van de migratie op de zendende landen als op de ontvangende maatschappij en het migrerende medische personeel zelf. Ook hebben er zich een aantal mythes gevormd, zoals de mythe dat er in de Filippijnen een overschot bestaat aan goed gevormde verpleegsters die opgeleid worden voor de export en dat er zich dus geen tekorten voordoen in de lokale gezondheidszorg. Het eerste klopt, het tweede niet.

Om op deze en andere vragen te antwoorden, wordt in een eerste deel van dit onderzoek een schets gegeven van de Belgische arbeidsmarkt in de context van de rekrutering van verzorgend personeel in het buitenland. De arbeidsmarktevolutie wordt geschetst, evenals het profiel van de benodigde personen, het profiel van het al aanwezig personeel van vreemde herkomst, de rekruteringsprocessen, de diploma-erkenning en de activiteiten van betrokken internationale, niet-gouvernementele en commerciële actoren. In deel twee wordt over de grenzen heen gekeken. Ter vergelijking wordt de situatie in een aantal andere OESO landen geschetst. Het derde deel is meer theoretisch. Hierin wordt de discussie over de aanwerving van gezondheidswerkers in een internationaal perspectief geplaatst. Er wordt ingegaan op de mogelijke impact ervan en er wordt expliciet gewezen op het wederzijdse verband dat er bestaat tussen migratie en ontwikkeling. Bij wijze van uitleiding wordt in een vierde onderdeel opnieuw over de grenzen gekeken in de richting van een aantal (buur)landen waar al ethische gedragscodes zijn uitgewerkt en wordt er kort gerapporteerd wat er met betrekking hiertoe al gebeurd is aan werkzaamheden in de Europese context en in de context van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het rapport sluit af met een puntsgewijze synthese en enkele conclusies.

HOOFDSTUK 1 INTERNATIONALE REKRUTERING IN EEN BELGISCHE CONTEXT

1.1. Vraag en aanbod aan arbeidskrachten in de Belgische gezondheidszorg

1. Gezondheidspersoneel in België

Er bestaat al geruime tijd discussie over het al dan niet bestaan van huidige tekorten en toekomstige tekorten in de gezondheidssector in België. Voldoet het huidige en toekomstige aanbod aan zorgverstrekkers aan de vraag? Deze vraag is veel moeilijker te beantwoorden dan op het eerste gezicht lijkt, en behelst heel wat opzoekingswerk in verschillende databanken, afstemmen van verschillende gegevensverzamelingen en controle van cijfers. Daarenboven zijn toekomstprognoses zeer afhankelijk van de kwaliteit van de analyse van de huidige situatie (wat het vertrekpunt vormt voor de meeste prognoses) en van verschillende variabelen.

Volgens Daue & Crainich (2008), die een uitgebreide gegevens-verzameling hebben uitgevoerd, werken in België naar schatting 400.000 personen in de gezondheidszorg. Dit komt overeen met meer dan 9% van de actieve bevolking. Dit cijfer omvat een zeer breed palet aan functies en beroepen. De door de overheid geleverde omkadering van het gezondheidssysteem is goed voor om en bij de 5.000 jobs, terwijl de ziekenfondsen 20.000 medewerkers tellen. De farmaceutische industrie levert 30.000 jobs en de industrie van medische hulpmiddelen 5.000. De grootste groep zijn evenwel de zorgverleners die met ongeveer 335.000 zijn (cijfers van 2006). Zowat 40.000 bestaat uit algemeen geneesheren (waaronder iets meer dan de helft specialisten), terwijl een 130.000 andere zorgverleners buiten ziekenhuizen werken en ongeveer 170.000 binnen deze instellingen actief zijn. Ongeveer 120.000 werken als verpleegkundigen of vroedvrouwen. Dit zijn echter geen exacte cijfers, omdat het vooralsnog voor een aantal beroepen zeer moeilijk is om een exact beeld te verkrijgen om diverse redenen.

Voor de artsen en geneesheren zijn er verschillende informatiebronnen voorhanden, die verschillende resultaten opleveren. In België rekent men bij het actieve aantal artsen ook zij die in de industrie, de administratie en onderzoek werkzaam zijn, wat al gauw 12 tot 25% van het totaal van om en bij de 40.000 artsen uitmaakt. Slechts een deel van de artsen kan als praktiserend worden beschouwd. Dit wil zeggen dat het een arts is die per jaar minstens één prestatie levert aan minstens 50 patiënten. Voor de huisartsen is dit iets meer dan de helft (wat zou uitkomen op een cijfer tussen de 11.500 en 12.000). Bijna twee derden van de specialisten is praktiserend, wat overeenstemt met een 13.300. Tweede derde van de artsen werkt in de curatieve zorg.

Samengevat betekent dit dat er 23,7 praktiserende artsen zijn per 10.000 inwoners – een cijfer dat veel lager ligt dan de 40 artsen per duizend inwoners op basis van het hogergenoemde totaal aantal artsen van 40.000. Dit is een gemiddelde, want geografisch zijn er wel grote verschillen. In de eerste helft van de jaren 2000 daalde het aantal praktiserende artsen wel. Dit gold echter enkel voor de huisartsen (daling met 7%). De daling is voor een groot deel te wijten aan de vergrijzing. In 2005 was bijna de helft van de artsen ouder dan 50 jaar. Daarenboven vervrouwelijkt het beroep – in 2008 was zowat 30% van de artsen een vrouw, terwijl dit voor de pas afgestudeerden bijna het dubbele (60%) is. Wat de effecten hiervan zullen zijn op het aanbod is nog niet geweten.

2. Is er een personeelstekort?

Is er dan een huidig of toekomstig tekort aan artsen in België? Dit is vooralsnog moeilijk te beantwoorden. Daue & Crainich (2008) stellen zich bijvoorbeeld de vraag of de huidige contingentering van de artsen nog wel nuttig of noodzakelijk is of eerder een oorzaak kan vormen voor het ontstaan van een toekomstig tekort aan artsen. Aangezien er een grote groei was van het aantal artsen in België in de jaren 1970 tot en met jaren 1990 werd een systeem van contingentering ingevoerd. Dit betekende dat maar een bepaald deel van de afgestudeerden toegang kreeg tot de uitoefening van het beroep. Dit beleid vertrok echter onder meer van de veronderstelling dat er tegen 2000 een overaanbod aan artsen zou ontstaan in België en dat men de toekomstige vraag naar artsen kon voorspellen. De auteurs wijzen op de mankementen in deze berekeningen. Onder meer de cijfers die worden gebruikt zijn niet steeds betrouwbaar. Bovendien wijzen andere studies, waaronder die van Roberfroid et al. (2008) op een daling van het aantal praktiserende artsen, en een stabilisering van het aantal specialisten. Meer dan een kwart van de quota voor de huisartsen wordt niet bezet, terwijl het aantal nieuwe specialisten dan groter is dan de vooropgezette quota. Daue en Crainich (2008) stellen dat er in de toekomst een tekort aan artsen zal ontstaan als de huidige quota worden aangehouden, omwille van de vergrijzing, en de vervrouwelijking van het artsenkorps. De discussie of er werkelijk een tekort aan artsen zal ontstaan in de toekomst is dus nog verre van beslist. Om deze vraag te beantwoorden is er nood aan een doeltreffende gegevensinzameling.

Ook voor de verpleegkundigen is het zeer moeilijk om een idee te hebben van het exacte totaal aantal dat werkzaam is in de gezondheidszorg. Eén van de belangrijkste oorzaken voor dit probleem is de opvolging van de registratie van verpleegkundigen. Bij het afstuderen en het begin van de loopbaan, registreert de FOD Volksgezondheid de verpleegkundige in de plaats van vestiging. Deze registratie was drie jaar geldig en het is dan ook de bedoeling dat deze registratie elke drie jaar werd overgedaan. Omwille van praktische, administratieve en financiële redenen is dit sinds het begin van de jaren 1980 niet meer gedaan. Dit heeft tot gevolg dat men geen beeld meer heeft op het aantal verpleegkundigen dat er daadwerkelijk het beroep uitoefent. Toch is verpleegkundige al jaren – sinds 2000 - het knelpuntberoep bij uitstek. In bepaalde sectoren van de gezondheidszorg wordt er wel degelijk een tekort aan gekwalificeerd personeel ervaren. Het aantal openstaande vacatures in verschillende gezondheidsinstellingen is hiervan het bewijs. Op het einde van 2008 telde de VDAB 903 openstaande vacatures voor verpleegkundigen. Dit waren er 126 meer dan het jaar voordien. In dezelfde periode schommelde het aantal ingeschreven werkzoekende verpleegkundigen tussen de 625 en 675. De vraag stelt zich vooral in de oudersector, de acute ziekenzorg (en zeker in de grote steden), alsook in de thuisverpleegkunde. Een van de voornaamste redenen is dat er veel verpleegkundigen deeltijds werken en dat er – specifiek voor de rusthuizen – weinig enthousiasme is om in de ouderenzorg te werken.

De toenemende vergrijzing zal de vraag naar de zogenaamde geriatrisch verpleegkundigen enkel doen toenemen. Volgens Daue & Crainich (2008) zal er in de toekomst ook een nood zijn aan gespecialiseerde verpleegkundigen, wegens de toenemende complexiteit van de functies die moeten worden uitgevoerd. Daarbij komt dat zorgkundigen functies en taken van verpleegkundigen beginnen over te nemen, en dat verpleegkundigen ook administratieve en andere taken op zich beginnen te nemen. Er bestaat wel een wettelijk kader dat stipuleert welke verpleegkundige taken een zorgkundige mag opnemen, maar in de praktijk worden er ook andere taken op zich genomen. Er bestaat dan ook de vrees dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg kan dalen en dat het beroep van verpleegkundige wordt uitgehold.

Maar ook binnen de verzorgingssector zelf is de vraag naar verzorgenden groot. De thuiszorg is een sector waar er in de toekomst (omwille van de vergrijzing) wellicht een grote vraag naar verzorgenden zal zijn. Ondanks de grote vraag naar zorgkundigen, is er volgens Daue & Crainich (2008) toch een grote werkloosheid onder hen.

De onderzoeksequipe van Jozef Pacolet van het HIVA heeft op het gebied van het in kaart brengen van de verpleegkundigen heel wat werk verzet. We baseren dan ook dit hoofdstuk op de analyse van dit team.

Pacolet en zijn team hebben het huidige aanbod aan en de vraag naar verschillende beroepen binnen de gezondheidszorg in kaart gebracht en maakten een aantal toekomstprojecties tot 2020 op basis van verschillende factoren. De demografische evolutie van de Belgische bevolking is natuurlijk één van de belangrijkste elementen in deze analyse. Enerzijds vergrijst de bevolking, wat de vraag naar zorgpersoneel doet toenemen. De veroudering van de bevolking heeft echter ook haar effect op de samenstelling van het zorgpersoneel zelf, aangezien er alsmaar meer verpleegkundigen, artsen en andere werknemers uit de gezondheidszorg, op pensioen zullen gaan, en dus vervangen dienen te worden. Anderzijds is er een ontgroening van de bevolking merkbaar (i.e. minder geboortes), waardoor er minder mensen op de arbeidsmarkt komen. Volgens de laatste bevolkingsprognoses zou de bevolking tegen 2020 toenemen tot bijna 11 miljoen mensen (dit in tegenstelling tot vroegere prognoses die een stabiele of zelfs afnemende bevolking voorspelden). Dit manifesteert zich in een toename van het aantal mensen op de arbeidsmarkt.

Daarnaast besteedden de onderzoekers aandacht aan de interesse in de opleidingen in de gezondheidszorg. Ze noteerden een hoge interesse in de opleidingen van verpleegkundigen de voorbije decennia, en zeker de laatste jaren – zelfs tijdens de economische crisis – en gaan er vanuit dat dit ook de volgende jaren zo zal zijn. Niettemin maakten de onderzoekers prognoses op basis van veronderstelde hoge en lage instroom van nieuwe arbeidskrachten in de gezondheidszorg. Verder brachten ze de vraag of afgestudeerden effectief een job in de sector zoeken en vinden, en deze job blijven uitoefenen tot men op pensioen gaat, in rekening. Ten slotte hielden de onderzoekers rekening met de verschillende veronderstellingen wat betreft de evolutie van de pensioenleeftijden: de veronderstelling dat men op pensioen blijft gaan zoals men dit op dit ogenblik doet (dynamisch scenario) en een andere waarin men de pensioenleeftijd verhoogt (proactief scenario).

Tabel 1 geeft de conclusie van deze berekeningen weer.

Tabel 1. Vraag en aanbod verpleegkundigen in de Belgische zorgsector 1999-2019, per vijfjaarlijkse periode

	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Op basis van nieuwe bevolkingsprognoses en nieuwe informatie vanuit het onderwijs				
AANBOD				
Lage instroom	18.962	19.769	21.005	20.069
Hoge instroom	18.962	19.769	22.716	22.131
VRAAG				
Dynamisch scenario	18.434	14.505	16.761	19.073
Proactief scenario	18.434	12.987	11.525	16.426

Bron Pacolet 2010

Uit de tabel leren we dat het aanbod in de volgende tien jaar zal toenemen, terwijl de vraag schommelt en uiteindelijk toeneemt tegen 2019 in het dynamisch scenario (geen aanpassing van pensioenleeftijd) en afneemt in het proactief scenario (wel aanpassing van pensioenleeftijd). Tekorten zullen zich uiteindelijk niet voordoen – zeker niet als de pensioenleeftijd wordt verhoogd (of brugpensioen wordt afgebouwd) en de instroom verzekerd wordt (via blijvende investering in de huidige zorgopleidingen) (Pacolet & Merckx 2006).

Het is dus zeer de vraag of de personeelstekorten die zich in andere landen voordoen in de gezondheidszorg of in andere Belgische sectoren, zich inderdaad manifesteren of zullen manifesteren in de Belgische gezondheidszorg. Deze onzekerheid heeft natuurlijk gevolgen voor het argument om op de internationale markt gezondheidspersoneel te recruteren om deze al dan niet bewezen tekorten op te vullen. Zelfs als er tekorten zouden zijn, is het dan nog de vraag of internationale rekrutering inderdaad een doeltreffende oplossing is voor deze tekorten.

3. Hoe de tekorten opvangen?

Grosso modo zijn er drie mogelijke strategieën om de personeelstekorten op te vangen (Janssens 2009). Een eerste piste is het verhogen van de aantrekkelijkheid van het beroep en de opleiding verpleegkunde. Verpleegkunde kampt tot op zekere hoogte met een negatief imago op het vlak van werkdruk (werken in ploegen, stressfactoren, …) en verloning. Aandacht moet in deze gegeven worden aan zowel de instroom van verpleegkundigen in de opleiding, de doorstroom van afgestudeerden naar de arbeidsmarkt, en het verzekeren dat men inderdaad in dit beroep blijft werken (i.e. de retentie). Janssens (2009) lijst verschillende beleidsmaatregelen op dit vlak op. Zo kan men extra verlofdagen en premies geven om de werkdruk te verzachten. Men kan maatregelen nemen om zorgkundigen en verpleegkundigen bij te scholen: werknemers uit de verzorgende sector aanmoedigen om een diploma verpleegkundige te halen, en gediplomeerde verpleegkundigen (vroegere A2-diploma's) een bachelor in de verpleegkunde (vroegere A1-diploma). Een andere optie is om de taken van verpleegkundige sterker te omlijnen en het administratief en logistiek werk duidelijker af te scheiden van het puur verpleegkundige, door de functie van logistiek assistent te creëren. Een verdere begeleiding van mensen die ooit het beroep hebben verlaten en terug willen keren is nog een mogelijkheid. In 2006

heeft men bijvoorbeeld wel de functie zorgkundige toegevoegd, wat in termen van vaardigheden tussen verpleegkundige en verzorgende valt.

Een tweede piste bestaat uit een actief rekruteringsbeleid binnen de aanwezige arbeidsreserve. Eén specifieke doelgroep wordt er in dit verband vaak uitgelicht, zijnde de allochtone bevolking. Hiermee doelt men enerzijds op immigranten die reeds een diploma verpleegkundige hebben behaald in het land van herkomst maar die in België niet aan de slag kunnen. Anderzijds beoogt men bepaalde allochtone bevolkingsgroepen die te lijden hebben onder een hoge werkloosheid, maar waar er toch een hoge instroom is in de opleiding verzorgende of verpleegkundige.

Een derde optie bestaat uit de rekrutering van gezondheidspersoneel in het buitenland. Deze piste komt in een later hoofdstuk uitgebreid aan bod.

Het beleid zet vooral in op de eerste twee pistes, alhoewel internationale rekrutering wel in toenemende mate wordt opgevolgd. Volgens Filip Van Laecke (2010), raadgever Werkgelegenheid bij het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vertrekt het beleid in eerste instantie van de Belgische arbeidsreserve om tekorten op te vullen. Wel zullen de initiatieven op het vlak van internationale rekrutering van zorgpersoneel geëvalueerd worden in de toekomst en erkent men dat Vlaanderen ten opzichte van enkele andere landen en regio's minder ervaring heeft op dit domein. Concrete pistes werden echter niet meegedeeld.

1.2. Vereisten en procedures om als buitenlander in België in de gezondheidszorg te werken

1. Professionele erkenning

Safuta & Baeten (2010) en Johan Geets (2008) hebben reeds uitgebreid de vereisten waaraan buitenlanders dienen te voldoen om een beroep in de gezondheidssector uit te oefenen, beschreven. De Belgische wetgeving dienaangaande wordt verschaft door het gewijzigde Koninklijk Besluit 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van gezondheidsberoepen. Hoofdstuk 4bis van dit KB betreft de omzetting van Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, gewijzigd bij Richtlijn 2006/100/EG.

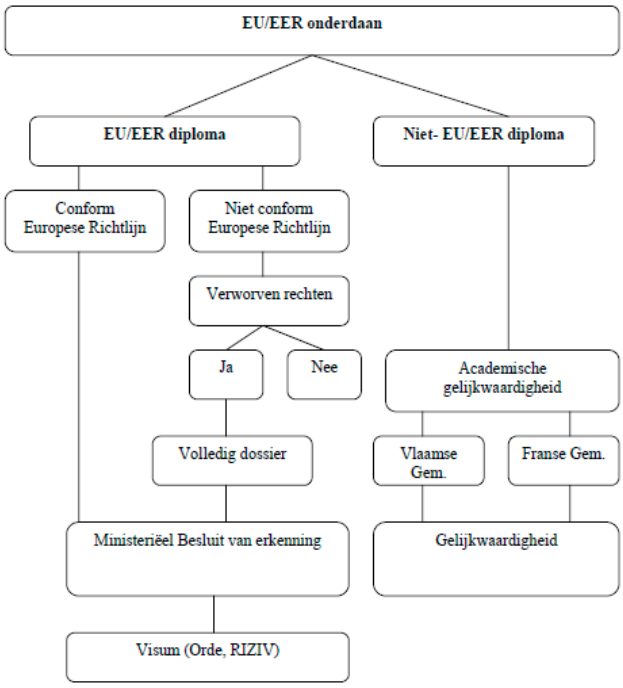
Buitenlanders die hun diploma hebben gehaald binnen de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland kunnen gebruik maken van de toepassing van de Europese richtlijn op het gebied van de wederzijdse erkenning van diploma's. Men moet een aanvraag tot erkenning indienen bij de FOD Volksgezondheid. Bij goedkeuring, reikt deze een attest uit dat verzekert dat kwalificaties inderdaad voldoen aan de vereisten van de Richtlijn. Bij automatisch erkende beroepen, zal de erkenning – nadat de authenticiteit en conformiteit van de documenten werd vastgesteld – binnen de drie maanden na de indiening van de aanvraag worden goedgekeurd. Voor diploma's die niet vallen onder de automatische erkenningsprocedure (bv. bepaalde specialistendiploma's), gaat de FOD Volksgezondheid na of de aanvrager voldoet aan alle voorwaarden betreffende beroepsopleiding en ervaring, zoals gestipuleerd in de Richtlijn en het KB. Specialistendiploma's die niet onder de procedure vallen, worden ter erkenning voorgelegd aan een erkenningscommissie die bestaat uit vertegenwoordigers van het desbetreffende

beroep. Een burger uit de EU, die in een ander land van de EER is gevestigd, mag volgens de Richtlijn tijdelijk gezondheidszorgdiensten leveren in België zonder de bovenvermelde erkenning (noch licentie en registratie bij een orde). Men dient wel een aanvraag te doen voor een tijdelijke praktijklicentie.

Indien de kwalificatie niet conform de Richtlijn is, dan dient een aanvraag tot diplomagelijkschakeling te worden ingediend bij de Franse of Vlaamse Gemeenschap. Mensen van buiten de EU die in het bezit zijn van een diploma van buiten de EU, dienen een erkenning te krijgen via Koninklijk Besluit vooraleer zij een aanvraag kunnen indienen om hun beroep uit te oefenen en bij de betreffende orde aan te sluiten. Gelijkstelling van de diploma's van artsen en verpleegkundigen wordt enkel gedaan voor het basisdiploma. De erkenning van een specialisatie wordt uitgevoerd door de bevoegde nationale erkenningscommissie. In de praktijk gebeurt dit volgens de onderzoekers zelden.

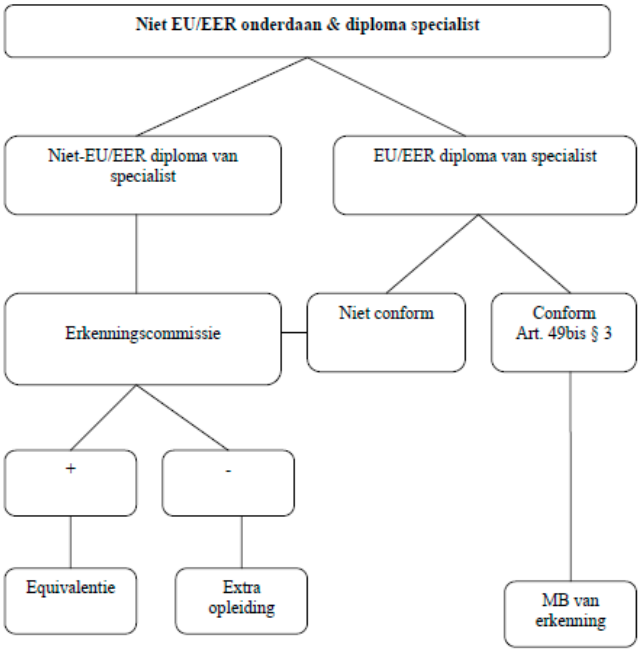
Figuren 2 en 3 geven de procedures grafisch weer:

Figuur 2. Procedures voor professionele erkenning voor EER en EU onderdanen



Bron Geets 2010

Figuur 3. Procedures voor professionele erkenning voor niet EU/EER onderdanen en specialisten



Bron Geets 2010

2. Academische erkenning

De procedures voor de erkenning van diploma's zijn echter verschillend per Gemeenschap. Onderstaande tabel somt de belangrijkste verschillen op:

Tabel 2. Verschillen in procedure tussen Vlaamse en Franse Gemeenschap

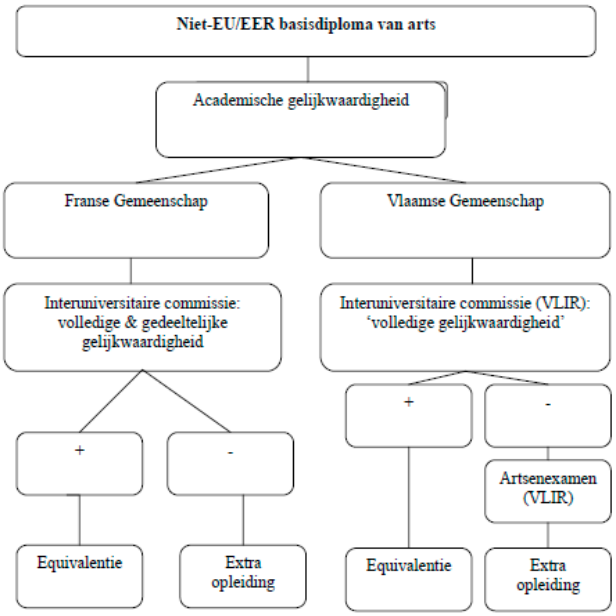
	Franse Gemeenschap	Vlaamse Gemeenschap
Kostprijs	Vertaalkosten + €124 administratieve kosten	Vertaalkosten
Duurtijd		
Formeel	4 maanden + 40 dagen Ministerieel Besluit	3 maanden
Reëel	?	?
Vormvereisten		
Documenten	Motivatiebrief Kopie van identiteitskaart/paspoort Gecertificeerde kopie (gemeente) van studieresultaten Studieduur en –programma Kopie van eindverhandeling Stage CV	Idem

Taal	Alle documenten in originele taal en Frans	Alle documenten in originele taal Diploma, studieprogramma, -omvang en –resultaten in Nederlands. Andere documenten in Engels, Frans of Duits
Screening		
Ontbrekende documenten	Louter vermelden op registratieformulier (m.a.w. invloed op verder verloop van procedure is onduidelijk)	Aanvulling tekortkomingen d.m.v. verkennend gesprek
Geen gelijkaardige opleiding	Aanvraag onontvankelijk	Mogelijkheid van niveaugelijkwaardigheids-erkenning
A priori advies	Dossier per dossier	Dossier per dossier + precedentenbank
Adviesorgaan		
samenstelling	Inspecteur + inspecteur coördinator voor hoger onderwijs; Commission universitaire d'équivalence: voorzitter + 2 vertegenwoordigers per universiteit	Dossier overgemaakt aan 3 vertegenwoordigers van hoger onderwijsinstellingen (uitz.: basisartsen diploma buiten EER => VLIR)
Zittingen	3 tot 6 keer per jaar	
Criteria	Erkende instelling Studieomvang Inhoud en stage, eindverhandeling studieresultaten	Idem + notie essentiële opleidingsonderdelen
Beroepservaring	Geen formeel criterium	Mogelijke aanvulling voor tekortkoming in stage Al of niet knelpuntberoep
Bevoegdheid	Volledige gelijkwaardigheid + gedeeltelijke gelijkwaardigheid	Volledige gelijkwaardigheid (gedeeltelijke gelijkwaardigheid is bevoegdheid van de onderwijsinstellingen behalve voor artsen)
Beroep	Raad van state	Idem

Bron Geets 2008

Geets vermeldt dat de toekenning van de erkenning voor een aantal gereglementeerde beroepen niet altijd van een leien dakje loopt. De procedure voor academische gelijkwaardigheid verschilt niet enkel tussen de Gemeenschappen, maar ook in de Vlaamse Gemeenschap tussen artsen en verpleegkundigen. Figuren 4 en 5 geven de procedures schematisch weer. Voor verpleegkundige is het NARIC (National Academic Recognition Information Center) verantwoordelijk. NARIC ontvangt jaarlijks 6.000 aanvragen tot erkenning van diploma's (alle richtingen), waarvan ongeveer de helft betrekking heeft op hoger onderwijsdiploma's. De meerderheid komt uit Nederland. Elkeen mag een erkenning van het diploma aanvragen (ongeacht het statuut dus). Ofwel kan een diploma volledig gelijkwaardig worden bevonden (de aanvrager beschikt dan over dezelfde rechten als iemand anders met een Belgisch diploma), ofwel gedeeltelijke erkenning verkrijgen. In dit laatste geval mag de aanvrager een deel van het beroep uitoefenen. Het NARIC stuurt de aanvragen door naar een commissie van drie hoger onderwijsinstellingen. Deze beslissen of het diploma inderdaad (gedeeltelijk) gelijkwaardig is. Het NARIC beschikt wel over een lijst van buitenlandse opleidingen die reeds werden doorgelicht en gelijkwaardig aan het equivalente Belgische werden geacht.
Voor artsen is er een andere procedure, en beslist de VLIR over gelijkwaardigheid.

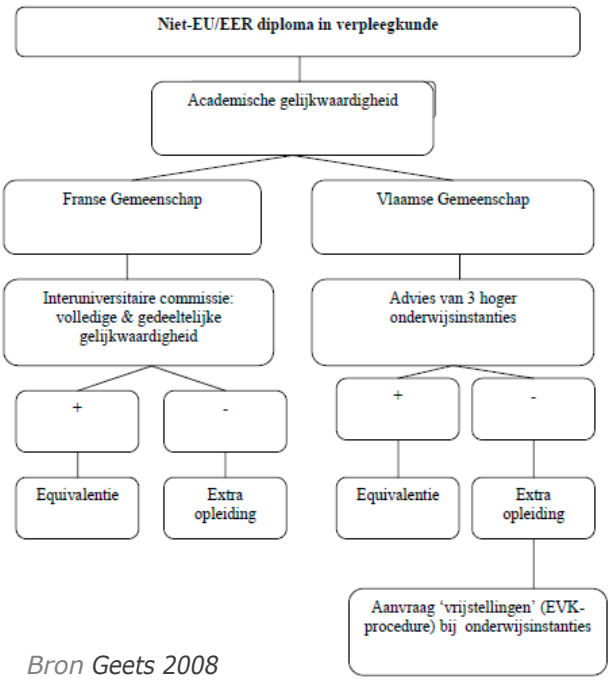
Figuur 4. Procedure erkenning voor basisdiploma arts



Bron Geets 2008

In de praktijk worden relatief weinig buitenlandse artsendiploma's van buiten de EER of EU gelijkwaardig verklaard. Bovendien duurt de studieduur voor een basisopleiding arts langer in België dan in veel andere landen, wat de gelijkwaardigheidserkenning bemoeilijkt.

Figuur 5. Procedure erkenning voor verpleegkundigen



Bron Geets 2008

De studieduur en de inhoud van de opleiding kan sterk verschillen tussen verschillende landen, wat voor problemen zorgt voor de aanvragers. Bovendien wordt de beroepservaring zelden in rekening gebracht en dient de aanvrager aan een erkende hogere onderwijsinstelling te hebben gestudeerd om een gelijkwaardigheid te bekomen met een bachelor diploma verpleegkunde. Vaak stemt echter een buitenlands diploma overeen met een opleiding in het secundair onderwijs in België (het zogenaamde 7de jaar), terwijl die onder buitenlanders bekend staat als een opleiding van het hoger onderwijs – omdat die niet onder de leerplicht valt. Diploma's die niet voldoen aan de duur van de BA verpleegkunde of verpleegkunde 4de graad worden dan ook gelijkgesteld met het diploma personenzorg (ook bekend als aspirantverpleegkunde).

De verschillende erkenningsprocedures tussen de Gemeenschappen heeft ook nog een andere opvallende bijkomstigheid. Iemand wiens aanvraag tot gelijkwaardigheid niet succesvol is bij de Vlaamse Gemeenschap, kan nog altijd een aanvraag indienen bij de Franstalige (en omgekeerd). Indien deze laatste wel de aanvraag goedkeurt, wordt het diploma automatisch ook in de andere Gemeenschap erkend.

Dat deze procedures tot moeilijkheden kunnen leiden voor de internationale rekrutering, wordt geïllustreerd door een zeer recent voorbeeld. Tot eind 2009 werden de Filippijnse MA in Nursing uit de Filippijnen erkend, maar een commissie heeft in mei 2010 besloten dat de opleiding toch significant verschilt van de Vlaamse vereisten. Dit heeft tot gevolg dat voor de volgende vijf jaar, de toegang van Filippijnse verplegers tot de Belgische ziekenzorg wordt bemoeilijkt. Ook zorginstellingen kunnen hierdoor in de problemen komen. Zo meldde een rusthuis ons dat men drie verpleegkundigen uit de Filippijnen had aangeworven via een rekruteringsbureau – deze zouden in de zomer naar België komen. Omdat de diploma's van deze verpleegkundigen nu niet meer gelijkwaardig zijn aan de Belgische, kunnen deze hier niet als verpleegkundige tewerkgesteld worden, en zit het management van het rusthuis met de handen in het haar over de vraag hoe ze op zeer korte termijn dit personeelstekort kunnen opvangen.

1.3. Buitenlands personeel in de zorgsector

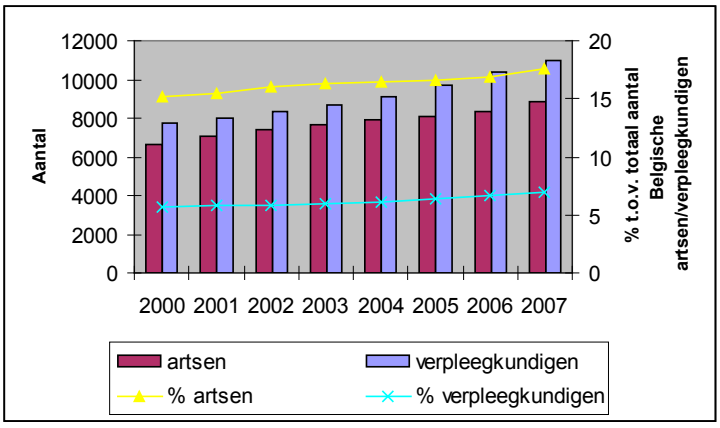
1. Hoeveel buitenlandse artsen en verpleegkundigen werken er in de zorgsector?

Om de immigratie van het buitenlands gezondheidspersoneel in te schatten, dienen we te kijken naar het aantal erkende en gelijkgeschakelde diploma's die bovenstaande procedure succesvol hebben afgelegd. Tenzij anders vermeld, verwijzen de figuren naar cijfergegevens afkomstig uit Geets 2008 aangevuld met recentere gegevens.

Johan Geets, onderzoeker aan het Cemis van de UA, heeft in 2008 op basis van cijfers van het Federaal Gezondheidskadaster, onderzocht hoeveel artsen en verpleegkundigen er in België werken, die elders geboren werden. Uit zijn analyse blijkt dat immigratie van artsen, verpleegkundigen en ander zorgpersoneel van vrij recente datum is en dat het aantal sinds 2000 in stijgende lijn gaat. Figuur 6 toont de toename van de in het buitenland geboren artsen en verpleegkundigen tussen 2000 en 2007. In 2007 waren er van de 50.250 artsen bijna 8.000 in het buitenland geboren. Dit vertegenwoordigt 17,6% van het totaal aantal artsen. Voor verpleegkundigen zien we gelijkaardige aantallen buitenlanders, maar het aandeel ten opzichte van het totaal aantal verpleegkundigen in België (i.e.

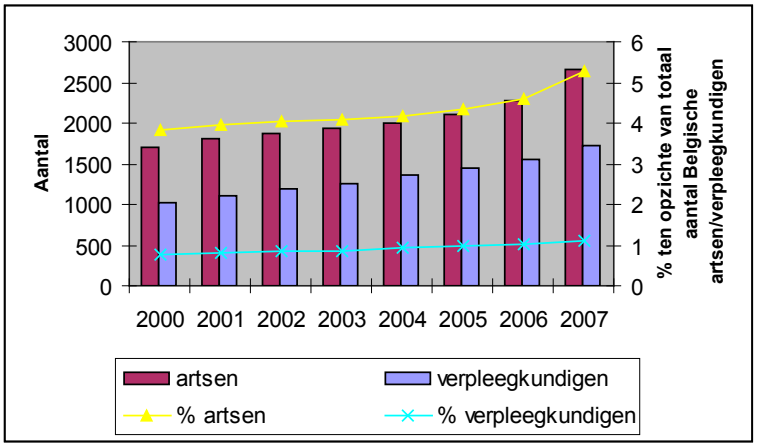
156.382) in 2007 ligt wel veel lager dan bij de artsen. Geets verklaart dit verschil enerzijds door de stelling dat hoger opgeleiden (denken) meer baat (te) hebben bij emigratie dan lager opgeleiden. Anderzijds is het volgens de EU-regelgeving makkelijker om te migreren dan voor verpleegkundigen.

Figuur 6. Evolutie van aantal artsen en verpleegkundigen werkzaam in België en geboren in het buitenland tussen 2000 en 2007



De meeste artsen en verpleegkundigen die in het buitenland zijn geboren hebben hun diploma wel in België behaald. Zowat 30% van de ongeveer 8.000 artsen en 15% van de zowat 9.200 verpleegkundigen die in het buitenland geboren werden, had zijn/haar diploma in het buitenland behaald. Figuur 7 geeft de evolutie van de totale aantallen weer. Hieruit blijkt dat de internationale rekrutering van buitenlandse artsen/verpleegkundigen die een opleiding hebben gehad in het buitenland nog relatief gering is in België.

Figuur 7. Evolutie van aantal artsen en verpleegkundigen werkzaam in België met een buitenlands diploma en geboren in het buitenland tussen 2000 en 2007

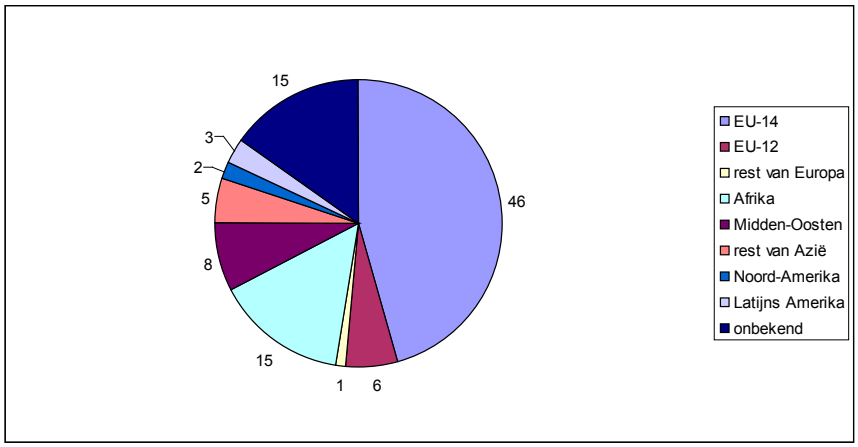


De toenemende (alhoewel in cijfers geringe) immigratie van zorgpersoneel verklaren de artsensyndicaten ASGB en GBO in een interview met Johan Geets (2008) door de vraag naar arbeidskrachten in minder aantrekkelijke sectoren, zoals urgentieartsen in ziekenhuizen en wachtdiensten binnen privégroepspraktijken. Roberfroid e.a. (2008) verwijzen tevens naar een hogere vraag in specifieke sectoren. Hoewel er algemeen in de gezondheidszorg geen tekorten zouden zijn, heeft men met andere woorden wel problemen om bepaalde specifieke vacatures op te vullen, aldus deze onderzoekers.

2. Nationaliteiten van buitenlands gezondheidspersoneel

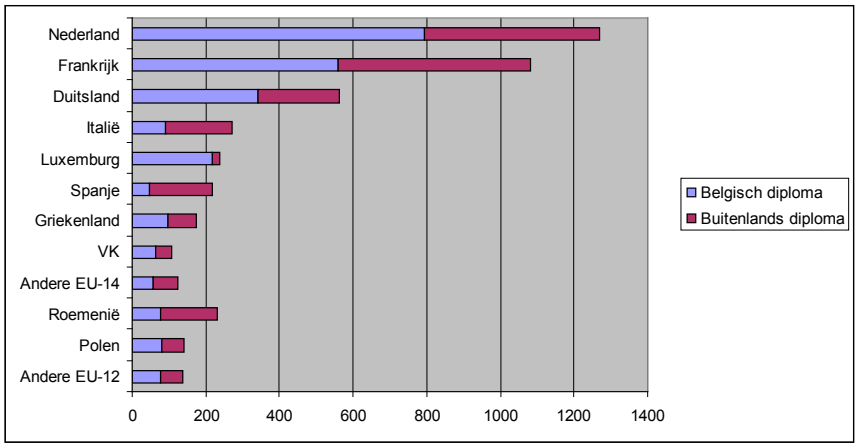
Zowat de helft van de buitenlandse artsen komt uit de EU-15 landen (excl. België) en 6% uit de nieuwe lidstaten (zie figuur 8). Van de niet-Europese gebieden neemt Afrika met 15% het grootste deel voor haar rekening.

Figuur 8. Afkomst van de buitenlandse artsen volgens regio in België in 2007



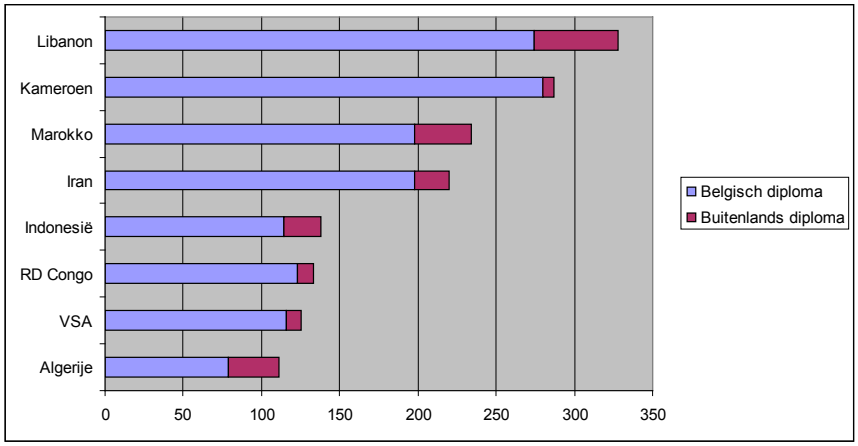
Binnen Europa zijn het vooral artsen uit de buurlanden die in België als arts werken, terwijl van de nieuwe lidstaten Roemenië het voortouw neemt met 219 artsen.

Figuur 9. Meest voorkomende Europese nationaliteiten van de buitenlandse artsen in België in 2007



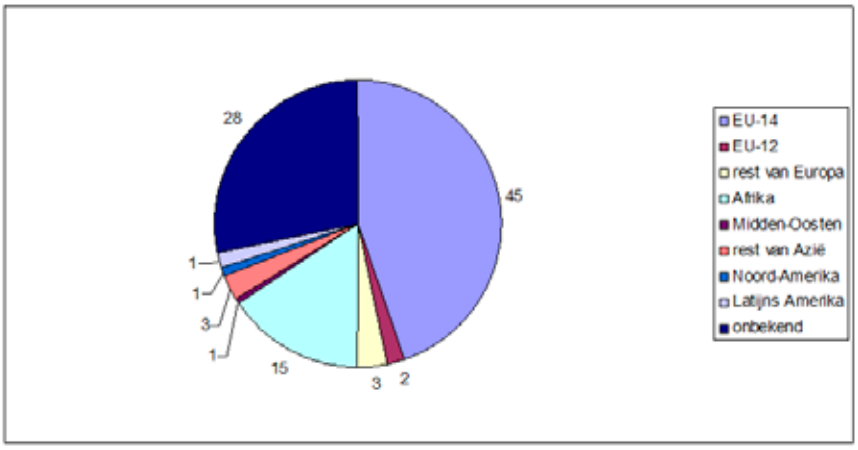
Figuur 10 geeft de grote diversiteit van landen weer waaruit mensen naar België migreren om het beroep van geneesheer uit te oefenen. Vergelijking met de bovenstaande figuur leert ons dat de meeste artsen van buiten de EU inderdaad hun diploma in België hebben behaald.

Figuur 10. Meest voorkomende nationaliteiten van buiten Europa van buitenlandse artsen in België in 2007



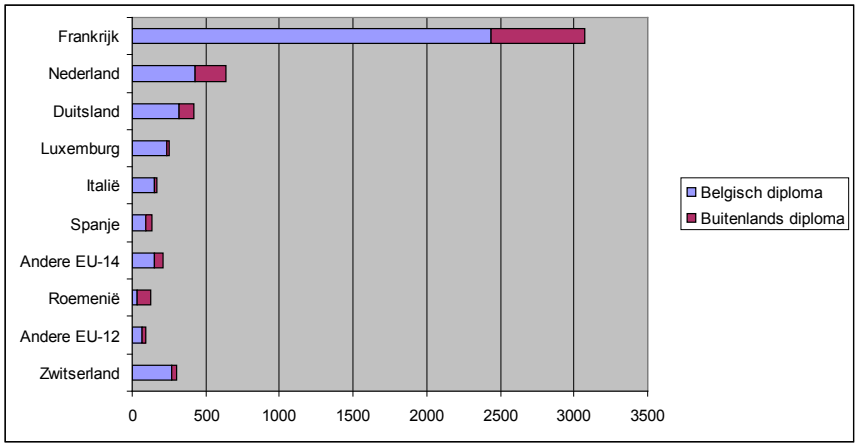
Voor verpleegkundigen zien we een vergelijkbare verdeling als voor artsen. Hier is het aandeel van verpleegkundigen van onbekende oorsprong wel veel hoger en dat van alle niet-Europese regio's (afgezien van Afrika) lager.

Figuur 11. Afkomst van de buitenlandse verpleegkundigen volgens regio in België in 2007



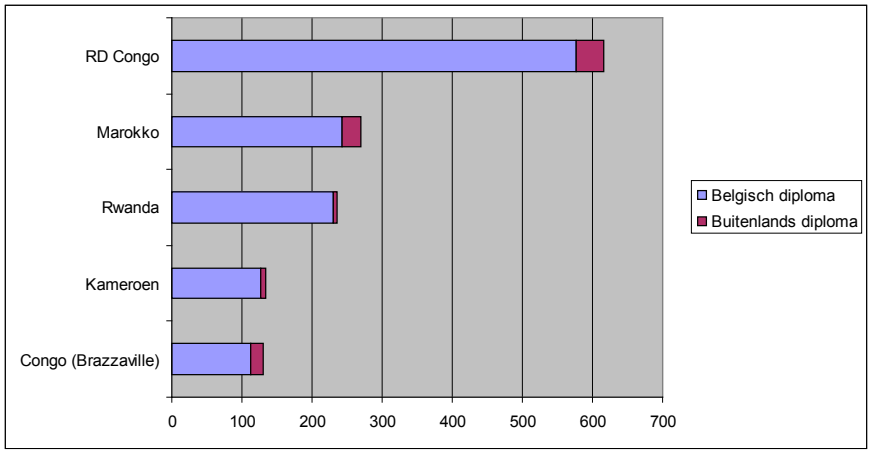
Net als bij de artsen komen de meeste buitenlandse Europese verpleegkundigen uit de buurlanden. Vooral het belang van Frankrijk valt op – één derde van alle buitenlandse verpleegkundigen komt overigens uit dit land. In vergelijking met de artsen is er maar een zeer klein aantal verpleegkundigen die hun diploma niet in België hebben behaald.

Figuur 12. Meest voorkomende Europese nationaliteiten van de buitenlandse verpleegkundigen in België in 2007



Van buiten Europa komen de meeste verpleegkundigen uit de Democratische Republiek Congo en haar buurlanden. Daarnaast noteren we hoge cijfers voor Marokko. Toch is ook hier de conclusie dat er maar bitter weinig gezondheidspersoneel met een buitenlands diploma naar België komt.

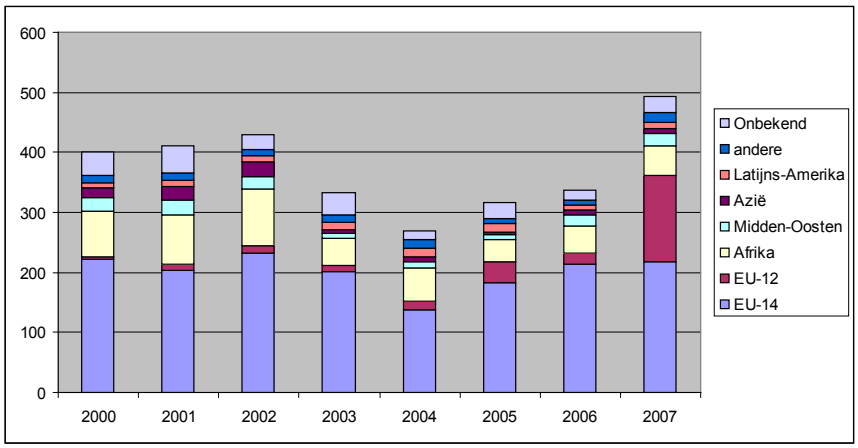
Figuur 13. Meest voorkomende nationaliteiten van buitenlandse artsen van buiten Europa in België in 2007



3. Immigratie van buitenlands gezondheidspersoneel

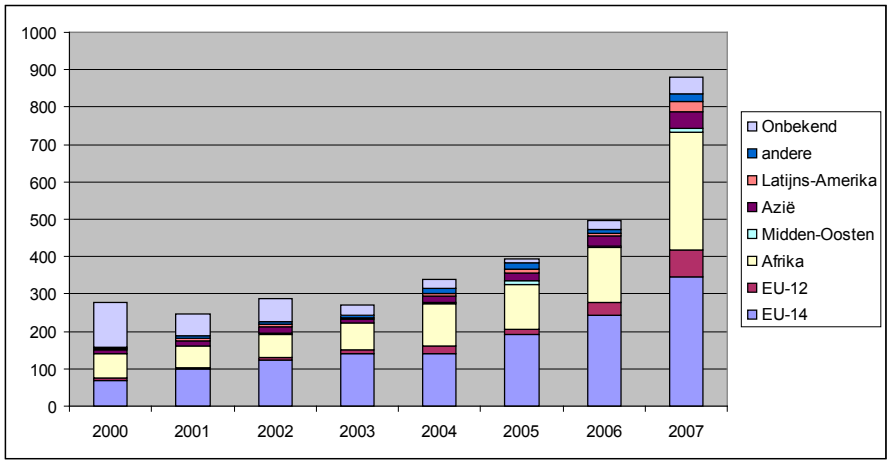
Nadat we hebben vastgesteld hoeveel buitenlandse geneesheren en verpleegkundigen er zich in België bevinden, concentreren we ons nu op de evolutie van de immigratie van mensen die deze beroepen uitoefenen. Uit figuur 14 leren we dat er in de periode 2000-2007 jaarlijks tussen de 250 en 500 artsen naar België migreerden, en dat dit na een afname in 2007 toenam. Dit is vooral te wijten aan de instroom van Roemeense artsen. Afgezien van dit laatste jaar is de overgrote meerderheid van immigranten afkomstig uit de EU-14 lidstaten. Opvallend is dat er over de gehele periode relatief weinig artsen naar België migreren vanuit het Zuiden. De voornaamste emigratielanden zijn Kameroen, Marokko, de Democratische Republiek Congo en Libanon.

Figuur 14. Evolutie van de immigratie van het aantal artsen in België volgens regio van afkomst



Bij de verpleegkundigen merken we een ietwat ander beeld (zie figuur 15). Er is een gestage toename van de instroom aan buitenlandse verpleegkundigen, met een bijna verdubbeling in 2007. Enerzijds is deze groei te wijten aan de immigratie van verpleegkundigen uit andere Europese landen, en dan met name onze buurlanden. Frankrijk springt er tussenuit en is verantwoordelijk voor ongeveer een kwart van de immigranten. Ook het belang van Roemeense verpleegkundigen neemt de laatste jaren toe. Anderzijds groeit het aantal Afrikaanse verpleegkundigen merkbaar. De grootste toename (en aantallen) noteren we voor de Congolese (Democratische Republiek Congo), Rwandese en Kameroense verpleegkundigen, en in mindere mate bij de immigranten uit Congo-Brazzaville en Marokko. In tegenstelling tot de Roemeense verpleegkundigen, heeft de overgrote meerderheid van de verpleegkundigen uit het Zuiden een Belgisch diploma.

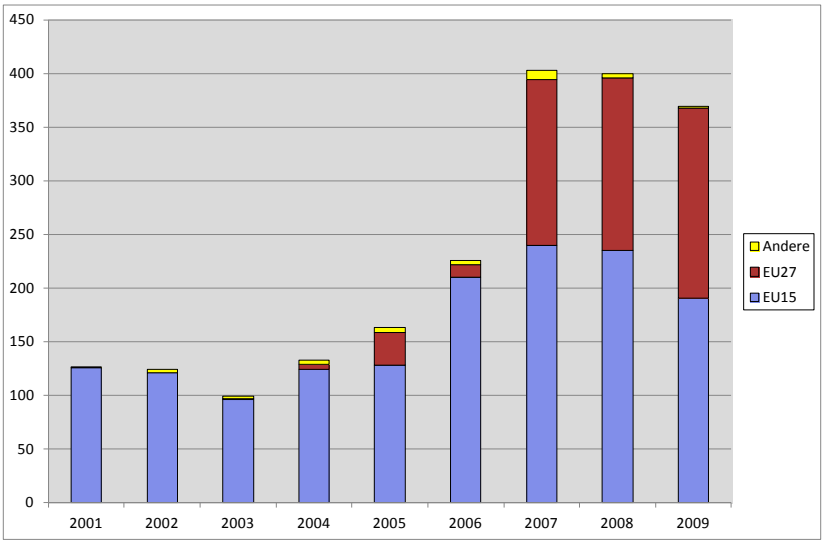
Figuur 15. Evolutie van de immigratie van het aantal verpleegsters in België volgens regio van afkomst



4. Professionele erkenningen

Een andere manier om de aanwezigheid van buitenlands personeel te bepalen, is door te kijken naar de professionele erkenningen.

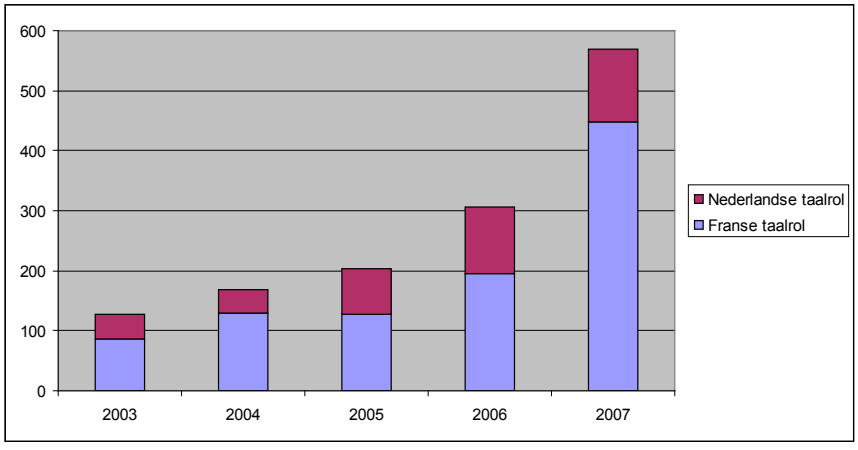
Figuur 16. Evolutie van de professionele erkenningen van artsendiploma's tussen 2001 en 2009



Bron POD Maatschappelijke Integratie 2011

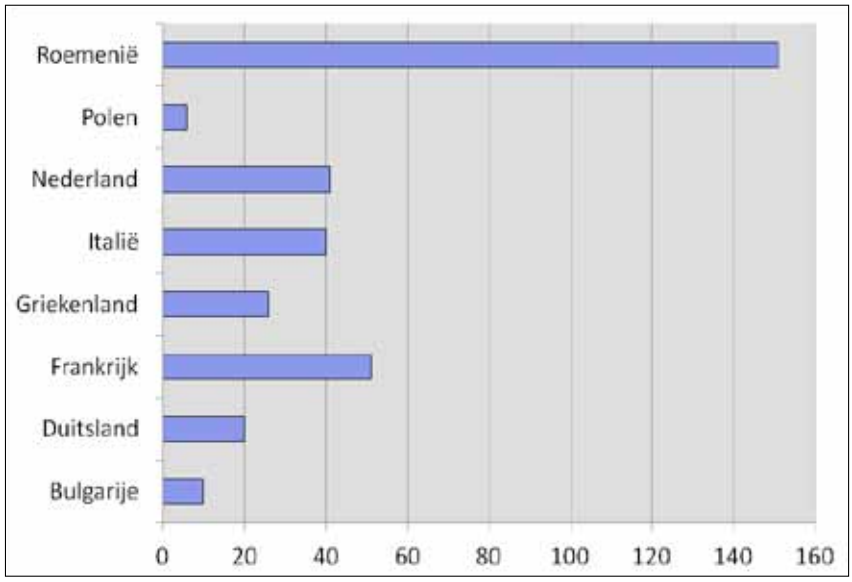
Het aantal professionele erkenningen van de diploma's voor artsen is tussen 2001 en 2007/2008 sterk toegenomen, zoals figuur 16 toont. 73% van deze diploma's zijn basisartsendiploma's (2001-2007). De toename wordt bijna geheel verklaard door een stijging onder de Roemeense aanvragers enerzijds en Franse aanvragers anderzijds. De stijging is dan ook het meest uitgesproken bij de erkenning volgens de Franse taalrol zoals figuur 17 toont.

Figuur 17. Evolutie van professionele erkenningen van artsendiploma's volgens taalrol



Figuur 18 laat zien wat de aantallen zijn volgens nationaliteit in 2009.

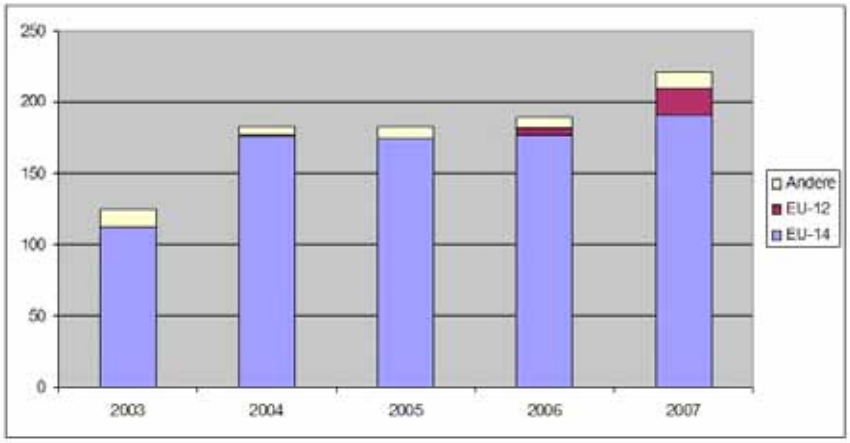
Figuur 18. Erkenningen van artsendiploma's in 2009 volgens nationaliteit



Bron POD Maatschappelijke Integratie 2011

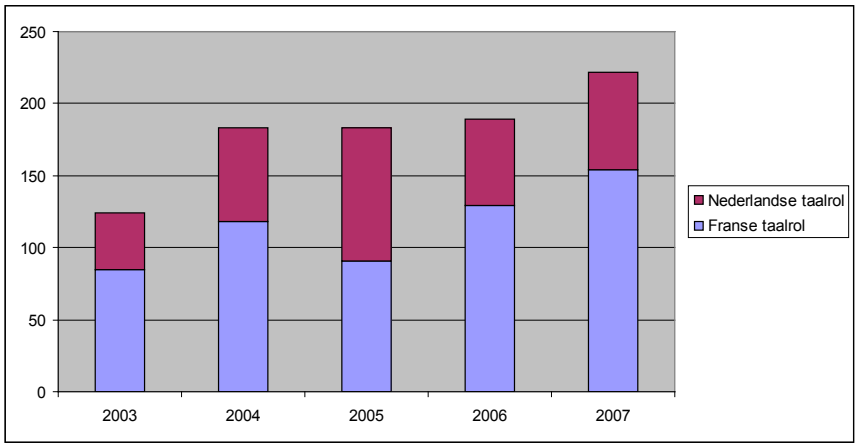
Voor verpleegkundigen stijgen de erkenningen licht (zie figuur 19), maar de aantallen liggen veel lager dan bij de artsendiploma's.

Figuur 19. Evolutie van de professionele erkenningen van diploma's verpleegkunde tussen 2003 en 2007



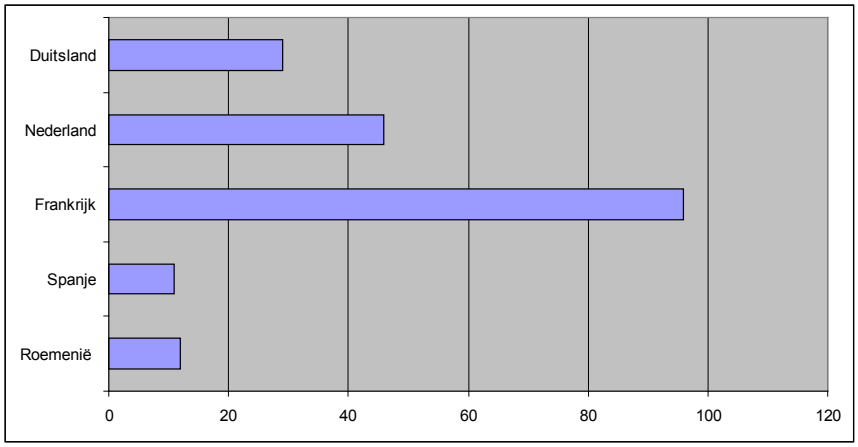
Uitgezonderd 2005, is er een meerderheid van erkenningen in het Franse taalgebied (figuur 20).

Figuur 20. Evolutie van professionele erkenningen van diploma's verpleegkunde volgens taalrol



Net als bij de artsen, nemen ook Frankrijk en de andere ons omringende landen de bulk voor hun rekening. Andere landen, incl. Roemenië, zijn maar verantwoordelijk voor 12 of minder goedgekeurde erkenningen.

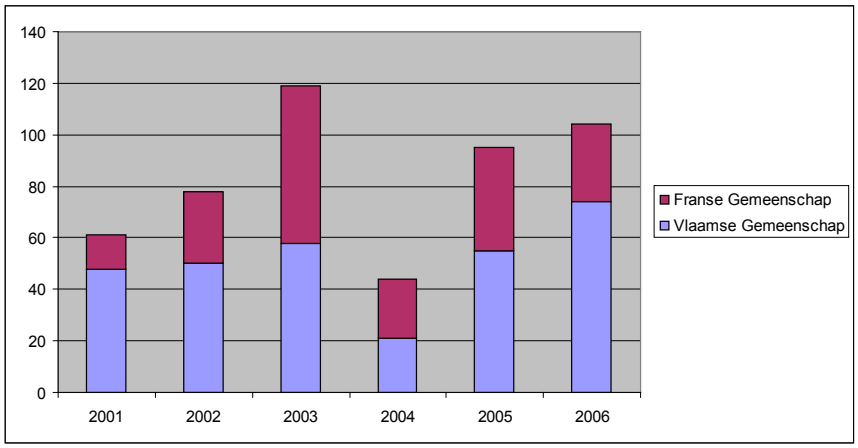
Figuur 21. Erkenningen van diploma's verpleegkunde in 2007 volgens nationaliteit



5. Academische erkenningen

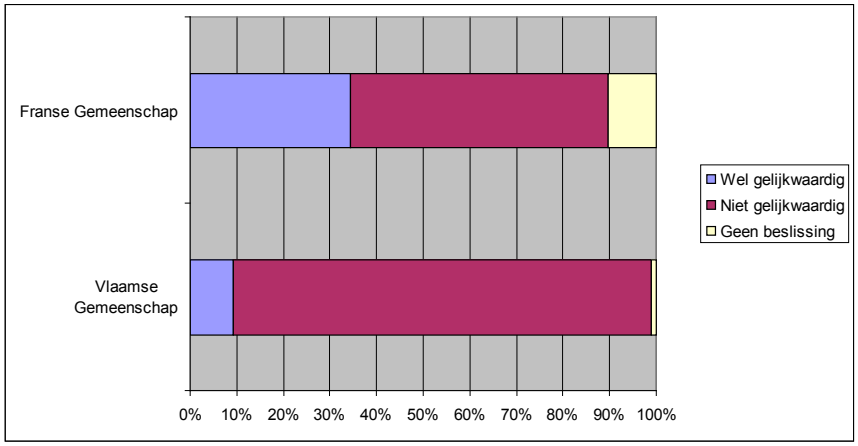
Het aantal aanvragen tot academische erkenning voor geneeskunde schommelde sterk tussen 2001 en 2006 in beide Gemeenschappen, maar blijft toch in totaal onder de 120 voor heel België.

Figuur 22. Evolutie van aantal aanvragen academische erkenning in Vlaamse en Franse Gemeenschap voor geneeskunde



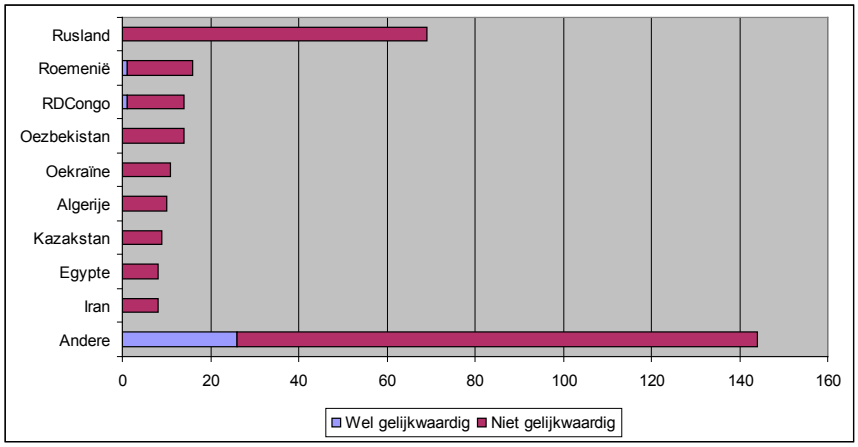
In beide Gemeenschappen liggen de slaagkansen echter zeer laag, zoals figuur 23 toont.

Figuur 23. Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van geneeskunde in de Franse (2001-2007) en Vlaamse Gemeenschap (2001-2006).

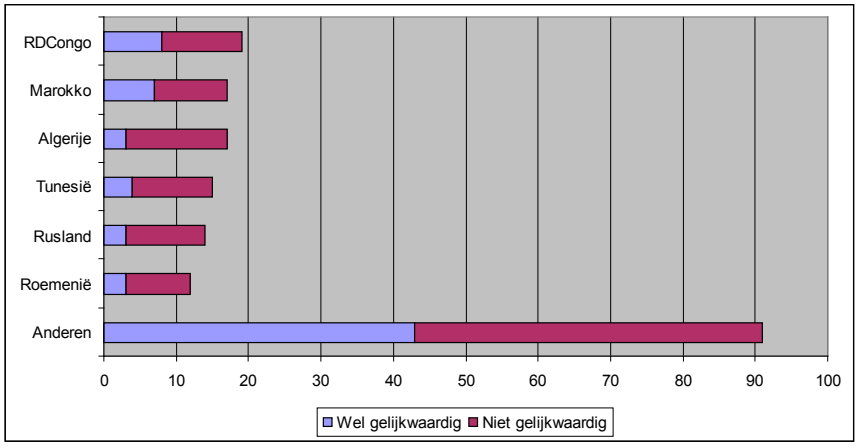


Opgedeeld naar nationaliteit valt de sterke aanwezigheid van Russische aanvragers op bij de Vlaamse Gemeenschap (terwijl de goedgekeurde beslissingen tot gelijkwaardigheid uit zeer verschillende landen komen), terwijl er in de Franse Gemeenschap niet één groep specifiek bovenuit springt.

Figuur 24. Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van geneeskunde in de Vlaamse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2006

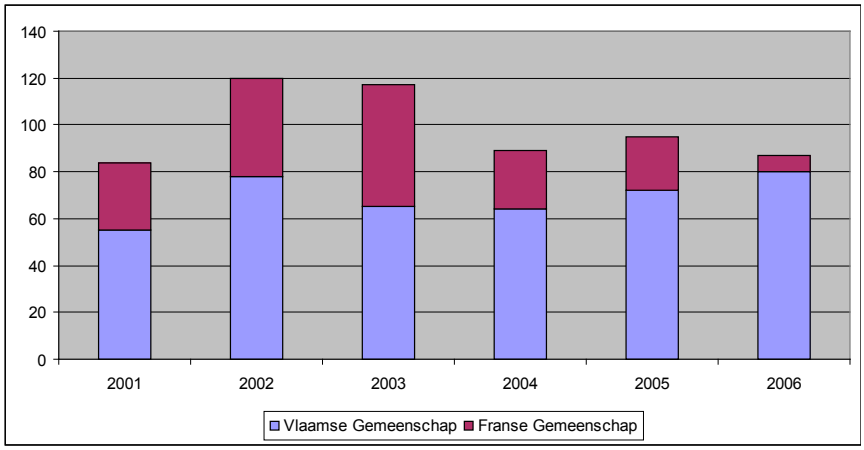


Figuur 25. Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van geneeskunde in de Franse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2007



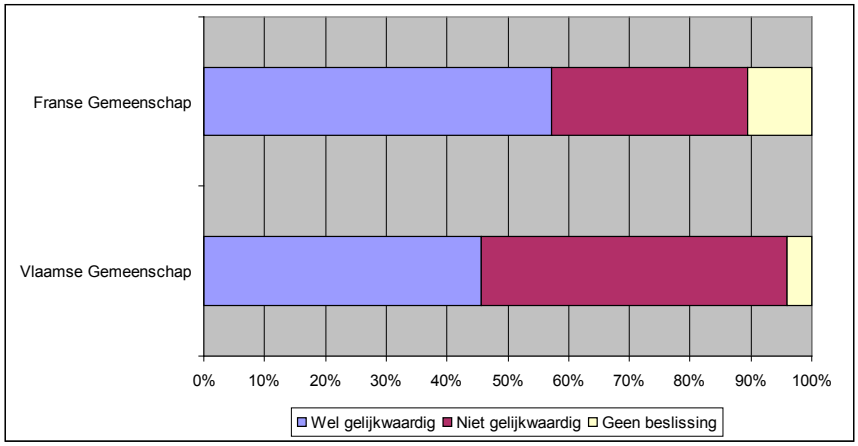
Eenzelfde stramien als voor geneeskunde, zien we bij de evolutie van de academische gelijkwaardigheid van diploma's in verpleegkunde. Er zijn wel aanzienlijk meer aanvragen bij de Vlaamse Gemeenschap dan bij de Franse. Let wel: deze cijfers nemen niet de gelijkwaardigheidsaanvragen op secundair niveau (4de graad) in rekening.

Figuur 26. Evolutie van aantal aanvragen academische erkenning in Vlaamse en Franse Gemeenschap voor verpleegkunde



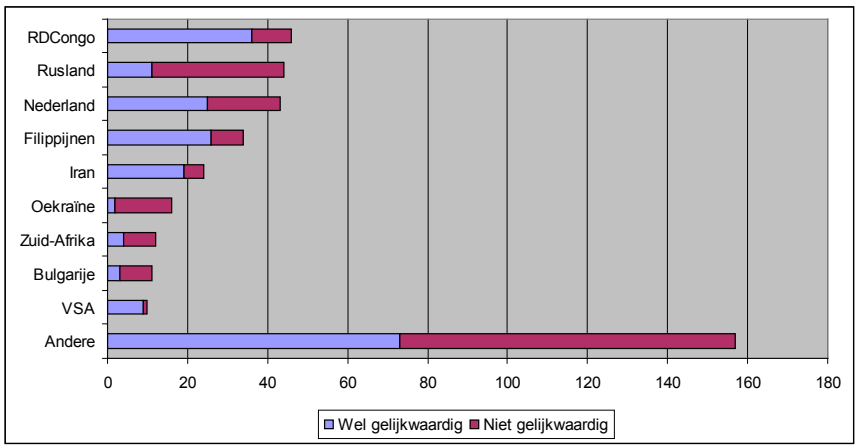
De slaagkansen liggen wel een pak hoger dan voor geneeskunde.

Figuur 27. Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van verpleegkunde in de Franse (2001- 2007) en Vlaamse Gemeenschap (2001-2006)

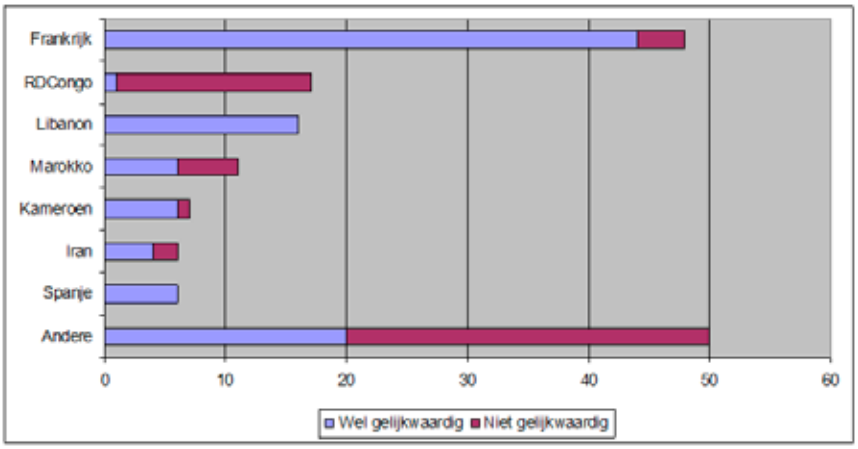


Opgedeeld naar nationaliteit valt de sterke aanwezigheid van Franse (goedgekeurde aanvragen) op in de Franse Gemeenschap en het relatief ruime aantal aanvragen vanuit de Democratische Republiek Congo in beide Gemeenschappen. Daarnaast valt de diversiteit op in de herkomst van de aanvragen, getuige de hoge noteringen voor anderen in figuren 28 en 29.

Figuur 28. Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van diploma's verpleegkunde in de Vlaamse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2006



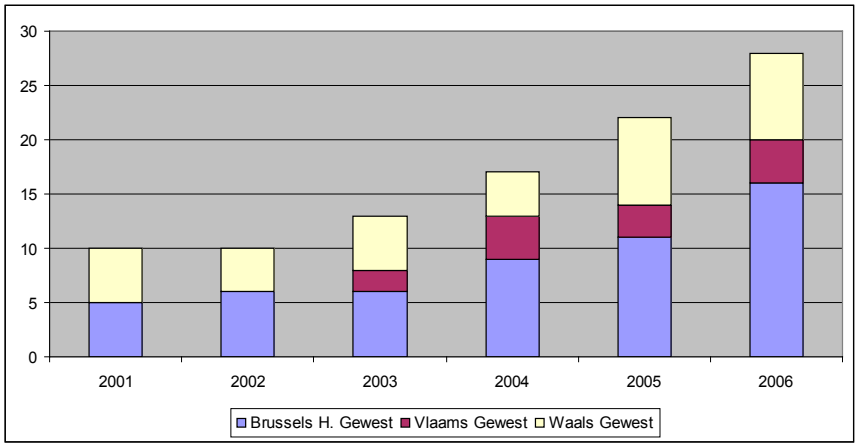
Figuur 29. Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van diploma's verpleegkunde in de Franse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2007



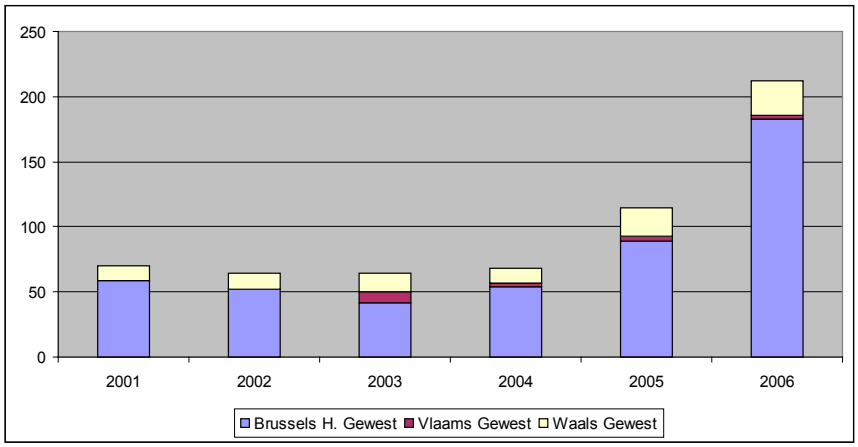
6. Arbeidskaarten

Uit figuur 30 blijkt dat Arbeidskaarten B binnen de gezondheidssector (gedefinieerd volgens NACE-code 85) vrij populair zijn geworden in de afgelopen jaren. Dit manifesteert zich voornamelijk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en in veel mindere mate in het Waals Gewest (zie figuren 30 en 31). In Vlaanderen is deze trend afwezig.

Figuur 30. Nieuwe toekenningen en hernieuwingen arbeidskaarten B binnen gezondheidssector voor arts in Wallonië en Brussel (2001-2006) en Vlaanderen (2003-2006)



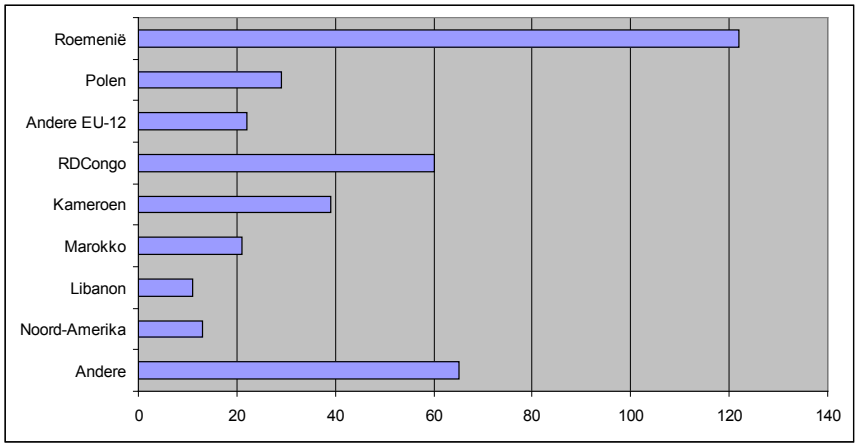
Figuur 31. Nieuwe toekenningen en hernieuwingen arbeidskaarten B binnen gezondheidssector voor verpleegkundige in Wallonië en Brussel (2001-2006) en Vlaanderen (2003-2006)



De gemiddelde leeftijd van de aanvrager van deze arbeidskaarten B schommelt rond de 34. Tegen 2006 was de leeftijd wel licht gestegen tot 37 jaar. De meerderheid van de aanvragers voor verpleegkundige zijn vrouwen: tot 80% van het totaal aantal aanvragers. Bij de artsen schommelt het aandeel vrouwen rond de 40 à 50%.

Alle gezondheidsberoepen tezamen genomen, zijn Roemenië en de Democratische Republiek Congo de meest voorkomende nationaliteit van de aanvragers in 2006.

Figuur 32. Nieuwe toekenningen en hernieuwingen arbeidskaarten B binnen gezondheidssector in 2006 (mensen met de nationaliteit van Cyprus en Malta zijn vrijgesteld van een arbeidskaart)



1.4. Internationale rekrutering van gezondheidspersoneel in België

1. Internationale rekrutering: een nieuw fenomeen?

Internationale rekrutering is een relatief nieuw fenomeen in België. De meeste buitenlanders die in de geneeskunde werken, kwamen voornamelijk naar België op eigen houtje. Men had persoonlijke contacten in België – of de echtgeno(o)t(e) was Belgisch, en was op de hoogte van een positie en solliciteerde hier succesvol voor. In sommige gevallen waren er reeds contacten tussen Belgische zorginstellingen en buitenlandse, of persoonlijke contacten tussen geneeskundig personeel. Dit was echter niet in het kader van een formele overeenkomst en van een echte zoektocht naar buitenlands personeel en actieve rekrutering op de buitenlandse arbeidsmarkt was geen sprake.

In de laatste jaren is er hier snel verandering in gekomen. Verschillende zorginstellingen wenden hun blik naar buitenlands personeel om eventuele tekorten op te vullen, of om buitenlandse expertise in te brengen. Toch mag men deze evolutie vooralsnog niet overschatten. Uit de cijfergegevens die eerder in deze studie werden beschreven blijkt dat het aandeel van buitenlands personeel nog relatief laag is. Uit een bevraging van Janssens (2009) bij 29 Belgische ziekenhuizen en 184 rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) bleek wel dat 59% van de RVT's en 69% van de ziekenhuizen personeel tewerkstelde dat in het buitenland was geboren. Gemiddeld was echter 3,3% van het personeelsbestand van RVT's immigrant, en bij ziekenhuizen was dit nog geen procent. Vaak bestaat deze groep uit verpleegkundigen, zorgkundigen of poets, keuken- en technisch personeel. Zo werken er in 15% van de RVT's en 42% van de ziekenhuizen verpleegkundigen die in het buitenland geboren waren, terwijl we maar in 2 ziekenhuizen buitenlandse artsen terugvinden. Zoals de auteur schrijft, dient men op te passen om deze

cijfers te veralgemenen naar alle zorginstellingen.
De laatste jaren hebben rekruteringsbureaus zich op deze markt internationaal zorgpersoneel begeven. Zij bieden hun diensten aan om internationaal personeel te zoeken, selecteren en begeleiden. Of dit een gevolg is van de langzaam toenemende interesse in buitenlands zorgpersoneel bij zorginstellingen, ofwel net één van de oorzaken is, is voer voor discussie. Omdat rekruteringsbureaus een nieuwe optie promoten en mogelijk maken voor zorginstellingen, kan het immers ook zijn dat zij mee aan de basis liggen van de relatief nieuwe vraag naar buitenlands personeel. Afgezien van het Brusselse, ligt het aantal rekruteringsinitiatieven nog relatief laag. Vaak gaat het ook om enkele individuen of ten hoogste een tiental verpleegkundigen.

De meeste initiatieven ontstonden toen verpleegkundige als knelpuntberoep werd geïdentificeerd. Toch neemt het aantal rekruteringsbureaus toe. Hieronder beschrijven we enkele van de bekendste initiatieven. Deze illustreren de reikwijdte en kenmerken van dit soort van initiatieven.

2. Ervaringen van zorginstellingen

- Ervaring van een ziekenhuis: UZA

Een eerste voorbeeld is een initiatief dat werd genomen door het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen. Het UZA zette in de periode 2000-2002 een samenwerkingsverband op met de Universiteit van Wroclaw in Polen, om de tekorten in het eigen verplegend personeel op te vullen. In totaal ging het om 14 personen, die als verzorgende tewerkgesteld werden, alhoewel ze wel in het bezit waren van een Pools diploma verpleegkundige. Hun diploma werd echter niet als gelijkwaardig erkend. In Polen werd een selectieprocedure georganiseerd en de kandidaten dienden een speciaal voor de gelegenheid ontworpen cursus Nederlands en vakjargon (60u) te volgen en te slagen op een taaltest. De 14 geslaagden kregen een arbeidskaart van 1 jaar (verlengbaar met 6 maanden) en werden tewerkgesteld op verschillende afdelingen van het ziekenhuis. Een coach voorzag begeleiding. Alhoewel het project succesvol was, werd het wegens de relatief grote investeringen in werving en selectie stopgezet. Bovendien was er tegenstand van bepaalde middenveldorganisaties en administraties. Bij dit project was nog geen rekruteringbureau betrokken.

Bij nieuwe pilootprojecten die in 2009 van start gingen en waarbij de ervaringen uit het eerste initiatief werden meegenomen, is dit wel het geval. De personeelscoördinator van het UZA benadrukt dat zijn instelling een lange termijnvisie volgt op het vlak van internationale rekrutering. Het recruteren van buitenlands personeel wordt niet aangewend als noodoplossing in tijden van een tekort aan personeel. Via kleine pilootprojecten die men intensief monitort en evalueert en eventueel bijstuurt, tracht men inzicht te verkrijgen of en op welke manier internationale rekrutering een toekomstig rekruteringskanaal kan zijn enerzijds, en anderzijds kan bijdragen tot de diversiteit in de instelling, en andere mogelijke meerwaarden met zich meebrengt. Op dit ogenblik zijn er overigens in het UZA geen significante personeelstekorten: de huidige buitenlandse rekrutering mag dan ook niet gezien worden als het opvullen van tekorten.

De huidige twee pilootprojecten concentreren zich op de rekrutering van Poolse en Roemeense verpleegkundigen. Voor geneesheren of andere beroepen lopen er geen initiatieven. In de twee gevallen wordt samengewerkt met het rekruteringsbureau Moving People voor Roemenië en Benevobis voor Polen. Hoewel beide bureaus veel gelijkenissen vertonen, zijn er toch significante verschillen in hun

werking. Zo gebeurt de selectie van de kandidaten bij Benevobis voor de kandidaat Nederlands heeft geleerd, terwijl dit bij Moving People na de taalopleiding volgt. De tijd tussen selectie en rekrutering is bijgevolg langer bij het eerste dan bij het tweede bedrijf. Beide bedrijven verzorgen de rekrutering in het buitenland, maar Moving People investeert ook intensief in de begeleiding in België. In totaal kwamen er vijf Poolse verpleegkundigen naar België in 2009 en drie Roemenen in februari 2010. Allen hebben ze een contract met de UZA en worden tewerkgesteld volgens dezelfde arbeidsvoorwaarden als de Belgische werknemers (wat wettelijk verplicht is). Gelijkschakeling van diploma's verloopt zonder problemen, evenals de administratieve procedures – de rekruteringsbureaus staan hiervoor in. Voor Poolse werknemers werden de procedures daarenboven vereenvoudigd: men heeft geen arbeidskaart en –vergunning meer nodig. De coördinator stelt wel dat een dergelijk project investeringen en engagement van de zorginstelling vereist. Begeleiding ter plekke is zeker nog nodig (afhankelijk ook van de aangeboden diensten van het rekruteringsbedrijf), maar de kosten en de baten dienen in een ruime context te worden geplaatst. Bovendien dient men een eerlijke vergelijking te maken met de kosten van andere rekruteringsinitiatieven (bv. vacatures plaatsen, opleiding voorzien,..). Daarnaast dient men te kijken in welke mate elk initiatief kan bijdragen tot de uitbouw van een stabiel, kwalitatief hoogstaand en duurzaam (in termen van retentie van personeel) personeelsbestand. De voornaamste hinderpaal die wordt vermeld, verwijst naar de taalbarrière. Ondanks de opleiding in het land van herkomst, is er toch nood aan bijkomend taalonderwijs in België. Zo heeft het UZA een samenwerking met de VDAB aangegaan voor een cursus Nederlands op de werkvloer. Daarnaast noteerde de coördinator nog enkele verschillen in beroepsvereisten naargelang nationaliteit. De Poolse verpleegkundige traditie sluit bijvoorbeeld nauw aan bij de Belgische. De personeelscoördinator illustreert dit met het voorbeeld dat Roemeense verpleegkundigen geen bedden kunnen opmaken, omdat dit niet tot het takenpakket en de opleiding behoort in Roemenië. Volgens Henneman (2010) hebben verpleegkundigen in Roemenië en Polen ook meer autonomie dan in België, waar de arts instaat voor de beslissingen (Henneman 2010). Toch mag men de invloed van de banden met het land van herkomst niet onderschatten: 2 van de 5 Poolse verpleegkundigen keerden vroegtijds terug wegens heimwee.

- De ervaring van het Europaziekenhuis

Eén van de pioniers in België op het vlak van internationale rekrutering in de gezondheidszorg zijn de Brusselse Europa ziekenhuizen. Reeds begin jaren 2000 onderzocht het ziekenhuis volgens de HR-directeur de piste van het werven van personeel in het buitenland. Internationale rekrutering wordt aanzien als één van de opties om de tekorten in het personeelsbestand in het ziekenhuis op te vullen. Volgens de HR-directeur is het zeker niet de mirakeloplossing, maar is het een aanvullende mogelijkheid naast het zoeken op de Belgische arbeidsmarkt, en het aantrekkelijker maken van het beroep. In het begin keek men in de richting van de Filippijnen, maar omwille van administratieve procedures en reglementering (die op dat ogenblik strikter was) heeft men deze mogelijkheid opgegeven. In samenwerking met de stichter van Moving People heeft men andere landen opgezocht, met name Roemenië, Libanon en Tunesië. Moving People bood een allesomvattend kader aan, inclusief taal- en cultuuropleiding in de landen van herkomst. Moving People voert tevens een eerste selectie uit en verzorgt de administratieve procedures. In een tweede stap bezoekt de HR-directeur zelf de weerhouden kandidaten voor een selectiegesprek. In dit gesprek gaat men onder meer in op de mogelijkheid om zich te integreren in de Belgische samenleving en het takenpakket van een Belgische verpleegkundige (dat kan verschillen van dat van een verpleegkundige in Roemenië). Daarnaast bekijkt de HR-directeur of de kandidaat binnen de equipe past in het Brusselse ziekenhuis. De kandidaten dienen ten minste één van de landstalen onder de knie te hebben.

De samenwerking met het rekruteringsbedrijf verloopt volgens de HR-directeur uitstekend. In de laatste vijf jaren werden meer dan 50 verpleegkundigen vanuit het buitenland aangeworven. In sommige gevallen zijn de kandidaten na een zekere tijd teruggekeerd naar het land van herkomst, maar in veel gevallen wist de kandidaat zich goed te integreren. Als de echtgenoot of de echtgenote van de verpleegkundige werk kan vinden in België, dan komt deze soms na verloop van tijd ook naar België.

3. Rekruteringsagentschappen

- Limarex

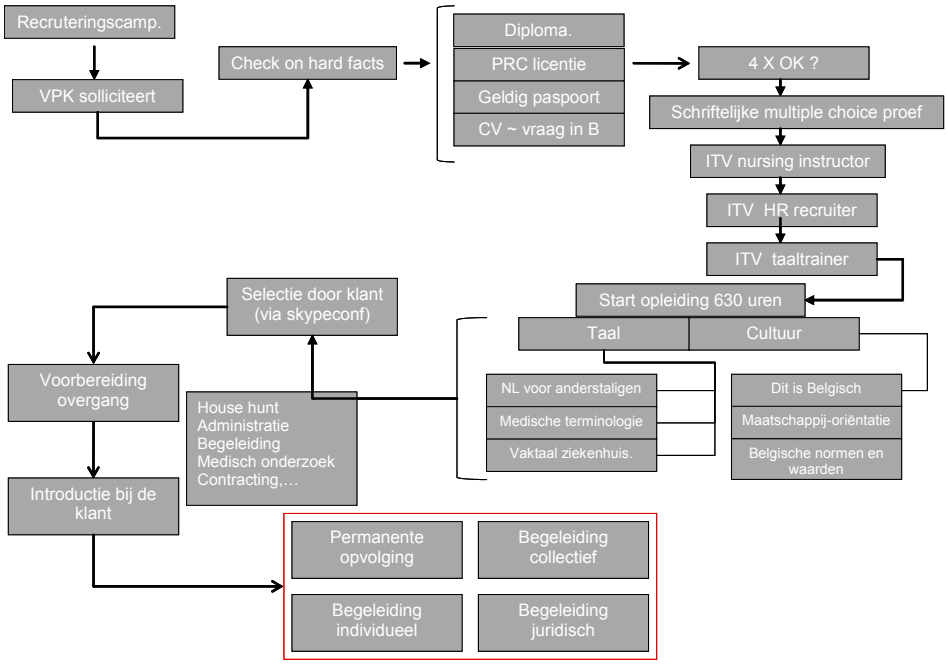
Limarex is een HR-bureau dat al enkele jaren aan bedrijven de mogelijkheid biedt om in de Filippijnen IT-personeel en ingenieurs te werven. Sinds kort selecteert en rekruteert het bureau ook verpleegkundigen. Volgens de Marketing & sales Manager, Manu Thijs, heeft Limarex al heel wat ervaring opgebouwd in de Filippijnse arbeidsmarkt. Maar de keuze voor de Filippijnen wordt ook ingegeven door het overaanbod aan verpleegkundigen. Uit ethische overwegingen wenst Limarex enkel in markten te recruteren die zelf geen personeeltekorten kennen. Bovendien stimuleert en faciliteert de Filippijnse overheid internationale rekrutering. De Filippijnse zorgcultuur sluit nauw aan bij de Belgische, aldus Thijs. De Filippijnen zijn bovendien een katholiek land – evenals België – en de Amerikaanse cultuur is alomtegenwoordig – de VS koloniseerde het land immers in de eerste helft van de vorige eeuw. Arbeidsmigratie is een kenmerk van de Filippijnse maatschappij en de bevolking is er dus ook aan gewend (wat wordt geïllustreerd door de populariteit van internet en telecommunicatie in het land). Al deze factoren maken, volgens de Manager, integratie op de Belgische werkvloer gemakkelijk.

Tot voor kort was de opleiding verpleegkunde in de Filippijnen ook een pluspunt. Het Filippijnse Master of Arts diploma in Nursing werd immers gelijkgesteld met een Belgische, wat opname in de Belgische arbeidsmarkt eenvoudig maakte. Zoals eerder vermeld is dit niet meer van toepassing sinds mei 2010, wat de toekomst onduidelijk maakt. Een ander knelpunt is de vereiste van een minimuminkomen om in België aan de slag te kunnen als niet-EU onderdaan. De kandidaat dient immers verzekerd te zijn van een jaarlijks bruto inkomen van 36355 euro. Wanneer alle extra's in rekening worden gebracht, kan men aan dit bedrag geraken als verpleegkundige, maar dit betekent dat de werknemer flink wat overuren en/of nacht- en weekendwerk dient te verrichten. Arbeidsmigranten presteren over het algemeen vaak meer uren dan andere werknemers, aangezien men minder tijd (kan) investeren in familie en de sociale kring.

Filippijnse verpleegkundigen komen in aanmerking voor rekrutering door Limarex als ze in het bezit zijn van een geldig reispaspoort, een Bachelor of Masters diploma in nursing, en het verplichte staatsexamen hebben afgelegd. Verder dienen ze minimum drie jaar ziekenhuiservaring te hebben en bereid zijn zich te hervestigen in Europa en een 4 jaar durende Nederlandse taaltraining te volgen in Manilla, zonder verloning. Bovendien kan Limarex extra eisen stellen die op de Belgische markt niet mogelijk zijn, zoals een leeftijdsgrens. Limarex zoekt actief naar verpleegkundigen die in de geriatrie en operatiekamers willen werken. In België krijgt de werknemer professionele omkadering in de vorm van een ontvangst aan de luchthaven, begeleiding bij het zoeken naar een woning, legale bijstand en integratie-activiteiten. De taal- en cultuurtraining bestaat uit 440u Nederlands, 105u ziekenhuisvaktaal, 35u maatschappij-oriëntatie, 35u omgangskunde en 15 uur tests. In totaal is dit dus een training van 630 uur.

Figuur 33 geeft de selectieprocedure grafisch weer:

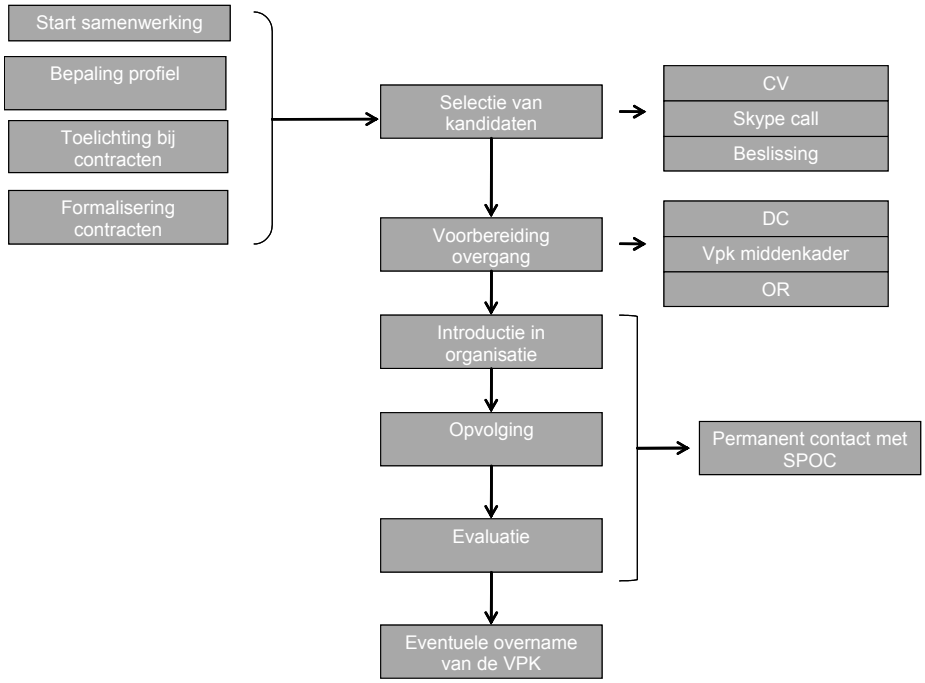
Figuur 33. Rekruteringsproces voor kandidaatwerknemer



**PRC: Professional Regulation Commission*
Bron Thijs 2010

Met de zorginstelling sluit Limarex een samenwerking. Elke formule wordt op maat gemaakt, maar bevat wel steeds de garantie op een toegewezen en voltijdse terbeschikkingstelling van de werknemers, een voltijdse betrekking van 38u/week en 152u/maand. Bijkomende onregelmatige prestaties worden vergoed, en Limarex garandeert dat de werknemer 12 maanden (waarvan 8 op proef) werkt voor de werkgevers. Na deze periode volgt een kostenloze overname door de zorginstelling. De werknemer krijgt zijn of haar verloning volgens dezelfde modaliteiten als andere werknemers van de instelling. De gehele procedure is gericht op een goede overname door het ziekenhuis. Volgens Thijs is een jaar inderdaad het minimum voor een werknemer om tot een besluit te komen of men al dan niet wil blijven in België. Figuur 34 toont de procedure voor de klant:

Figuur 34. Rekruteringsproces door ogen van klant



** DC: Directiecomité / OR: Overgangsregeling / SPOC: Single Point of Contact*
Bron Thijs 2010

Alhoewel het niet mogelijk is een eenheidsprijs te geven – elk initiatief is immers anders op maat gemaakt van de zorginstellingen en hangt af van de diensten die deze laatste wenst – geeft Thijs als indicatie mee dat een Filippijnse verpleegkundige recruteren iets minder dan 39€/u kost voor ongeveer 1.600 productieuren. Dit is ongeveer 4 euro per uur meer dan een interimkracht kost.

- Link2Europe

Het uitzendbureau Link2Europe werd vier jaar geleden opgericht en specialiseert zich in de Europese rekrutering van medische beroepen, net zoals Benevobis dat zich op de Poolse markt richt. In tegenstelling tot bijvoorbeeld Limarex begeeft Link2Europe zich dus niet op de Aziatische markt. De rekruteringsprocedure is dan ook anders. Het bedrijf heeft eigen rekruteringscentra in Polen en Roemenië. De meeste verpleegkundigen zijn wel nog relatief jong, aangezien de gelijkwaardigheid van diploma's enkel automatisch geldt voor diploma's behaald vanaf 2004 voor Polen en 2007 voor Roemenië. Men begint zich ook te richten op Letland, Litouwen, Portugal en Bulgarije en in de toekomst zouden hier Griekenland, Wit-Rusland en Oekraïne kunnen bijkomen. Tot nog toe gaat het nog over vrij kleine aantallen. Volgens de heer Van Assche, gedelegeerd bestuurder van Link2Europe, is er nog vrij veel terughoudendheid bij werkgevers om internationaal te recruteren. Men kijkt nog meer de kat uit de boom en wil eerst zien hoe het andere initiatieven verloopt. Hij wijst tevens op het feit dat er zeer veel concurrentie van andere landen is. Ook het Verenigd Koninkrijk recruteert in Portugal en buitenlandse werknemers zijn sowieso meer geneigd naar landen te migreren waar men de taal spreekt of waar de rekruteringsprocedure gemakkelijk verloopt.

- Randstad Medical

Randstad Medical is recent gestart met een project om niet-EU gezondheidspersoneel te recruteren voor de Belgische zorg. Net als Limarex richten zij zich op de Filippijnen, omwille van ethische redenen, stimulansen van de overheid en overaanbod aan personeel. Het besluit van het NARIC om de diploma's van Filippijnse verpleegkundigen niet meer te erkennen heeft ook Randstad Medical met een kater opgezadeld. De Filippijnse verpleegkundigen kunnen immers niet aan de slag in Vlaanderen als verpleegkundige, tenzij ze bijkomende opleidingen volgen. De vraag is dan echter wie er voor deze extra investering kan en wil opdraaien. Mevr. De Smedt, Business Development manager bij Randstad beweert dat de interesse bij bedrijven wel hoog is, maar dat de vraag vooralsnog relatief klein is, omdat de zorginstellingen een afwachtende houding aannemen. Daarnaast is een rekruteringsproject nog relatief duur, omwille van de uitgebreide dienstverlening.

- Moving People

Moving People werd in 2005 opgericht als gevolg van de jobsite Stepstone. Moving People richtte zich in eerste instantie op Roemenië, omwille van de kennis van het Frans, de gesloten toetredingsakkoorden met de EU en de loonkloof met landen zoals België. In tweede instantie concentreerde het bureau zich op Libanon, tevens omwille van de kennis van het Frans en de loonkloof, maar ook omdat studenten er relatief hoge verpleegtechnische vaardigheden bezitten. Eén vijfde van de Roemeense verpleegkundigen en vier vijfde van de Libanese kunnen tewerkgesteld worden op het graduaatsniveau. (Geets 2008).

In 2007 werden naast verpleegkundigen ook geneesheren gezocht en gerekruteerd. Werkgevers selecteren zelf ter plaatse het medisch en verpleegkundig personeel.

Sinds haar oprichting heeft Moving People al ongeveer 400 mensen gerecruteerd voor de Belgische (voornamelijk Franstalige) ziekenhuizen en RVT's. Buiten Roemenië en Libanon werft het bedrijf ook aan in Tunesië en Portugal.

De zaakvoerder van het bedrijf benadrukt het belang van de selectieprocedure en de aandacht die erin wordt gegeven aan de sociale aspecten en de familiesituatie van de kandidaten: bijvoorbeeld wat gebeurt er met de partner. Daarnaast wordt er geïnvesteerd in de taalopleiding. Ze volgen twee keer per week een opleiding via Skype. Na deze opleiding worden ze voorgesteld aan de werkgevers. De helft van de kandidaten valt nog af na deze ronde. Naast het verzorgen van de administratieve procedures voor bijvoorbeeld de gelijkschakeling van diploma's, begeleidt het bedrijf hen bij de vestiging en integratie in België: het zoeken van een woning, openen van een rekening, etc. Bovendien assisteert men de partner bij het zoeken van een baan, en er wordt tevens rekening gehouden met de sociale en culturele aspecten van het leven van de kandidaat en men tracht steeds beschikbaar te zijn. De kandidaat kent in het begin immers vrijwel niemand in België. Deze intense begeleiding dient ook om te verzekeren dat de kandidaat in België lange tijd verblijft en om aan klantenbinding te doen. Indien een verpleegkundige toch vertrekt na een aantal maanden omwille van bijvoorbeeld heimwee, dan zorgt Moving People voor een vervanger of trekken ze de gemiste honoraria af. Het bedrijf biedt de garantie dat de kandidaat een jaar blijft (Henneman 2010).

- Express Medical

Express Medical werd opgericht in 1988 en richtte zich van in het begin specifiek op het recruteren van personeel voor gezondheidsinstellingen. Na een paar herstructureringen maakt Express Medical nu deel uit van het Nederlandse bedrijf USG people. Om aan de vraag van instellingen naar gezondheidspersoneel te kunnen voldoen, is Express Medical de piste van internationale rekrutering een aantal jaar geleden beginnen te verkennen. In 2004-2005 richtte het bedrijf een eerste pilootproject op. Men richtte de blik naar de Spaanse regio Catalonië, omdat er daar zowel een overschot aan verpleegkundigen werd genoteerd, het Catalaans dicht aansluit bij het Frans en de administratieve procedures zeer eenvoudig zijn (omwille van het feit dat Spanje tot de EU behoort). In totaal werden vier verpleegkundigen aangeworven en werden deze tewerkgesteld in rusthuizen. Dit liet toe om gradueel de taal verder aan te leren, zonder risico op medische fouten – wat wel het geval zou kunnen zijn bij de spoeddienst. De rusthuizen zelf zochten naar een voltijdse kracht, en kozen ervoor dit door één voltijds werkende persoon te laten invullen. Vaak, aldus de General Manager van Express Medical, worden voltijdse in de gezondheidssector immers ingevuld door verschillende personen. De vier personen keerden na een zestal maanden echter al terug naar Spanje, omdat de taalverschillen moeilijk overbrugbaar bleken, heimwee optrad (ook omwille van het Belgische klimaat) en het takenpakket te zeer verschilde van de Spaanse. Belgische verpleegkundigen dienen immers meer en andere taken op zich te nemen dan Spaanse die eerder technische en administratieve taken moeten uitvoeren.

Voor een volgend project heeft Express Medical besloten om buiten de EU te zoeken. Deze beslissing werd enerzijds ingegeven door ethische redenen. De General Manager stelt dat veel landen binnen de EU zelf kampen met tekorten. Zo heeft de General Manager weet van Oekraïense verpleegkundigen die de tekorten op de Roemeense markt invullen – tekorten die ontstonden toen Roemeense verpleegkundigen naar het Westen migreerden. Anderzijds waren de procedures ten tijde van de analyse voor de pilootprojecten, nog vrij complex voor de rekrutering van bijvoorbeeld Poolse verpleegkundigen – wat nu wel veranderd is. Uiteindelijk werd gekozen voor twee verschillende landen: Filippijnse verpleegkundigen voor de Nederlandstalige markt, en Tunesische voor de Franstalige.

In 2008-2009 heeft Express Medical een pilootproject opgezet met Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA) om de openstaande vacatures voor verpleegkundigen op te vangen door de rekrutering van Filippijnse verpleegkundigen in hun eigen land. Volgens het gezamenlijke persbericht werd er gekozen voor de Filippijnen, omwille van het gelijkwaardige opleidingsniveau, het overschot aan verpleegkundigen in het land, de Filippijnse cultuur en mentaliteit die goed zou aansluiten bij de Belgische zorgsector. Express Medical rekruteerde via haar afdeling Express Projects twee Filippijnse kandidaten. De kandidaten worden onder meer geïnterviewd via een videoconferentie. De twee verpleegkundigen kregen een intensief taalbad van vier maanden en het rekruteringsbedrijf zorgde tevens voor de afhandeling van de administratieve procedures voor de werkvergunning en de arbeidscontracten. Express Medical schiet de kosten van de taalopleiding voor, maar de kandidaten dienen deze wel terug te betalen. De Filippijnse kandidaten zullen gedurende een minimum van twee jaar in vaste dienst zijn van Express Projects en worden tewerkgesteld op projectbasis bij ZNA. Deze procedure heet projectsourcing en levert volgens het rekruteringsbedrijf de kandidaten werkzekerheid en de zorginstelling de nodige flexibiliteit. Volgens de General Manager is het ook een vereiste van de Filippijnse overheid dat de werknemer een contract moet aangaan met het rekruteringsbedrijf (wat bvb. niet het geval is in Tunesië) en dat het bedrijf instaat voor onthaal in België.

Express Medical zet dit project voort met de organisatie van een taalopleiding voor 15 nieuwe verpleegkundigen. Zoals eerder vermeld, gooide een besluit van het NARIC roet in het eten. De Filippijnse diploma's worden immers niet meer gelijkgeschakeld. De enige uitweg is de optie dat de diploma's wel gelijkgeschakeld zullen worden met het diploma van gegradueerde verpleegkundige. De Filippijnse werknemers zullen in dat geval wel minder verdienen, maar ze zullen wel aan de slag kunnen in België.

Het Tunesische project is nog maar pas gestart. 20 dossiers werden voorbereid, waarvan er één reeds de gehele procedure heeft doorlopen. In dit project sluit de zorginstelling rechtstreeks met de werknemers een contract af.

4. Aandachtspunten en stof tot discussie

Uit het vorige kunnen een aantal aandachtspunten gedestilleerd worden. De volgende negen punten verdienen enige aandacht:

1. problemen met taal;
2. culturele verschillen;
3. ander takenpakket;
4. relatief hoge kosten van rekrutering;
5. procedure en academische erkenningsproblemen;
6. inburgering (en de aandacht die er aan moet worden gegeven);
7. ethische overwegingen (voor land van herkomst);
8. beeldschepping van internationale arbeidskrachten (als een 'product');
9. discussie: internationale rekrutering of eerder naar Belgische arbeidsreserve kijken.

Volgens de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en vroedvrouwen in Vlaanderen, NVKVV, betreffen de voornaamste problemen aangaande de inschakeling van buitenlands personeel de relatie tussen arts, verpleegkundige en patiënt. Een goede communicatie tussen deze verschillende actoren is immers onontbeerlijk voor een doeltreffende gezondheidszorg. De aanwerving van verpleegkundigen in het buitenland stelt potentiële problemen wat betreft de taal, de cultuur en verwerving van bepaalde contextspecifieke vaardigheden.

Kliniek Sint-Jan in Brussel recruteert expliciet geen personeel in het buitenland, maar werft enkel aan in de Belgische arbeidsmarkt. Directeur Verpleegkunde Olbrechts verduidelijkt dat het multiculturele karakter van de stad Brussel in haar personeelsbestand wordt weerspiegeld. De Kliniek kant zich tegen de aanwerving van buitenlands personeel omwille van drie redenen: de onvoldoende kwalificatiegraad van buitenlands personeel, de taal en culturele problemen, en het ethische probleem om actief op zoek te gaan naar personeel in landen die zelf met tekorten kampen. Daarenboven recruteren zij actief binnen de allochtone bevolking in België.

Een onderzoek van Janssens (2009) bij 29 Belgische ziekenhuizen en 184 RVT's gaf aan dat de meerderheid geen taalproblemen observeerde bij buitenlandse verpleegkundigen die hun diploma in België hadden gehaald. Toch stelde een significante minderheid van de zorginstellingen dat ze wel problemen met de taalkennis ervaarde. Zowat de helft van de ondervraagde ziekenhuizen en RVT's noteerde dat de communicatie tussen buitenlandse verpleegkundigen met een buitenlands diploma en

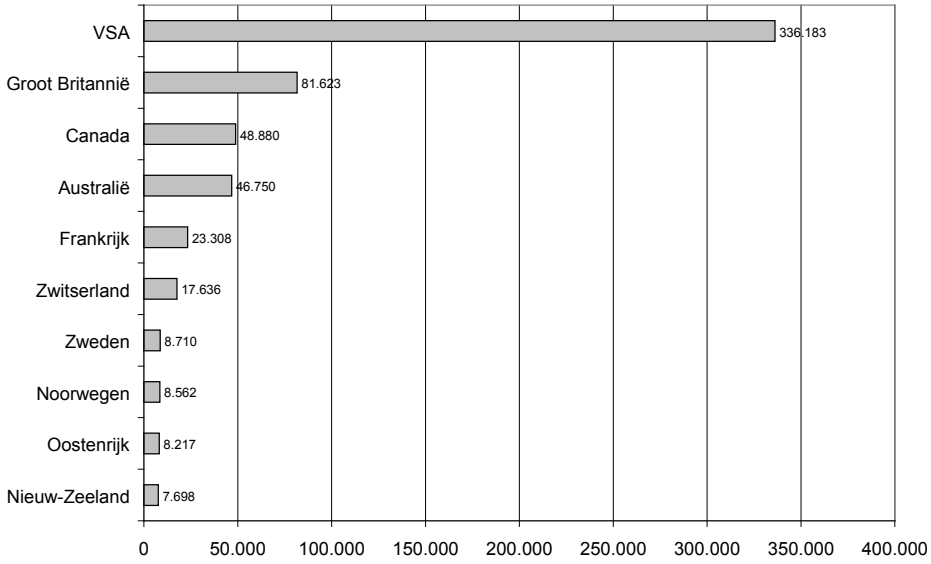
collega's en patiënten hen kopzorgen baarde. Daarenboven vond een derde de procedure om het diploma erkend te laten krijgen zeer tijdsrovend. Een minderheid zag ook problemen in de verschillen in de inhoud van de opleiding tussen België en het land waarin de verpleegkundige zijn/haar diploma had behaald. De vaardigheden en de medische kennis worden hier opgenoemd. Een ander probleem dat werd aangehaald refereerde naar de opvang en begeleiding van de verpleegkundige buiten de instelling. Sommige RVT's haalden de houding van de werknemers als probleem aan, meer bepaald ongewettigde afwezigheden. Specifiek voor werknemers die in het buitenland werden gerekruteerd vermelden een aantal instellingen de heimwee van de werknemer naar de familie als hinderpaal.

HOOFDSTUK 2 DE INTERNATIONALE CONTEXT: DE INTERNATIONALE MOBILITEIT VAN MEDISCH PERSONEEL IN EEN SELECTIE VAN ONTVANGENDE LANDEN

2.1. De OESO

Uit de OESO studie 'Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration', in *International Migration Outlook* uit 2007, blijkt duidelijk de verdeling van het uit het buitenland afkomstig medisch personeel over de verschillende OESO landen.

Figuur 35. Top 10 van de OESO landen naar aantal tewerkgestelde buitenlandse verpleegkundigen



Bron Dumont J-C and Zurn P. (2007) Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, in International Migration Outlook, SOPEMI, Paris

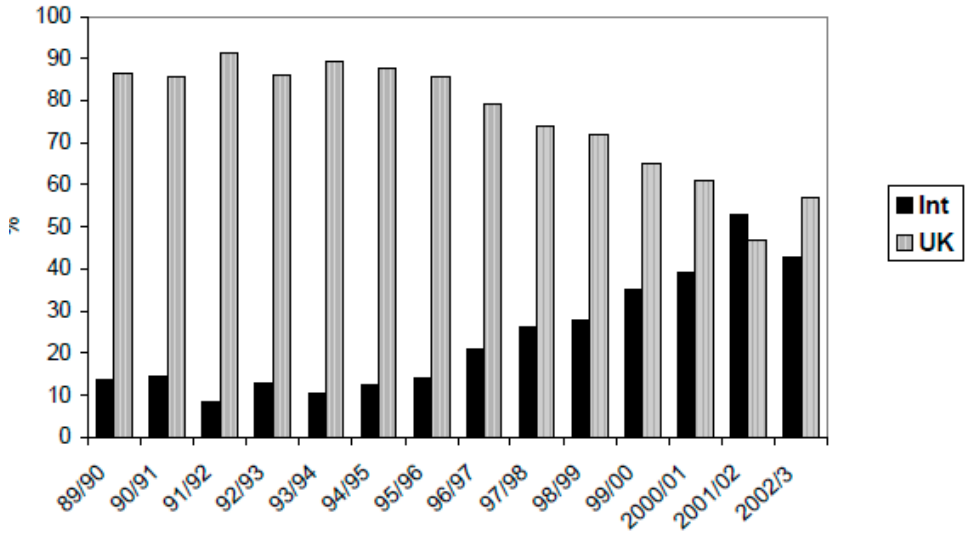
In het bronbestand zijn niet alle OESO landen opgenomen (België en Nederland ontbreken bv.). Wanneer het totaal van alle in het bestand opgenomen verpleegkundigen (614.979 personen) vergeleken wordt met het aandeel van de VSA daarin, blijkt dat de VSA meer dan de helft van alle verpleegkundigen in die OESO landen binnen haar grenzen telt (336.183 personen). Groot-Brittannië neemt op een verre afstand de tweede plaats in met iets minder dan een kwart van het aantal verpleegkundigen dat de Verenigde Staten telt (81.623 personen). Canada volgt op een derde plaats (48.880 personen). Een ander traditioneel immigratieland, Australië, volgt op korte afstand daarvan (46.750 personen), ruim voor Frankrijk (23.308 personen) dat de vijfde plaats inneemt. Als we het aantal verpleegkundigen van vreemde origine voor deze top vijf vergelijken met het totaal aantal inwoners

verandert de rangschikking helemaal en komt Australië met een populatie van "slechts" 21.875.000[3] op de eerste plaats, gevolgd door Canada (33.740.000 inwoners), Groot Brittannië (60.221.000 inwoners), de Verenigde Staten (307.007.000 inwoners) en Frankrijk (61.838.000 inwoners).

2.2. Groot-Brittannië: de koloniale erfenis

Groot-Brittannië in het algemeen, maar voornamelijk Engeland heeft een traditie in het aanwerven van personen voor verzorgende taken in het buitenland. In figuur 36 is duidelijk de evolutie daarvan te volgen tussen 89/90 en 2002/3. Het valt op dat het aantal "internationale" registraties in het jaar 2001/2002 groter was dan het aantal Britse registraties.

Figuur 36. Ratio tussen personen van Britse of niet-Britse herkomst als percentage van het totale aantal nieuwe verpleegsters / verplegers die jaarlijks de toestemming krijgen om in het VK te werken (1990 -2002) Initiële registratie.

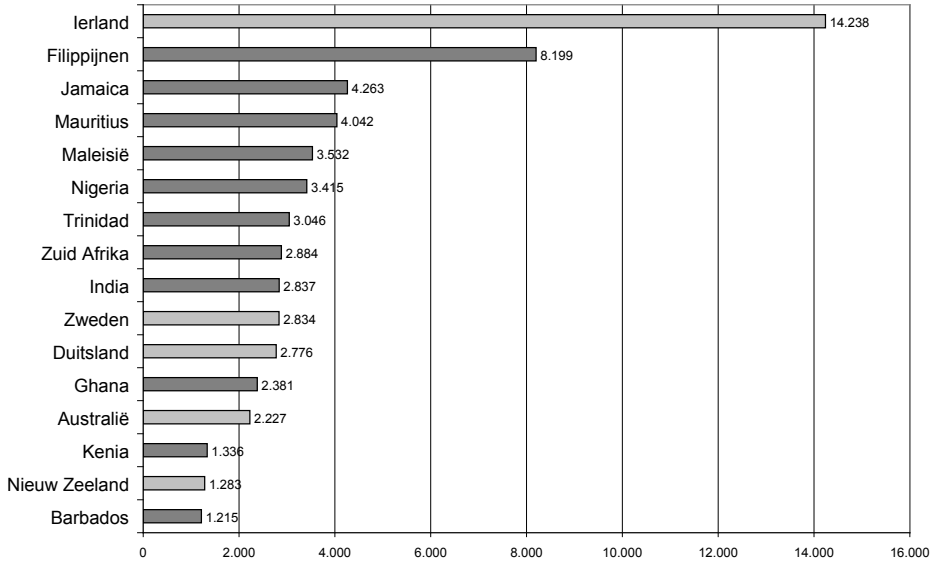


Bron Buchan & Dovlo (2004)

Een blik op de OESO cijfers leert dat de hoofdmoot van deze "internationale" verpleegkundigen van Ierse origine zijn. Zij vormen met 14.238 personen de grootste groep. Dit is echter geen algemene tendens. De tweede grootste groep Europese vreemdelingen wordt gevormd door de Zweden op de tiende plaats in een rangschikking naar omvang van de populatie, onmiddellijk gevolgd door de Duitsers (11de plaats) en de Australiërs (13de plaats) als vierde grootse groep die uit de geïndustrialiseerde wereld afkomstig is.

3 Bevolkingsgegevens wereldbank 2009: http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/POP.pdf

Figuur 37. Verplegend personeel in Groot-Brittannië naar nationaliteit



** De donkere balken betekenen verplegend personeel van niet-OESO landen. De lichtere balken geven de waarden van OESO landen aan.*

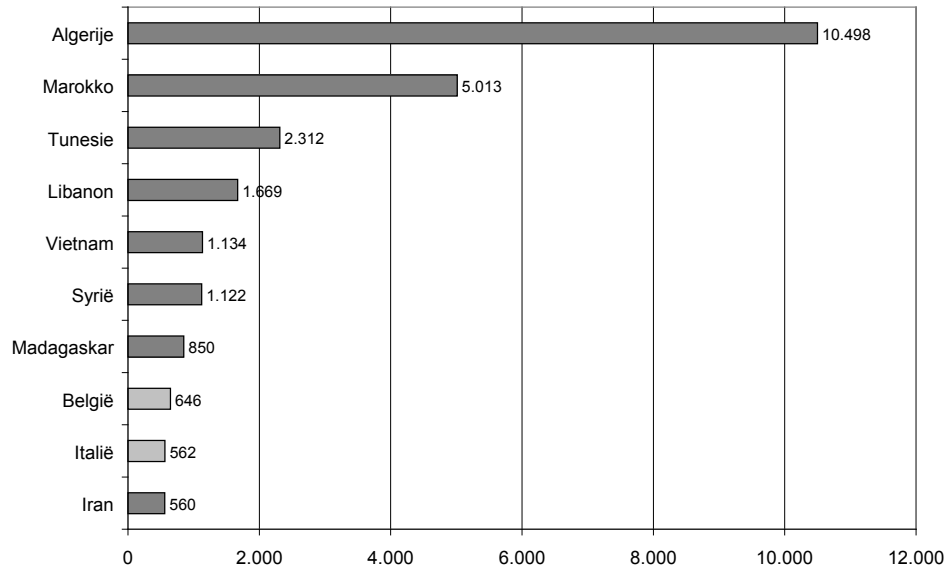
Bron Dumont J-C and Zurn P. (2007) Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, in International Migration Outlook, SOPEMI, Paris

Wat verder opvalt aan de structuur van de populatie van verplegenden in het Verenigd Koninkrijk, is dat de tweede grootste groep gevormd wordt door ingezetenen uit de Filippijnen en dat daarna bijna allemaal ex-kolonies volgen. In de lijst met landen met meer dan 100 verplegenden die in het Verenigd Koninkrijk actief zijn, zijn een aantal kleine tot erg kleine staten uit de Caraïben terug te vinden zoals Jamaica (2.700.000 inwoners, 3de plaats), Mauritius (1.275.000 inwoners, 4de plaats), Trinidad & Tobago (1.339.000 inwoners, 7de plaats) en zelfs het kleine Barbados, een land met 256.000 inwoners, dat op 16de plaats figureert met 1.215 verpleegkundigen die in het VK actief zijn.

2.3. Frankrijk: de koloniale erfenis

Vergeleken met het totale aantal inwoners van Frankrijk, heeft het land vergeleken met andere landen zoals de traditionele immigratielanden en Groot-Brittannië merkelijk minder verzorgend personeel van niet-Franse herkomst. Ook de nationaliteiten van de gezondheidswerkers die in Frankrijk aangetroffen worden, zijn anders dan in de Angelsaksische landen. Er zijn bijvoorbeeld amper Filippino's in Frankrijk te vinden. In het OESO bestand van 2007 staan er geen verpleegsters en slechts 16 artsen geregistreerd. Frankrijk werft vooral in voormalige kolonies en in een paar buurlanden. De Algerijnen alleen zijn goed voor bijna één derde (31%) van alle artsen van vreemde herkomst. Samen met de andere voormalige Noord-Afrikaanse kolonies Marokko (15%) en Tunesië (7%) vormen de artsen met een Maghreb achtergrond ruim meer dan de helft van alle dokters van vreemde origine.

Figuur 38. Top 10 van artsen van vreemde origine in Frankrijk naar nationaliteit



** De donkere balken betekenen artsen van niet-OESO landen. De lichtere balken geven de waarden van OESO landen aan.*

Bron Dumont J-C and Zurn P. (2007) Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, in International Migration Outlook, SOPEMI, Paris

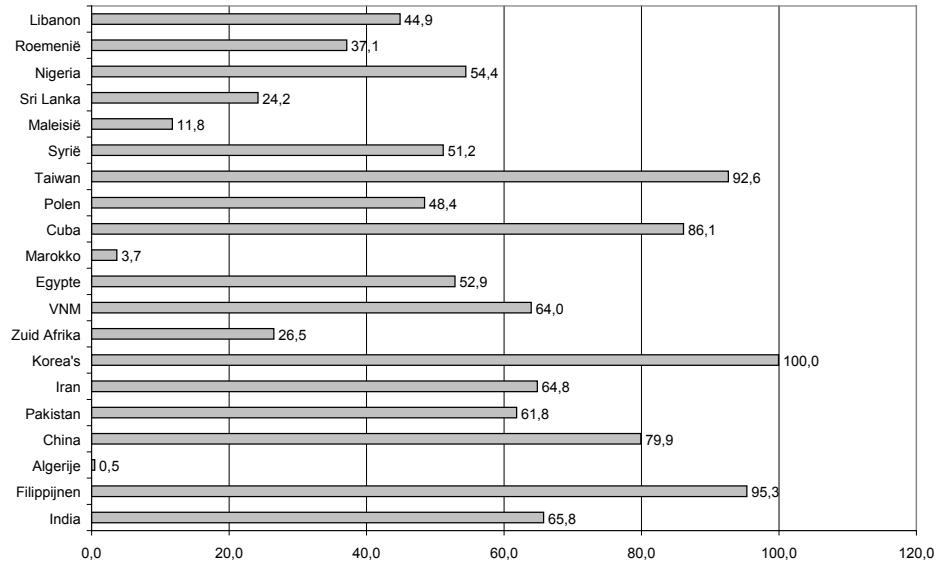
De top 10 wordt verder vervolledigd door landen die ook een Franse aanwezigheid gekend hebben zoals Libanon, Vietnam, Syrië en Madagaskar. Vervolgens zijn er nog een paar honderden verplegenden uit buurlanden actief zoals België (646) en Italië (562), maar zij vertegenwoordigen afgerond amper 2% en 1,7% van alle verpleegkundigen met een niet-Franse nationaliteit. De top 10 wordt afgesloten door verpleegkundigen uit Iran.

Voor wat de verpleegkundigen in Frankrijk betreft, blijft het beeld min of meer behouden, al duiken de Duitse verpleegkundigen de top 5 binnen. Er zijn slechts 5 nationaliteiten die meer dan 1.000 verpleegkundigen in Frankrijk actief hebben: Algerije (8.236 personen), Marokko (3.807 personen), Duitsland(2.175) personen, België (1.316 personen) en Madagaskar (1.134 personen).

2.4. Noord Amerika: de grote slokkop

Zoals onder paragraaf 1 van dit hoofdstuk reeds vermeld werd, blijkt dat indien het totaal van alle in het bestand opgenomen verpleegkundigen (614.979 personen) vergeleken wordt met het aandeel van de VSA daarin, de VSA meer dan de helft van alle verpleegkundigen in die OESO landen binnen haar grenzen telt (336.183 personen). Anders dan in de andere figuren werd ter illustratie van de Amerikaanse situatie voor de meest voorkomende nationaliteiten in het OESO bestand nagegaan welk aandeel er in de VS verblijft. Voor de ingezetenen van de beide Korea's is dit een volle 100%. Ondanks de grote aantallen Filippino's die elders aan de slag gaan, is toch meer dan 90% in de VS actief.

Figuur 39. Percentage van in de VSA tewerkgestelden uit de top 20 van in OESO landen tewerkgestelde dokters uit niet-OESO landen naar land van herkomst



Bron Dumont J-C and Zurn P. (2007) Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, in International Migration Outlook, SOPEMI, Paris

Ook van de Taiwanese, Cubaanse en Chinese verpleegsters die tewerkgesteld zijn in de in het rapport opgenomen OESO landen, zijn 8 op de tien of meer tewerkgesteld in de VSA. Enkel die landen die in Frankrijk sterk vertegenwoordigd zijn zoals de Algerijnen en Marokkanen zijn met respectievelijk 0,5% en 3,7 % nauwelijks terug te vinden in de Verenigde Staten.

2.5. Verdere data

In het Groenboek over de gezondheidswerkers in Europa van de Commissie (COM(2008) 725) zijn gegevens terug te vinden over de beslissingen betreffende erkenning van kwalificaties die onder de sectorale systemen voor erkenning vallen. Die gegevens, een *Database of regulated professions in the EU Member States, EEA countries and Switzerland* zijn samengevat beschikbaar op de volgende website: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm.

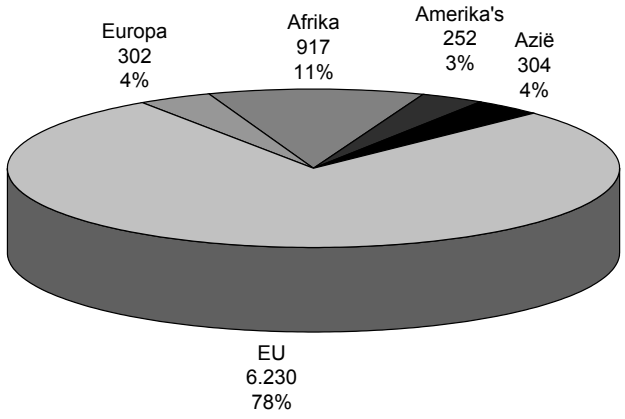
De cijfers in deze database illustreren hoeveel mensen overwegen hun beroep in een andere lidstaat te gaan uitoefenen. Het groenboek vermeldt echter ook: "*er is echter geen verdere informatie over de vraag of de gezondheidswerkers in kwestie in feite een baan in een andere lidstaat hebben aangenomen, en of zij misschien daarna verder getrokken zijn naar een derde land of naar hun eigen land zijn teruggekeerd; deze gegevens kunnen dus, bij gebrek aan meer gedetailleerde informatie, hoogstens als een ruwe benadering van de werkelijkheid worden beschouwd*".

Andere door EUROSTAT verzamelde gegevens over aantallen gezondheidswerkers zijn het resultaat van het ECHI project (European Community Health Indicators project) en zijn terug te vinden op de Public Health website. Deze gegevens zijn afhankelijk van wat de verschillende lidstaten verzamelen en zo zijn er voor België voor sommige indicatoren geen cijfers beschikbaar. De projectinformatie is te vinden op de website http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm. Meer algemene informatie met o.a. het groenboek en de paper die resulteerde uit consultaties n.a.v. het groenboek zijn te vinden op http://ec.europa.eu/health.

2.6. De internationale mobiliteit van medisch personeel: België als vergelijking

In deze paragraaf worden kort enkele figuren weergegeven met gegevens met betrekking tot de tewerkstelling van medisch personeel van vreemde herkomst. De hier gehanteerde bron is dezelfde als diegene die gebruikt is voor de vorige paragrafen.

Figuur 40. Verdeling van medisch personeel van vreemde herkomst in België (Dokters en verplegend personeel) in België naar Regio van herkomst.

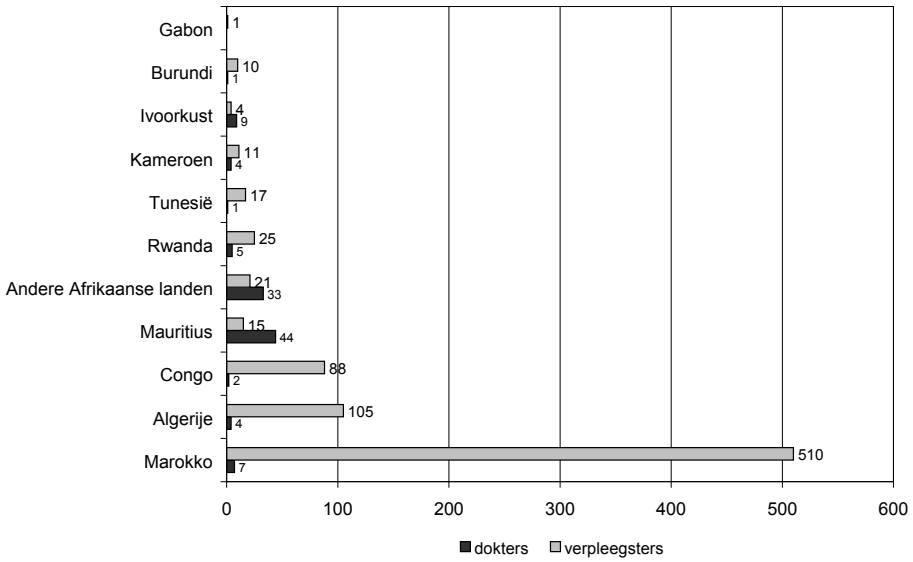


Bron Managed Migration and the Labour Market - The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – bewerking HIVA

Uit de door de OESO gerapporteerde cijfers blijkt dat meer dan drie kwart van het in België werkende medische personeel (zowel verpleegsters als dokters) dat uit het buitenland afkomstig is, uit een ander EU (EU-15) land komt. Amper 4% komt uit een ander Europees land vanuit de EER of uit één van de nieuwe lidstaten. Eenzelfde percentage is afkomstig uit Azië en een nog iets kleiner aantal uit de Amerika's (zowel Noord- als Zuid-Amerika). Van alle niet-EU regio's komen de meeste migranten met een medische achtergrond uit Afrika. Van slechts twee Afrikaanse nationaliteiten zijn meer dan 100 verplegers / verpleegsters in het land actief: het betreft Marokko (510) en Algerije (105). Uit de statistieken valt niet af te lezen waar de betreffende personen hun opleiding hebben genoten. Er kan m.a.w. geen onderscheid gemaakt worden aan de hand van deze cijfers tussen personen van Marokkaanse origine met een Belgisch diploma of met een Marokkaans diploma. De derde meest omvangrijke groep is de eerder beperkte groep Congolezen, die 88 verplegers / verpleegsters kent. Een opvallende groep wordt gevormd

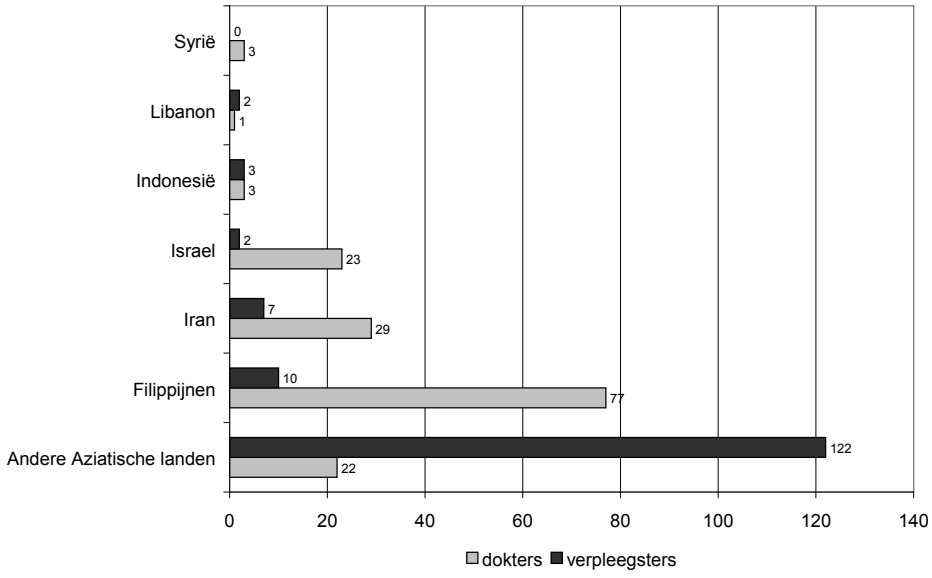
door personen die afkomstig zijn van Mauritius. Ondanks hun beperkte aanwezigheid in de diaspora zijn er wel 44 artsen en 15 verplegers/verpleegsters van Mauritiaanse afkomst.

Figuur 41. Medisch personeel van Afrikaanse herkomst actief in België (2005) naar nationaliteit



Bron Managed Migration and the Labour Market - The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – bewerking HIVA

Figuur 42. Medisch personeel van Aziatische herkomst actief in België (2005) naar nationaliteit

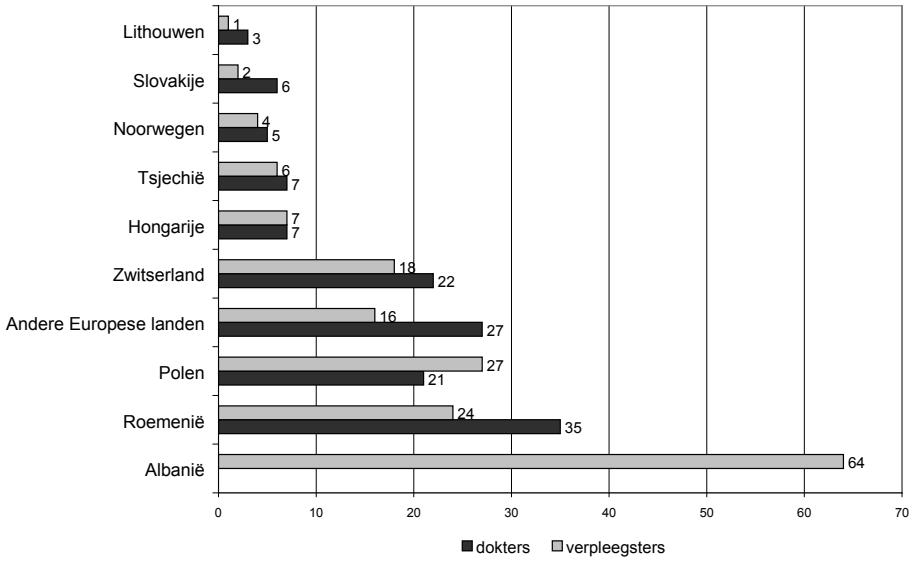


Bron Managed Migration and the Labour Market The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – bewerking HIVA

België telt een beperkt aantal artsen die afkomstig zijn uit Azië. Van geen enkel Aziatisch land is er een grote concentratie van één nationaliteitsgroep terug te vinden. De grootste groep verpleegsters uit een Aziatisch land die kan gevonden worden, wordt gevormd door de Filippijnse verpleegsters en verplegers, zij het dat die groep maar 77 personen bevat. Ter vergelijking: Ierland, een land met 4,2 miljoen inwoners heeft in hetzelfde bestand 1.662 verplegenden van Filippijnse herkomst en Oostenrijk (8,2 miljoen inwoners) 1.091. In beide landen zijn zij ruimschoots de grootste groep buitenlandse verplegenden na de Britten in Ierland en de Duitsers in Oostenrijk.

Het aantal dokters of verpleegkundigen die hun wortels hebben in landen van de EER, de nieuwe lidstaten of andere delen van Europa, is eerder beperkt. Het bestand van 2005 maakt slechts gewag van enkele tientallen per nationaliteit, met het gegeven dat – vergeleken met de andere regio's – er voor een aantal landen meer artsen aanwezig zijn. Voor Albanië wordt er geen enkele arts gerapporteerd maar wel 64 verpleegkundigen. Daarmee zou België meer Albanese verpleegkundigen binnen zijn grenzen tellen dan de VSA, waarvoor het bestand gewag maakt van 46 Albanese verpleegkundigen.

Figuur 43. Medisch personeel van Europese herkomst (buiten de EU15) actief in België (2005) naar nationaliteit



Bron Managed Migration and the Labour Market The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – bewerking HIVA

HOOFDSTUK 3 THEORETISCHE ACHTERGROND BIJ DE DISCUSSIE

3.1. Het wie, waarom en hoe van internationale tewerkstelling

1. Inleiding

Met de publicatie van 'Replacement Migration' (2000) hebben de Verenigde Naties in een aantal Europese landen en Japan de stok in het hoenderhok gegooid. In de studie worden prospecties gemaakt van de evolutie van de bevolking in een aantal westerse landen. De vergrijzing neemt, aldus het rapport, aanzienlijke proporties aan en de gevolgen zullen zich de komende decennia op de arbeidsmarkt laten voelen. Nu al is er sprake van krapte op bepaalde segmenten van de arbeidsmarkt. Eén van de mogelijkheden om de gevolgen daarvan te verminderen is een openstelling van de grenzen voor werknemers van buiten Europa. Zij kunnen dan de gaten op de arbeidsmarkt vullen.

Tewerkstelling van buitenlandse werknemers brengt een aantal problemen met zich mee zoals de aanpassing langs beide kanten (werknemer en werkgever). Nog een probleem dat zich stelt is van een andere aard. Deze personen hebben vaak een opleiding genoten in het buitenland. Indien hooggeschoolden uit minder ontwikkelde gebieden weggetrokken worden om in de westerse wereld de tekorten op de arbeidsmarkt aan te zuiveren, wordt veelal het begrip hersenvlucht (brain drain) in de mond genomen. Dit fenomeen kan verder bestudeerd worden. *Brain drain* heeft een uitgesproken negatieve connotatie, maar er circuleren ook andere termen zoals *brain gain*, *brain circulation*, *brain waste*, … (Wets, 2001) Dit fenomeen kan in zijn totaliteit in kaart gebracht worden, of welbepaalde sectoren kunnen er uit gelicht worden, zoals de verzorgende sector. Landen zoals Nederland en het Verenigd Koninkrijk rekruteren in het buitenland. Internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wijzen er op dat dit niet zonder risico is. In bepaalde gebieden gaat de gezondheidssituatie van de lokale bevolking achteruit omdat de artsen en verpleegkundigen naar de geïndustrialiseerde landen getrokken zijn. Klinieken in erg door AIDS aangetaste landen zoals Botswana gaan dicht bij gebrek aan medisch personeel. Aan de rekrutering van in het Zuiden opgeleid medisch personeel hangt een maatschappelijk kostenplaatje. Zowel het economische mechanisme kan als onderzoeksthema opgenomen worden (economen zoals Odet Stark hebben het probleem in een model gestoken om aan te tonen dat er belangrijke positieve effecten zijn), als de maatschappelijk neveneffecten. In bijvoorbeeld het VK werd een ethische code opgesteld. Is zo een code ook voor België denkbaar en zo ja, hoe zou die er uit kunnen zien?

2. Een analytische aanzet bij de discussie over de internationale migratie van medisch personeel

- Het probleem

De manier waarop het migratiedebat gevoerd wordt, evolueert mee met de economie. Als er sprake is van een (relatieve) hoogconjunctuur, wordt er gepleit voor een opener migratiebeleid. In periodes van laagconjunctuur wordt er eerder gepleit voor het instellen of het handhaven van een migratiestop. Op dit ogenblik leven we in België in een transitiefase. Er gaan, zeker na het verschijnen van het VN rapport 'Replacement Migration', meer en meer stemmen op om een gecontroleerde migratie opnieuw toe te laten. Deze stemmen komen vanuit sterk verschillende hoeken zoals de derdewereldbewegingen en het patronaat. In het ene geval wordt het vrij verkeer van personen benadrukt en de baten voor de ontwikkelingslanden, in het ander geval wordt er vanuit het liberale gedachtegoed gepleit voor een heropening van de grenzen om de markt te laten spelen en de benodigde gekwalificeerde werknemers die op dit ogenblik niet op de nationale arbeidsmarkt gevonden worden naar hier te halen. De meeste personen uit de (derde) wereld hebben geen of maar een onvolledige toegang tot de (internationale) arbeidsmarkt. De ontwikkelingslanden ontbeerden in het laatste decennium van de vorige eeuw volgens het UNDP al 250 miljard $ door de onvolledige toegang tot de arbeidsmarkt (UNDP, 1992; 57 en 66). Immigratiewetten blokkeren de stroom werklozen of ondertewerkgestelden van de ontwikkelingslanden naar de geïndustrialiseerde landen. De daar aanwezige tewerkstellingsmogelijkheden zouden een significante verhoging van de naar huis gezonden transfers hebben kunnen betekenen. Een studie van het Indira Gandhi Institute of Development Research (India) schatte in het begin van de jaren negentig dat de immigratiebeperkingen de globale economische groei tegen het jaar 2000 zo'n 1.000 miljard dollar gekost zouden hebben (UNDP, 1992). Een liberalisering van de beperkende maatregelen lijkt op deze wijze een positief gegeven waarvan iedereen beter wordt. Maar is dit ook zo? Voor een aantal landen verandert er wel iets. In oktober 2003 waren de economieën van de vier nieuwe economische grootmachten Brazilië, Rusland, India en China (samen BRIC genoemd) uitgedrukt in dollars, samen kleiner dan 15% van de G6 (de groep van 6 van rijkste geïndustrialiseerde landen, te weten de Verenigde Staten, Groot-Brittanië, Duitsland, Frankrijk, Italië en Japan). Tegen 2025 wordt geschat dat dit meer dan 50% zal zijn. Tegen 2050, minder dan veertig jaar later, kunnen de BRIC - economieën groter zijn dan de G6. Van de huidige G6 zullen dan alleen de Verenigde Staten en Japan overblijven bij de 6 grootste economieën (Wilson D. & Purushothaman R., 2003).

Veel andere landen in het Zuiden, vooral in het Afrikaanse continent, hebben minder rooskleurige vooruitzichten en hebben er alle baat bij gekwalificeerde mensen aan te trekken of te houden. Emigratie hoeft voor deze landen niet negatief te zijn, integendeel, maar zij zijn niet gediend met om het even welke emigratie. Indien mensen van een zeker kwalificatieniveau, met een speciale aandacht voor het medisch gevormd personeel, aangetrokken worden bestaat steeds het gevaar van hersenvlucht (*brain drain*) met alle mogelijke negatieve gevolgen voor het land van herkomst. Enkel goed opgeleide personen uit de derde wereldlanden weghalen om in het Westen de welvaart en de verzorgingsstaat in stand te houden, zeker als er ook in de ontwikkelingslanden een tekort is aan hooggekwalificeerden, hypothekeert niet alleen de verdere ontwikkeling, maar botst ook op een aantal ethische grenzen.

Het argument van de brain drain en de negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van de zendende landen wordt vaak aangehaald in de discussie over de heropening van de grenzen voor nieuwe arbeidsmigratie. Voor bepaalde regio's is dit dan ook problematisch. In *de regionale West-Afrikaanse*

ministeriële conferentie over de deelname van migranten aan de ontwikkeling van hun thuisland te Dakar (9-13 oktober 2000), waar de West-Afrikaanse leiders de Verklaring van Dakar hebben ondertekend, werd gesteld dat het vertrek van hoog of hoger opgeleide landgenoten een probleem vormt. Maar andere landen kampen met een aanzienlijke academische werkloosheid of hebben een onderwijssysteem dat voldoende uitgebouwd is om zowel de eigen markt als een deel van het buitenland van gekwalificeerd personeel te voorzien. In dat geval worden deze landen geen tekort gedaan en primeren voor het thuisland de positieve effecten van de aanwezigheid van migranten hier. Het belang van de teruggestuurde middelen en het uitbouwen van een netwerk (er kan zelfs gesproken worden van *netwerkkapitaal* als onderdeel van het sociaal kapitaal) wegen dan zwaarder door dan het mogelijke verlies van competentie.

Een ander probleem, zeker met betrekking tot de emigratie van medisch personeel, is dat er vaak onvoldoende middelen zijn om het gezondheidssysteem op een behoorlijke manier te laten functioneren in de landen van herkomst.

- De actoren

In het hele proces zijn er verschillende actoren betrokken. De migrant, de maatschappij van waaruit hij vertrekt, het gastland en de werkgever en intermediaire organisaties.

Belangrijk in het hele migratieproces is dat de beslissing om te migreren genomen wordt door de migrant als individu die alle pro's en contra's die hij of zij kent, afweegt. Deze kunnen zuiver economisch zijn, of meer immaterieel zoals meer mogelijkheden, ontplooiingskansen, veiligheid of een grotere vrijheid. Op basis van deze afweging wordt dan de "rationele" beslissing genomen om de stap naar migratie te zetten. Zowel in het vatten van het hele proces als in het uittekenen van begeleide maatregelen op economisch en op politiek niveau is het belangrijk dit steeds in het achterhoofd te houden. De migrant neemt individuele beslissingen en heeft ook onvervreemdbare individuele rechten.
De migrant leeft vanzelfsprekend niet in een sociaal vacuüm. Zelfs bepaalde karakteristieken zoals zijn opleidingsniveau zijn verkregen door de positie in en de bijdrage vanuit de maatschappij. Het individu heeft dus niet alleen zekere rechten, maar ook verplichtingen tegenover de maatschappij die in hem of haar geïnvesteerd heeft door bijvoorbeeld een deel van de opleidingskost te betalen. De baten voor het thuisland kunnen de naar huis gezonden spaarcenten en / of goederen zijn, het sociaal netwerk dat uitgebouwd wordt, het opleidingseffect van een verblijf in het buitenland voor de persoon op het ogenblik van terugkomst enz.

De volgende actoren die in dit proces betrokken zijn, zijn het gastland -dat bepaalt wie al dan niet onder welke voorwaarden binnenmag- en de werkgever. De werkgever is vragende partij in deze. Als er gekeken wordt naar recente evoluties in onze buurlanden kan vastgesteld worden dat de openingen die er gecreëerd werden (en de *greencards* die uitgereikt werden), het gevolg zijn van het lobbywerk van de werkgevers. Ook in Belgische context klinkt de stem van de werkgevers het luidst in de discussie over een gecontroleerde nieuwe arbeidsmigratie, zij het dat het volume mee op en neer gaat met de economische context. Omdat aanwervingen in het buitenland een zekere mate van specialisatie vereisen, duiken nog actoren op, de gespecialiseerde wervingsbureaus. Zij zijn het die de brug trachten te leggen tussen de vraag van de werkgevers enerzijds en het potentiële aanbod van toekomstige werknemers anderzijds, rekening houdend met de in beide landen geldende wettelijke bepalingen.

Ook de overheid is een actor. De Belgische overheid heeft bijvoorbeeld bepaald dat vrije arbeidsmigratie niet meer mogelijk is en stipuleert verder de criteria die gelden om te bepalen wie het land mag binnenkomen omwille van arbeidsdoeleinden. Het is ook de overheid die bepaalt dat men met sommige diploma's - zoals medische diploma's - niet zomaar aan de slag kan en de overheid schrijft ook voor wat de herkenningsprocedures zijn en welke criteria gelden om bijvoorbeeld een diploma van verpleegster of van dokter te erkennen.

- De omgeving

De grootschalige internationale migratie is in belangrijke mate de export van de problemen van de ontwikkelingslanden. Armoede, geweld, ecologische neergang en een sterk toenemende bevolking die de toekomst eerder somber doen lijken, liggen aan de basis van veel van de migratiestromen waarmee het Westen geconfronteerd wordt.

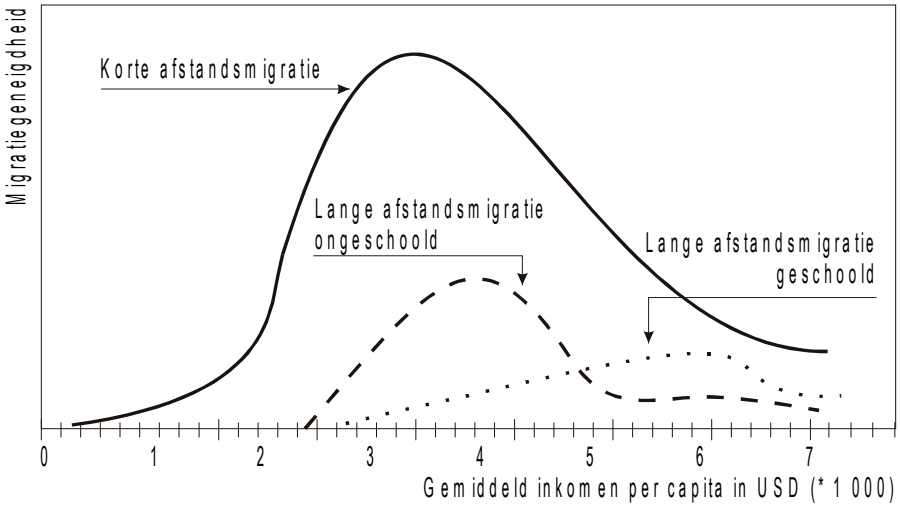
In de landen van bestemming zoals België is er al lang sprake van een vergrijzing. Reeds jaren geleden werden daarover studies gepubliceerd, o.a. door de OESO die al in 1991 beweerde dat België tienduizenden migranten op jaarbasis nodig zou hebben om de bevolking in de volgende eeuw op peil te houden. In perioden van laagconjunctuur met hoge werkloosheidcijfers krijgen dergelijke studies niet veel aandacht, maar met een beter draaiende economie, een krapte op de arbeidsmarkt en openstaande vacatures verandert dit. De migratie van medisch personeel vormt misschien wel in die zin een uitzondering dat de vraag niet geïnitieerd wordt door een fluctuerende economische groei, maar door een zich gestaag verder zettende ontgroening, vergrijzing en verwitting[4].

- Het proces

Het migratieproces speelt zich af in een gemondialiseerde samenleving, in een wereldwijde economie waar vraag en aanbod elkaar over een grote afstand vinden, ook wat werkkrachten betreft. In een aantal maatschappijen zijn mensen bereid naar het buitenland te trekken om hun individuele levensproject als migrant gestalte te geven. Meestal ligt een onvoldoende bevredigende situatie (absoluut of relatief) hierbij aan de basis. De link tussen migratie en het niveau van ontwikkeling lijkt soms tegenstrijdig. Als landen een bepaalde minimumstandaard van economische ontwikkeling bereiken, heeft migratie de neiging eerder toe te nemen dan af te nemen. Als het op nationaal niveau bekeken wordt, kan vastgesteld worden dat migratie toeneemt naarmate het BNP per capita groeit, maar terug daalt na verloop van tijd. Op basis van de emigratiepatronen in de Zuid-Europese landen tussen 1960 en 1980 werd het 'keerpunt' geschat op een gemiddelde van een BNP/c van 3.615 USD, gaande van 3.400 USD voor Turkije tot 4.100 USD voor Griekenland (1985) (Faini, R. & Venturini A.). Er wordt ook gesteld dat het keerpunt afhangt van het *opleidingsniveau* van de potentiële immigranten en de kost en de afstand van de immigratie. Dit wordt grafisch voorgesteld in figuur 44. Het volume lange afstandmigranten is voor hetzelfde inkomen merkelijk kleiner. Voor hooggeschoolden – waar de dokters zeker, en het beter gekwalificeerde verplegend personeel onder vallen – ligt het breekpunt waarop de curve terug daalt merkelijk verder dan voor laaggeschoolden. Het model is statisch en bevat slechts twee variabelen, maar geeft toch een goede afspiegeling van het migratieproces en de impact van het verschil in mogelijkheden (geoperationaliseerd door het BNP/c) tussen zendend en ontvangend land.

4 Ontgroening is het aandeel personen jonger dan 20 in de maatschappij; vergrijzing is het aandeel 65-plussers en verwitting is het aandeel 80-plussers.

Figuur 44. De migratiebult



Bron Fisher P. & Straubhaar Th. (1996)

Emigratie en de hiermee gepaard gaande geldstroom naar het moederland is een belangrijk element in de economie van de ontwikkelingslanden. De transfers van de geëmigreerde arbeiders verhogen de koopkracht van de thuisblijvers. De door individuele migranten naar het buitenland doorgestuurde bedragen zijn vaak eerder bescheiden - enkele honderden euro's of dollars -, maar het cumulatieve effect ervan is bijzonder sterk. Jaar na jaar nemen de gerapporteerde migrantentransfers toe, en ondertussen vormen ze reeds een veelvoud van de ODA, de officiële ontwikkelingshulp. Door de omvang van de transfers hebben zowel de internationale gemeenschap (bij monde van vooral de Wereldbank), ontvangende landen en zendende hun oog laten vallen op de migrantentransfers en bestuderen zij de mogelijkheden ervan.

Voor veel landen in het zuiden vormen de transfers een kritische factor in het overleven van de economie. *Emigratie* is dus bijna een noodzaak. Voor sommige arbeid-exporterende landen zoals het voormalige Joegoslavië, Griekenland, Turkije, Italië, Portugal, Marokko, Pakistan, India en Egypte kwamen de transfers overeen met een derde of meer van hun exportopbrengsten. Vooral voor landen zoals de Kaapverdische eilanden en een aantal eilandenrijken in de Stille Zuidzee en het Caribische gebied is het belang van de transfers meer dan duidelijk. In enkele van deze eilandenrijken vertegenwoordigen de door de migranten naar huis gestuurde bedragen meer dan een kwart van het nationaal product. Maar het speelt evident een grote rol wie deze middelen stuurt. Als het om personen gaat die buiten het economisch circuit gevallen zijn en die in de geïndustrialiseerde wereld een inkomen kunnen verwerven, is de kans groot dat de balans als positief gezien wordt. Als de weinige gekwalificeerde artsen of verpleegsters wegtrekken, is het beeld helemaal anders.

Over de vraag wat nu eigenlijk de impact op de economie is van die migrantentransfers wordt heel wat discussie gevoerd. Over het belang van deze geldstromen voor de economie van de zendende staten – hoe omvangrijk ze nominaal ook mogen zijn – bestaat onenigheid. Er wordt minstens gesteld dat dit eerder ambigu lijkt. Er zijn ook heel wat negatieve aspecten zoals de afhankelijkheid van transfers die

zelfversterkend werkt, de continuïteit van deze geldstroom die onzeker is, de ontwikkeling die erdoor verstoord kan worden door toenemende inkomensverschillen. Transfers kunnen eventueel zelfs leiden tot (lokale) inflatie waardoor in de streek waar de migranten vandaan komen de lokale bevolking zonder een familielid in het buitenland als het ware uit de markt geprijsd wordt. Verhoogde consumptiemogelijkheid impliceert niet automatisch een verhoogde kapitaalaccumulatie.

3. De doelstellingen

Er zijn duidelijk baten en kosten verbonden aan het migratieproces, en dit voor alle actoren. Om de discussie ten gronde te kunnen voeren moet er daarom ook gekeken worden naar de doelstellingen. Voor de individuele migrant is het duidelijk: het verbeteren van zijn persoonlijke situatie en/of deze van zijn onmiddellijke omgeving. Vaak gaat het om vanuit menselijk perspectief begrijpelijke overwegingen, zoals deze van de arts uit Botswana die niet wil dat zijn kinderen in een land met een HIV infectieratio van meer dan 30% opgroeien en die daarom wil ingaan op de mogelijkheden die bestaan in Groot-Brittannië.

Voor de landen van herkomst is het ook duidelijk. Sommigen zijn ermee gebaat omdat de migratie een vermindering betekent van de (soms ook academische) werkloosheid, een vermindering van de sociale spanning én een belangrijke bron van inkomsten. Maar deze logica gaat niet op voor de meeste hooggeschoolden en in vrijwel alle landen in het Zuiden gaat deze logica zeker niet op voor medisch personeel, waaraan er een systematisch tekort bestaat. Ook voor landen als de Filippijnen, die van de export van gekwalificeerde werknemers zoals verpleegsters een beleidsoptie gemaakt hebben, is het niet evident dit te blijven doen en tegelijkertijd de eigen medische sector in stand te houden. Voor veel landen is het duidelijk dat een emigratie van hoger geschoolden een belangrijke aderlating betekent voor het land, waardoor de verdere ontwikkeling afgeremd wordt.

De doelstellingen in Belgische context zijn zuiver intern, arbeidsmarktgerelateerd. Er wordt gewag gemaakt van tekorten in bijvoorbeeld de verzorgende sector en er wordt een antwoord gezocht op de globale arbeidsmarkt, met aanzienlijke aantallen erg mobiele personen met een medische opleiding.

Samengevat hebben de verschillende actoren die het beleid bepalen of mee vorm geven verschillende doelstellingen. De doelstellingen van de zijde van de werkgevers zijn om op een zo efficiënt (en dus ook zo goedkoop) mogelijke wijze aan de benodigde arbeidskrachten te komen. De arbeidsmarkt is een gesegmenteerde arbeidsmarkt. Zelfs indien er nog een grote pool van werklozen op deze arbeidsmarkt is, impliceert dit niet automatisch dat zij over de vereiste kwalificaties beschikken. Dat er naar goed opgeleid personeel in het buitenland gekeken wordt indien dit niet op de nationale arbeidsmarkt gevonden wordt, is vanuit die optiek voor de hand liggend.

Van de zijde van de werknemers staat het behoud van de tewerkstelling, van het loonniveau en van de sociale verworvenheden centraal. Indien het aanwerven van vreemdelingen verhindert dat werklozen een plaats vinden, of dat er niet in de opleiding van deze werklozen geïnvesteerd wordt, of indien er een neerwaartse druk op de lonen zou ontstaan door goedkopere buitenlandse arbeidskrachten aan te werven, worden de belangen van de werknemers geschaad. Hun doelstellingen zijn dan ook van deze belangen te vrijwaren. De werknemersbelangen die verdedigd worden, worden immers niet internationaal bepaald, maar louter nationaal (of zelfs regionaal).

De bekommernis van de overheid is veelvuldig. Enerzijds wil zij het aantal werklozen zo laag mogelijk houden, maar anderzijds wil zij eveneens de economie –en dus ook de werkgelegenheid- laten bloeien. Daarnaast wil de overheid ook de illegale migratie beperken, heeft ze een verantwoordelijkheid naar de toekomst toe en wordt er nog aan ontwikkelingsbeleid gedaan. Het thema migratie verschijnt hier op verschillende agenda's. De doelstellingen die nagestreefd worden kunnen verschillen en hangen meestal af van de verschillende verantwoordelijkheden en de hoek van waaruit ze geformuleerd worden.

4. Conclusie

Het doel van dit hoofdstuk was te schetsen hoe complex het fenomeen is en aan te geven dat er verschillende analyseniveaus en actoren bij betrokken zijn: er zijn individuen die naar het buitenland willen; er is de vraag naar arbeidsmigranten, zeker voor personen die taken kunnen opnemen in de zorg – en welzijnssector en er zijn instellingen, bedrijven en organisaties die geschoolde buitenlanders willen aanwerven. Op een macro-niveau zijn er enerzijds landen - vaak arme landen - die hebben geïnvesteerd in het onderwijs van hun inwoners en anderzijds landen - doorgaans rijkere landen - met een vergrijzende bevolking en bepaalde arbeidstekorten. Maar verder zijn er ook concepten zoals "individuele vrijheid" en een "vrijheid van keuze" naast concepten zoals "maatschappelijk verplichting" en "ethisch handelen". Dit alles situeert zich in een wereldwijde, geglobaliseerde, maar gelaagde arbeidsmarkt waar vraag en aanbod elkaar kunnen vinden. Een heel belangrijk element in de analyse is verder de ongelijke machtsverhoudingen tussen de landen in het Zuiden en de arbeidvragende geïndustrialiseerde landen.

3.2. Waarom er weerstand bestaat: het verband tussen migratie en ontwikkeling

Over het verband tussen migratie en ontwikkeling is de laatste jaren heel wat inkt gevloeid. Er is dan ook een stijgende interesse merkbaar bij wetenschappers en beleidsmensen over de correlatie, de samenhang, tussen migratie en ontwikkeling.

Vooral in het recent gevoerde debat wordt geopperd dat migratie zal verminderen als de landen van herkomst een hoger ontwikkelingsniveau zouden hebben. Körner (1987, p. 81) verwoordt dit als volgt: "*The best migration policy is development policy*." Deze redenering steunt op de idee dat mensen niet wegtrekken uit hun land als ze het daar goed hebben. Het is ook dit idee dat aan de basis ligt van de nieuwe interesse van een aantal overheden van migrantenontvangende landen voor dit thema. De vraag kan gesteld worden of ontwikkeling een invloed heeft op migratie en zo ja, hoe? De vraag kan ook omgedraaid worden: heeft migratie een invloed op de ontwikkeling van een land en zo ja, hoe? Draagt het feit dat mensen migreren, bij tot de ontwikkeling van het gastland? En wat is de rol van het land van herkomst daarbij?

1. De impact van ontwikkeling op migratie

Voor de impact van ontwikkeling op migratie kan een onderscheid gemaakt worden tussen de gevolgen op korte en deze op lange termijn.

Op lange termijn, een tijdsperiode van meerdere generaties, zal een stijgende economische ontwikkeling de migratiedruk doen afnemen. Een aanhoudende substantiële economische groei gaat o.a. gepaard met de creatie van nieuwe jobs. Een stijgend ontwikkelingspeil zal ook meer overheidsinitiatieven in de hand werken op het gebied van gezondheid, scholing en infrastructuur. Het gevolg hiervan is dat de kloof tussen arm en rijk kleiner wordt, zowel intrastatelijk (binnen één land) als interstatelijk (de Noord-Zuidkloof). Dit zou een dalende migratie als gevolg hebben.

Op korte termijn, zal een stijgende ontwikkeling echter meer migratie veroorzaken. Hiervoor kunnen twee belangrijke redenen aangehaald worden. Enerzijds doet de economische ontwikkeling het gemiddeld inkomen stijgen. Mensen die voordien al wilden migreren, maar daarvoor het geld niet hadden, zullen dankzij de economische ontwikkeling meer middelen ter beschikking hebben om de stap uiteindelijk toch te zetten. Anderzijds veroorzaakt een economische ontwikkeling een plattelandsvlucht. Op die manier wordt migratie verder gestimuleerd. In verschillende landen is al aangetoond dat een ontwikkeling van het platteland en de modernisering van de landbouwtechnieken de productiviteit wel verhogen. Maar de keerzijde van deze evolutie is dat ze sociale netwerken doet eroderen. Landbouwmachines doen het werk dat voordien verricht werd door de mensen. Het gevolg is dat deze mensen geen job meer hebben in de landbouwsector en massaal naar de steden trekken op zoek naar een arbeidsplaats. Een snelle groei van de steden kan leiden tot de verzadiging van de lokale arbeidsmarkt. Deze situatie, gepaard gaande met een grotere informatietoegang en een daling van de internationale transportprijzen, maakt de weg naar internationale migratie open.

Wanneer landen in een relatief korte tijdspanne een minimum niveau van sociale en economische ontwikkeling bereiken, heeft migratie de neiging te stijgen. Massey (1998, p. 277) formuleert dit als volgt: *"Internationale migratie komt niet zozeer voort uit arme, afgelegen plekken die los staan van wereldmarkten, maar eerder uit regio's en naties die een snelle verandering en ontwikkeling beleven als gevolg van hun integratie in globale handels-, informatie- en productienetwerken. Op korte termijn ontstaat migratie niet uit een gebrek aan economische vooruitgang, maar uit ontwikkeling zelf".* Het aantal migranten neemt toe naarmate het Bruto Nationaal Product (BNP) per capita groeit, maar daalt na verloop van tijd terug. Met andere woorden, ontwikkeling en een verminderde migratie gaan hand in hand, maar slechts nadat een bepaald ontwikkelingsniveau of een bepaald inkomensniveau bereikt is. De geneigdheid te emigreren zal aanvankelijk blijven bestaan zolang het inkomen blijft toenemen, tot de curve die dit weergeeft een keerpunt bereikt. Tot dan stimuleert ontwikkeling emigratie. Eenmaal op dat punt aangekomen, leidt een verdere ontwikkeling tot een dalende emigratie. Door dit keerpunt neemt de curve de vorm aan van een omgekeerde U. De figuur die dit weergeeft wordt ook de omgekeerde U–curve of de migratiebult, de *Migration Hump* genoemd (zie figuur 44). Afhankelijk van het opleidingsniveau en de te overbruggen afstand, kunnen er andere patronen vastgesteld worden.

Waar het keerpunt ligt, varieert in de literatuur. Faini en Venturini (1994) schatten het keerpunt op een gemiddelde van een BNP van US $ 3.615 per capita. Eenmaal het BNP dit cijfer overschrijdt, daalt de emigratie van dit land. Olesen (2002, p. 14) beschouwt de landen met een gemiddelde BNP per capita tussen US $ 1.500 en US $ 8.000 als de *midden-inkomens*- en dus als de vertreklanden. Het is inderdaad vanuit de middeninkomstenkanten dat de belangrijkste migratiestromen vertrekken. Noch vanuit de armste landen, noch vanuit de rijke landen vertrekken grootschalige arbeidsmigratiestromen. Inwoners van eerstgenoemde landen zijn te arm om te migreren, terwijl inwoners van laatstgenoemde landen rijk genoeg zijn om migratie niet als een noodzakelijke optie te beschouwen. Het zijn vooral de

landen wiens BNP zich tussen beide situeert – de midden-inkomenslanden - die vele van hun onderdanen zien vertrekken (Fischer e.a., 1997; Wood, 1994).

De migratiebult is de grafische weergave van de *migratieparadox*. Hoe meer er gewerkt wordt om basiscondities te creëren die op lange termijn leiden tot minder migratie, hoe meer migratie er op korte termijn mogelijk gemaakt wordt.

2. De impact van migratie op ontwikkeling

Op de vraag of migratie en/of migranten een invloed heeft/hebben op de ontwikkeling kan in de literatuur geen eenduidig antwoord gevonden worden. Met betrekking tot deze problematiek kunnen er drie grote denkstromen onderscheiden worden. Een eerste visie is de pessimistische visie, die stelt dat migratie niet tot meer ontwikkeling leidt. Daar tegenover staat de optimistische visie, die van het tegendeel uitgaat. Tussen beide visies in staat een meer genuanceerde visie, waarvan de stellingen in de lijn liggen van deze die door de optimisten geformuleerd worden, maar waarbij wel enkel bedenkingen geformuleerd worden.

- Migratie remt de ontwikkeling van het herkomstland af: de pessimisten

De pessimistische visie stelt dat migratie de ontwikkeling van het herkomstland afremt.
Een eerste negatieve gevolg is dat door migratie het land de deskundigheden en vaardigheden van diegenen die wegtrekken, moet ontberen. En dan zitten we op het domein van de hersenvlucht, de '*brain drain'*. Aanhangers van de pessimistische visie zijn ervan overtuigd dat het wegtrekken van gekwalificeerde personen uit derde wereldlanden een verdere ontwikkeling van deze landen hypothekeert. Dit is zeker het geval indien de landen van oorsprong een tekort hebben aan gekwalificeerd personeel. Voor bepaalde regio's (Sub-Sahara Afrika, Midden-Amerika, de Caraïben en de eilanden in de Stille Zuidzee) is dit ronduit problematisch omdat dit een tekort aan gekwalificeerde arbeidskrachten in het herkomstland veroorzaakt. Dit kan de (economische) ontwikkeling beïnvloeden en evenzeer de ruimere sociale ontwikkeling afremmen. Een studie van John Connell (2001) voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over de emigratie van medisch personeel vanuit de eilanden in de Stille Oceaan (Fiji, Palau, Samoa, Tonga en Vanuatu) maakt gewag van een achteruitgang van de algemene gezondheidssituatie van de bevolking door het vertrek van medisch geschoold personeel.

Deze hersenvlucht leidt volgens de pessimistische zienswijze niet alleen tot een deficit aan gekwalificeerd personeel. Hij is ook de oorzaak van een stijgende ongelijkheid. Doordat de gekwalificeerde arbeidskrachten migreren, daalt hun aantal in het land van herkomst. Het aanbod van gekwalificeerden in dat land daalt dus, maar de vraag naar (hoog) opgeleide personen zal dezelfde blijven, waardoor een schaarste ontstaat van gekwalificeerde arbeidskrachten. Het is een economisch gegeven dat hoe schaarser, hoe duurder een goed is. Vandaar dat de emigratie van gekwalificeerden leidt tot een loonstijging voor de hoog opgeleide personen die achterblijven in het land van herkomst. Op die manier stijgt de ongelijkheid tussen geschoolde en ongeschoolde arbeidskrachten.

Er zou kunnen geopperd worden dat de landen van herkomst de vruchten plukken van de hersenvlucht bij de terugkeer van de migranten. De remigranten brengen immers vaardigheden en deskundigheden, die ze opgedaan hebben in het gastland, naar hun thuisland. Maar hiervan is de pessimistische visie niet overtuigd. Het grotendeel van de remigranten heeft in het gastland geen nieuwe vaardigheden geleerd,

aangezien ze daar een job uitoefenen die minder bekwaamheden vereist dan ze hebben. Vele Filippijnse migranten met een diploma van hoger onderwijs, werken als huishoudster in het Westen (Hermele, 1997, p. 135-136). In deze zin is de remigratie een teken van mislukking. Een migrant trekt enkel terug naar hun land van herkomst indien hij niet succesvol is in zijn gastland. Bovendien zal een succesrijke migrant de transfers naar achtergebleven landgenoten stap voor stap afbouwen.

De financiële transfers van migranten naar hun thuisbasis dragen evenmin bij tot een verdere ontwikkeling van het land van herkomst. Menig migrant bezorgt maandelijks een bepaalde som geld aan zijn familie in het herkomstland of koopt bepaalde goederen voor hen. Dit geld wordt meestal besteed aan niet-productieve doelstellingen, verspillende consumptie of gewoon gespaard voor de oude dag, aldus de negatieve visie. Bovendien leidt de geldstroom uit de geïndustrialiseerde wereld vaak tot het stoppen van de eigen, vaak zware economische activiteit. Bovendien veroorzaken geldelijke transfers een inflatie in het land van herkomst. In Bosnië deden landeigenaars de huur van de grond spectaculair stijgen. Inwoners die geregeld geld ontvingen van familieleden in het Westen, konden de hoge prijs betalen. Lokale mensen die geen familie in het buitenland hadden, waren niet meer capabel om de huur te betalen. Dit fenomeen staat ook bekend onder de naam *migrantensyndroom*.

- Migratie stimuleert ontwikkeling: de optimisten aan het woorden

Migratie stimuleert ontwikkeling. Dit is wat de adepten van de positieve visie denken. Ze benadrukken dat migranten een bijdrage leveren aan de ontwikkelingsdynamiek, zowel in het gastland als in het herkomstland.

Wat het gastland betreft, is vooral de economische inbreng van migranten duidelijk: ze werken, voeren vaak die taken uit die de autochtone bevolking niet wenst uit te voeren en ze spenderen een groot stuk van hun loon in het gastland.

Voor wat het land van herkomst betreft, ontkrachten de positivo's stuk voor stuk de argumenten van de negatieve visie. De landen van herkomst verliezen inderdaad aan arbeidskrachten. Voor landen die geen surplus hebben aan gekwalificeerd personeel kan dit problematisch zijn. Landen die daarentegen wel een overschot hebben aan geschoolde werkkrachten, putten alleen maar voordeel uit het vertrek van hun hoger opgeleiden. Het betreft hier geen *'brain drain'*, maar *'brain gain'*. Zuid-Amerika en Zuid-Azië zijn daar sprekende voorbeelden van. Zonder migratie van gekwalificeerden zouden deze regio's te kampen hebben met een hoge werkloosheidsgraad onder de hooggeschoolden. Voor hen gaat de conclusie niet op dat emigratie van hoogopgeleiden de ontwikkeling van hun herkomstland schaadt. Ook landen die eerder een tekort aan hooggeschoolden hebben kunnen hun voordeel doen met de emigratie van hoog gekwalificeerden. Zij hebben een voorbeeldfunctie, en hun succesverhalen zullen meer jongeren er toe aan zetten om studies aan te vatten, met het oog op een gelijkaardig parcours. Omdat er meer mensen een studie aanvatten dan er daadwerkelijk vertrekken, leidt dit tot een situatie dat er meer hoogopgeleide personen zijn in een situatie met emigratie, dan er zouden geweest zijn in een situatie zonder emigratie. Dit is in een notendop ook de zienswijze van vorsers zoals Oded Stark (Stark & Wang, 2001).

De optimisten vegen ook de redenering dat remigranten geen nieuwe vaardigheden naar het herkomstland brengen, van tafel. De ontwikkeling van de Indiase IT-sector in en rond Bangalore bijvoorbeeld, is in belangrijke mate te danken aan de inbreng van de Indiase remigranten die hun

sporen verdiend hebben in de IT-bedrijven in het Amerikaanse *Silicon Valley*. Van de Pakistaanse, Thaise en Filippijnse remigranten heeft een derde nieuwe deskundigheid opgedaan in het buitenland. Ook komen ze in hun gastland in contact met ervaringen, ideeën over bijvoorbeeld mensenrechten, ... Migranten dragen deze met zich mee wanneer ze, al dan niet permanent, terugkeren naar hun land van oorsprong, waar ze kunnen instaan voor de verspreiding ervan.

De impact van de financiële transfers is er niet één van inflatie en verspilling. Deze financiële overdrachten verzekeren de achtergebleven familieleden in vele gevallen van een degelijk inkomen. Dat zij dit geld enkel investeren in hun huis en hun eigen levenscondities, is achterhaald. Recent is gebleken dat zij die geld ontvangen vanuit het buitenland, dit meer besteden aan het opstarten van onder andere hotels en restaurants. Er is dus een verschuiving merkbaar naar de ondernemerscultuur. Op die manier komen deze middelen de streek en de lokale economie ten goede. Een voorbeeld daarvan is de creatie van arbeidsplaatsen. Voor Bangladesh bedraagt het aantal arbeidsplaatsen, gecreëerd door de financiële transfers van 200.000 Bengali in het buitenland, ongeveer 570.000. En hiermee is enkel rekening gehouden met de officiële financiële transfers. De officieuze en informele transfers, die onder andere de migrant tijdens zijn vakantie aan zijn thuisland meebrengt, is twee tot tien maal groter dan de officiële (Hermele, 1997: 138-139).

De transfers van de geëmigreerde arbeiders verhogen de koopkracht van de thuisblijvers. Het welzijnseffect van de transfers verschijnt dan ook duidelijk op de zijde van de baten van de transfers evenals de indirecte stimulering van productiesectoren (door de opkomst van de kleinhandel), het algemene multiplicatoreffect van de transfers door de uitgaven van de begunstigden in de lokale economie, de directe effecten op investeringen in de productiesectoren (een deel van de consumptie gaat naar de opleiding van de kinderen, de bouw van een huis – wat de bouwsector stimuleert, …), de macro-economische effecten (de plaats –en het gewicht- van de transfers in de betalingsbalans), de herverdelingseffecten en de toch maar beperkte afhankelijkheid.

Niettegenstaande de belangrijke rol die de transfers spelen in deze landen als bron van buitenlandse deviezen, is er veelal geen effectieve politiek ontwikkeld met betrekking tot de investering ervan (Müller, 1998). Niet-productieve persoonlijke uitgaven, blijven dominant vergeleken met productieve investeringen. Hoewel de impact ervan niet altijd even duidelijk is, blijkt onder andere uit ervaringen in het buitenland dat een input vanuit de migrantengemeenschap ook een positieve bijdrage kan leveren voor de lokale ontwikkeling in de streken van herkomst. Een structurele aanwending van de naar het thuisland gezonden middelen, die leidt tot investeringen in plaats van verhoogde consumptie, en een accuraat beeld van de mogelijkheden in het gastland, kunnen bijdragen tot een meer duurzame ontwikkeling van de streek van herkomst.

- Niet alleen maar goed of slecht: de tussenweg.

De nuancerende visie benadrukt de termijnen. Of migratie, en dan vooral de financiële transfers, ontwikkeling in de hand werkt, hangt mede af van het tijdsperspectief. Op korte termijn, zolang de migrant in het buitenland woont, zullen deze overdrachten op een niet-productieve manier besteed worden. Het geld zal gaan naar de aankoop van land of een huis, wat niet direct leidt tot een stijging van de ontwikkeling. Eenmaal de migrant (op lange termijn) terugkeert naar zijn land van herkomst, zal hij het geld eerder in arbeid investeren. En dat heeft dan weer wel positieve gevolgen voor de ontwikkeling van het land van oorsprong.

Een meer diepgaand onderzoek van de effecten van de migrantentransfers leert dat er inderdaad een genuanceerd beeld nodig is. Niet alleen de tijdspanne speelt daarbij een rol, maar ook de regionale context. In sommige streken en/of bij sommige gemeenschappen zullen de transfers een positieve impact hebben en bijdragen tot de verbetering van de ontwikkelingssituatie van de regio, in andere gevallen kunnen de transfers leiden tot een dualisering van de maatschappij, tot het verbreden van maatschappelijke kloven.

3. Capita selecta: wat wordt er begrepen onder ontwikkeling?

De vraag daarbij is, wat wordt er onder ontwikkeling begrepen. Recentelijk is "ontwikkeling" een soort toverwoord geworden in het migratiedebat. De logica erachter is eenvoudig (zie hoger): als mensen hun landen van herkomst verlaten omwille van een uitgebleven ontwikkeling, zullen verbeterde levensomstandigheden ervoor zorgen dat er minder international migratie is. De vraag kan gesteld worden of de logica erachter zo eenvoudig is. Wat de precieze link is tussen migratie en ontwikkeling, hoe de politiek en de praktijk zich daarin met elkaar verhouden en wat als productieve investeringen en wat als consumptie beschouwd kan worden, blijft voorwerp van heel wat discussie. Het is evenmin glashelder hoe migratie beïnvloed wordt door ontwikkeling en hoe migranten zelf een impact hebben op ontwikkeling. Doorheen heel de geschiedenis is migratie verbonden met ontwikkeling, zij het als het resultaat van onevenwichten, zij het als een kracht achter toegenomen ontwikkeling. De impact van migratie op ontwikkeling en *vice versa* evolueren doorheen de tijd en vormt al decennia onderwerp van discussie.

Om in staat te zijn om een debat te voeren over het verband tussen migratie en ontwikkeling moet eerst duidelijk zijn op welke wijze ontwikkeling begrepen wordt. Het is opvallend dat in het debat over de link tussen migratie en ontwikkeling, ontwikkeling in vele bronnen gebruikt wordt al een impliciet concept, waarbij verondersteld wordt dat iets evolueert van een lage status naar een hogere en dus betere. Dit is min of meer het ontwikkelingsconcept dat Walt W. Rostow bijna een halve eeuw geleden beschreef in "*the stages of growth*" (1964). Een duidelijke definitie van wat er onder ontwikkeling begrepen wordt is nochtans cruciaal voor een goed begrip van de relatie. Ontwikkelingstheorieën zijn sterk geëvolueerd sinds Rostow. Het is niet eenvoudig het concept "ontwikkeling" te operationaliseren, maar het is duidelijk dat ontwikkeling meer is dan alleen maar een economische ontwikkeling. Ook andere dan economische factoren bepalen wat ontwikkeling is. Zeker in verband met migratie is het belangrijk de economische factoren in evenwicht te brengen met andere, niet-economische en soms moeilijk te meten factoren zoals het democratisch gehalte van een land, de politieke vrijheden, welvaart en welzijn, veiligheid, het leefmilieu, de toekomstmogelijkheden etc. (Hammar et. al., 1997).

Dit beeld wordt duidelijker in landen die in sterke mate steunen op de inkomsten die emigranten terug naar huis sturen. Van Marokko wordt bijvoorbeeld gezegd dat dankzij de migrantentransfers meer dan 1 miljoen mensen niet onder de absolute armoedegrens leven (Human Rights Watch, 2002). Dergelijke berekeningen kunnen gedaan worden op basis van het model dat Adams en Page (2003) ontwikkelden. Zij hebben een dataset met gegevens over 74 landen geëxploreerd. Uit hun analyses concluderen de auteurs dat een gemiddelde toename van het aantal emigranten in de bevolking met 10%, de armoede (de mensen die leven van minder dan 1$ per dag) vermindert met 1,6%. Op een vergelijkbare manier leidt een toename van 10% in het aandeel van het BNP van een land, tot een vermindering van de armoede met 1,2% (Adams and Page, 2003).

Er kan nog geredetwist worden of het hier dan een productieve investering betreft, of niet meer is dan private consumptie. Als consumptie een investering in beter eten betekent, of opleidingsmogelijkheden voor de kinderen, of een betere en meer gezonde huisvesting, toegang tot de gezondheidszorg enzovoort, kan het op zijn minst beschouwd worden als een investering in een toekomstige generatie en dus een indirecte investering in een meer productieve maatschappij.

Zelfs als de voordelen duidelijk zijn, is het belangrijk te weten wat de kost ervan is. Een belangrijke verandering in de internationale migratiestromen is de feminisering ervan. Ongeveer de helft van de migrantenbevolking zijn vrouwen, en het betreft niet steeds echtgenotes die hun partner volgen. Landen zoals de Filippijnen sturen grote aantallen vrouwelijke migranten naar het buitenland. Terwijl het land van herkomst economisch voordeel kan halen uit een dergelijke situatie, zijn de baten op het sociale vlak soms minder duidelijk. Kinderen worden opgevoed in de afwezigheid van hun moeder terwijl de moeder in het buitenland werkt, vaak uitgebuit en soms misbruikt wordt. Wanneer deze vrouwen slachtoffer worden van seksueel geweld verliezen ze bovendien vaak ook nog hun sociale status op het ogenblik van hun terugkeer. De economische baten worden vaak gerealiseerd tegen een erg hoge sociale kost. De vraag kan gesteld worden of dit beschouwd kan worden als een 'duurzame' ontwikkeling.

HOOFDSTUK 4 UITLEIDING: ENKELE INTERNATIONALE INITIATIEVEN M.B.T. DE ONTWIKKELING VAN EEN ETHISCHE CODE

4.1. De Europese Unie

In 2008 heeft de Europese Commissie ook een groenboek gepubliceerd (COM(2008) 725 definitief) dat de situatie van de gezondheidswerkers in Europa schetst. De uitgangspunten van het groenboek zijn dat beleidsmakers en gezondheidszorginstanties gegeven de vergrijzende (aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder) en verwittende bevolking (aandeel van de bevolking van 80 jaar en ouder) hun stelsels van gezondheidszorg moeten aanpassen. Ook andere uitdagingen zoals de introductie van nieuwe technologieën – waardoor het bereik en de kwaliteit van de diagnose toenemen, maar waardoor ook de behoefte aan opgeleid personeel toeneemt – en de terugkerende uitdaging van overdraagbare ziektes zullen voor stijgende gezondheidskosten zorgen en voor een aantal landen voor moeilijkheden om hun gezondheidszorg op het huidige peil te houden. De impact van de EU wordt met betrekking tot gezondheidszorg door artikel 152 van het EU verdrag ingeperkt, maar in hetzelfde artikel wordt samenwerking tussen de lidstaten aangemoedigd[5]. Het groenboek stelt expliciet dat het optreden van de Gemeenschap in deze aangelegenheid als zuiver aanvullend dient beschouwd te worden. De factoren die van invloed zijn op het arbeidspotentieel in de gezondheidszorg in de EU en de voornaamste daarmee gerelateerde uitdagingen passeren kort de revue. Er wordt ingegaan op de demografische ontwikkeling, op de capaciteit van de gezondheidsdiensten, op de opleiding, op het beheer van de mobiliteit van de gezondheidswerkers binnen de EU en op de wereldwijde migratie van gezondheidswerkers.

Het groenboek vangt dit onderdeel aan met de stelling dat het tekort aan gezondheidswerkers wereldwijd is, maar dat het probleem het meest acuut is in Sub-Sahara Afrika, waar het een crisisniveau heeft bereikt. Het tekort aan gezondheidswerkers, zo stelt het groenboek, is kritiek in 57 landen waarvan 36 Afrikaans zijn. Deze tekorten in deze landen worden verergerd door de toenemende vraag naar medisch en verplegend personeel in de ontwikkelde wereld.

Het groenboek heeft oog voor de impact van de acties binnen de EU inzake gezondheid en beleidsconsequenties ervan voor het externe beleid en het ontwikkelingsbeleid van de EU. De concurrentie voor gezondheidswerkers geldt niet alleen voor personen uit het Zuiden. Het

5 "Bij het optreden van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid worden de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging volledig geëerbiedigd." (Artikel 152 van het EG-verdrag)

groenboek maakt in een voetnoot ook gewag van het gegeven dat niet alleen gezondheidswerkers uit de ontwikkelingslanden wegtrekken, maar dat er ook artsen en verpleegkundigen de EU verlaten om in landen zoals de Verenigde Staten, Canada, Australië of Nieuw-Zeeland te gaan werken. De auteurs van het groenboek concluderen dat tenzij de EU stappen neemt om zelf voldoende gezondheidswerknemers op te leiden en te behouden, het negatieve effect van de migratie op de gezondheidsstelsels van ontwikkelingslanden hoogstwaarschijnlijk niet zal afnemen.

In de *EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries* (COM(2005) 642), een communicatie die in december 2005 werd goedgekeurd, werd erkend dat de EU maatregelen moet nemen om haar eigen doelstelling van gezondheidszorg van hoge kwaliteit te kunnen verwezenlijken, maar dat dit geen negatief effect mag hebben op de situatie in niet-EU landen. Deze communicatie gaat uitvoerig in op de problemen voor de gezondheidswerkers in de regio's van herkomst, de impact voor de armen die verstoken van zorg achterblijven en de perversiteit van het werven van gezondheidswerkers in bijvoorbeeld Afrika. Dezelfde positionering wordt gehandhaafd en benadrukt in een communicatie over het *Europees actieprogramma om het nijpende tekort aan gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden aan te pakken (2007-2013)*, dat een jaar later werd goedgekeurd (COM(2006) 870).

Met de mededeling COM(2008) 359 heeft de Europese Unie gekozen voor een gemeenschappelijk immigratiebeleid en worden er beginselen, maatregelen en instrumenten geformuleerd. In dit beleid wordt een benadering naar voor geschoven, die ervan uitgaat dat moet voorkomen worden dat de ontwikkeling van derde landen (in casu emigratielanden) wordt ondermijnd, door het wegtrekken van hooggeschoolden (*brain drain*). In plaats daarvan wordt aanbevolen *circulaire migratie*[6] te bevorderen. Deze aspecten maken deel uit van wat voordien reeds een *alomvattend Europees migratiebeleid* genoemd werd (COM(2006) 735) en worden ook al als aanbevelingen opgenomen in de mededeling over de *Toepassing van de algehele aanpak van migratie op de grensregio's ten oosten en zuidoosten van de Europese Unie* (COM(2007) 247).

Dit gemeenschappelijke beleid werd al in het Lissabonprogramma naar voor geschoven (COM(2007) 804). Daarin wordt expliciet de link gelegd tussen de ontwikkeling van Europa als regio voor kenniseconomie, de ontwikkeling van een gemeenschappelijk immigratiebeleid en de invoering van een "Europese blauwe kaart" voor hooggeschoolde migranten als eerste stap in dat proces.
In oktober 2007 heeft de Commissie een voorstel ingediend voor een richtlijn ter vergemakkelijking van de toelating van hooggekwalificeerde migranten in de Europese Unie. In dit voorstel staat de volgende clausule: *Bij de uitvoering van deze richtlijn dienen de lidstaten zich te onthouden van actieve werving van werknemers in sectoren in ontwikkelingslanden die te kampen hebben met een tekort aan arbeidskrachten. Met name in de gezondheidszorg zijn een ethisch wervingsbeleid en ethische wervingsbeginselen voor werkgevers in de publieke en private sector nodig*, (…) (COM(2007) 637).

De Europese Unie heeft toegezegd een gedragscode te zullen ontwikkelen ter ondersteuning van een ethisch aanwervingsbeleid van gezondheidswerkers van buiten de Unie. Er zullen ook andere stappen ondernomen worden om de negatieve effecten van de migratie van gezondheidswerkers naar de EU voor de zendende landen (in casu ontwikkelingslanden) te minimaliseren en de positieve effecten te

6 Onder "circulaire migratie" wordt verstaan dat werkers zich naar een ander land begeven om een opleiding te volgen en/of ervaring op te doen, en dan naar hun eigen land terugkeren met nieuwe kennis en vaardigheden. Dergelijke prikkels zouden de vorm kunnen aannemen van een vooraf overeengekomen carrièretraject, zodat de terugkeerders een baan en een salaris krijgen die een erkenning van de verworven ervaring inhouden

maximaliseren[7]. In het voortgangsverslag over de uitvoering van het actieprogramma (SEC(2008) 2476), dat in september 2008 is goedgekeurd, wordt nogmaals gewezen op de noodzaak deze toezeggingen na te komen.

4.2. Gedragscodes in andere landen

- Engeland, Schotland en de Commonwealth

Niet alleen in de Gemeenschap zijn initiatieven ontwikkeld die in de richting van een ethische code leiden. Het doel om de negatieve effecten van de emigratie van gezondheidswerkers op de reeds kwetsbare stelsels van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden te reduceren is ook terug te vinden in een aantal gedragscodes voor ethische aanwerving die in individuele landen werd opgesteld.

Reeds in 1999 werd in **Engeland** een ethische code ontwikkeld, met het oog op het beperken van de negatieve impact van werving van medisch personeel in het Zuiden. De richtlijnen van dit initiatief voor de werkgevers binnen de National Health Service, waren om niet langer te werven in het Caribische gebied en in Zuid-Afrika. Deze richtlijnen werden verder aangepast en in oktober 2001 verscheen de "Department of Health's Code of Practice for NHS employers involved in the international recruitment of healthcare professionals". Dit document werd in 2004 weer aangepast. De geografische omschrijving werd uitgebreid en er werd werkgevers gevraagd niet actief naar personeel op zoek te gaan in om het even welk ontwikkelingsland, tenzij er een bilateraal akkoord tussen beide regeringen bestaat. In 2003 werd een lijst met die 'voorgeschreven' landen gepubliceerd.

De '*Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals*', zoals het document voluit heet, vertrekt van een aantal leidende principes en zet een aantal standaarden uit met betrekking tot aanwerving van gezondheidswerkers van 'overzeese gebieden'. In de code wordt een bezorgdheid voor de bescherming van de ontwikkelingslanden geuit en wordt expliciet verwoord dat het doel is gerichte aanwervingen in landen die reeds tekorten aan gezondheidswerkers hebben, te voorkomen. De code geeft richtlijnen aan de NHS werkgevers die werken via commerciële aanwervingbureaus en vraagt de NHS organisaties om alleen maar te werken via deze rekruteringsbureaus die de principes die in de ethische code worden opgenomen, onderschrijven. Dit geeft in een notendop enkele van de beperkingen aan. De richtlijn is opgesteld voor de publieke sector en niet afdwingbaar.

Hoewel de aanwerving van gezondheidswerkers in het buitenland voornamelijk op het conto van Engeland gebeurde, hebben ook andere entiteiten van het Verenigd Koninkrijk zich niet onbetuigd gelaten. Ook **Schotland** heeft een ethische code ontwikkeld die op dezelfde leest geschoeid is, de '*Code of Practice for Scottish healthcare employers*'. Deze dateert van enkele jaren later en werd officieel aangenomen in de loop van maart 2006.

Op een vergadering van de **Commonwealth** Gezondheidsministers in Geneve op 18 May 2003 werd er eveneens een Commonwealth code overeengekomen. Anders dan de codes van Engeland en Schotland heeft de Commonwealth code een ruimere geografische toepassing met zowel migratiezendende als migratieontvangende landen. Het document is echter, zoals in artikel 10 aangehaald wordt, "not a legal

7 Europees Parlement: EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries, en COM(2006) 870, Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement en de Raad – Een Europees actieprogramma om het nijpende tekort aan gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden aan te pakken (2007–2013)

document". Hoewel er in deze code ook een passage "Compensation/Reparation/Restitution" opgenomen is (artikel 21), blijven de voorgestelde punten vaag en komen zij weinig tegemoet aan de gecreëerde onevenwichten. Dit wordt als volgt verwoord (artikel 21):

Overheden die uit andere Commonwealth landen rekruteren moeten/[wensen eventueel] (te) overwegen hoe ze de voordelen die hieruit volgen, kunnen beantwoorden. Dit kan mogelijk d.m.v.:

- *programma's voor de overdracht van technologie, competenties en technische en financiële bijstand naar een land waaruit gezondheidswerkers worden aangeworven;*
- *trainingprogramma's om de toegevoegde waarde van terugkerende gerekruteerden te versterken;*
- *faciliteiten ter ondersteuning van de terugkeer van gerekruteerden (behoudens de toepassing van het principe van non-discriminatie en behoudens de rechten van de betrokken gezondheidswerkers in overeenstemming met immigratie- en andere wetten).*

- Noorwegen en Nederland

Noorwegen en Nederland hebben beide strategieën ontwikkeld die ook ethisch aanwervingsbeleid omvatten, door beperkingen te stellen aan actieve aanwerving door de overheid of door aanwerving via bilaterale overeenkomsten aan te moedigen.

In *Recruitment of Health Workers: Towards Global Solidarity*[8], het in 2007 verschenen **Noorse** rapport, wordt de Noorse situatie uitgezet tegenover de wereldwijde "crisis" met betrekking tot de aanwerving van gezondheidswerkers, wordt een inschatting gemaakt van de tekorten aan gezondheidswerkers in Noorwegen tegen 2025 en wordt een hoofdstuk gewijd aan hulp aan arme landen. Op basis daarvan wordt een sectie verantwoord recruteren uitgewerkt. De voorstellen in het Noorse document gaan wel verder dan in een aantal andere documenten, wanneer gesteld wordt dat "*Een Nationaal kader dient wettelijk bindende richtlijnen te omvatten over hoe openbare gezondheidsinstellingen moeten handelen inzake rechtstreekse aanwervingen en het gebruik van rekruteringsagentschappen*" (p. 27).

Ook **Nederland** neemt een positie in, in de discussie, gestoeld op eigen ervaringen. In de *Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg* (van VWS aan Tweede Kamer, november 2007)[9] staan de te verwachten tekorten uitgetekend en worden verschillende benaderingen om hieraan tegemoet te komen uitgewerkt. Als allerlaatste staat er een klein kapitteltje "Werven in het buitenland". De Nederlandse overheid ziet het teruggrijpen naar aanwervingen in het buitenland als laatste middel.

> *Wij zijn van mening dat het werven van zorgpersoneel van buiten de EU een sluitpost dient te zijn van het arbeidsmarktbeleid. Pas als instellingen al het andere uitvoerig hebben geprobeerd en het blijkt niet toereikend te zijn, zou men over kunnen gaan tot het werven van zorgpersoneel buiten de EU. Wij achten echter herhaling van de situatie in 2000 en 2001 ongewenst, toen enkele zorginstellingen verpleegkundigen uit ontwikkelingslanden (onder andere Zuid-Afrika en de Filippijnen) wierven. Op verzoek van VWS hebben werkgevers daarna een zorgbreed keurmerk van intermediairs en wervingsbureaus ontwikkeld. Wij streven ernaar dat zorgwerkgevers een gedragscode opstellen voor het niet proactief werven van zorgpersoneel uit ontwikkelingslanden noch uit landen met eigen tekorten aan zorgpersoneel.*

8 Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity, 2007.

9 http://www.ggznederland.nl/werk-en-opleiding/arbeidsmarktbrief-werken-aan-de-zorg.pdf

4.3. Gedragscodes in de sector

EPSU (de European Federation of Public Service Unions)[10] en HOSPEEM (de European Hospital and Healthcare Employers' Association) zijn in maart 2010 naar buiten gekomen met een gezamenlijke oproep om de tekorten aan arbeidskrachten in de ziekenhuissector aan te kaarten. Beide organisaties worden als de Europese sociale partners beschouwd (zie groenboek). Op EU-niveau heeft het Comité voor de Europese sociale dialoog in de ziekenhuisbranche, bestaande uit vertegenwoordigers van zowel HOSPEEM als EPSU, in 2008 een gemeenschappelijke *'Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention'*[11] goedgekeurd. Ook deze code is gericht op het bevorderen van ethisch gedrag bij een grensoverschrijdende aanwerving van gezondheidswerkers en het tegengaan van onethische praktijken bij deze aanwerving.

4.4. De Wereldgezondheidsorganisatie

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft reeds meermaals de rekrutering van gezondheidswerkers op de agenda gezet en het onderwerp in opeenvolgende documenten en publicaties aangekaart. Er werden werkgroepen opgericht die voorbereidende documenten hebben geproduceerd en input gekregen hebben van verschillende andere geledingen zoals lidstaten en niet-gouvernementele organisaties. Dit voorbereidende werk heeft op 20 mei 2010 in Genève geleid tot de aanvaarding tijdens de 63ste United Nations' World Health Assembly van een ethische code met betrekking tot de aanwerving van gezondheidswerkers uit het buitenland en de ermee gepaard gaande internationale consequenties voor de gezondheid van de bevolking. De World Health Assembly heeft daarmee de Code aanvaard die voorheen - in de loop van januari 2010 - reeds door het uitvoerend comité bekrachtigd was. De *'WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel'*[12] wordt in 10 artikelen opgedeeld die zowel de migratiezendende als de migratieontvangende landen adviseren hoe de werving van medisch personeel aan te pakken, zodat de negatieve impact voor de lage inkomenslanden, die er zelfs mee worstelen om een basisgezondheidszorg georganiseerd te krijgen, zo veel mogelijk geminimaliseerd wordt. In de code wordt erkend dat het "*ernstig tekort aan gezondheidspersoneel… een bedreiging vormt voor de performantie van gezondheidssystemen en het vermogen ondermijnt om de Millenniumdoelstellingen te behalen*". Achtereenvolgens komen de doelstellingen (Artikel 1), de aard en de omvang (artikel 2), de leidende principes (artikel 3) de verantwoordelijkheden, rechten en wervingsprincipes (artikel 4), de ontwikkeling van de 'health workforce' en de duurzaamheid van het gezondheidssysteem (artikel 5), dataverzameling en onderzoek (artikel 6), informatie-uitwisseling (artikel 7), de implementatie van de code (artikel 8), monitoring en institutionele regelingen (artikel 9) en partnerschappen, technische samenwerking en financiële steun aan bod. In artikel 4 houdt de code zowel rekening met de rechten van gezondheidswerkers om te migreren, als met de rechten van een bevolking om over de best mogelijke gezondheidsstandaard te beschikken.

In haar jaarrapporten publiceert de WHO gegevens met betrekking tot de aantallen artsen en verplegers en worden overzichten gemaakt van landen die een "kritisch tekort" aan personeel hebben, zoals in de kaart in figuur 45 wordt weergegeven.

10 http://www.epsu.org/

11 www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU

12 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf

Figuur 45. Landen met kritische tekorten aan gezondheidswerkers (artsen, verplegend personeel, vroedvrouwen).



** De donkere gekleurde landen zijn landen met kritische tekorten*
Bron World Health Report 2006

Met het verschijnen van de WHO-code is er een eerste code verschenen die niet zuiver regionaal is (zoals de Commonwealth code, de Engelse of de Schotse code), die niet op een bepaalde sector gefocust is (zoals de EPSU/ HOSPEEM Code of Conduct die gericht is op gezondheidswerkers die actief zijn in Europese Ziekenhuizen) en die gericht is op zowel de zendende als de ontvangende landen.

4.5. Naar de toepassing van een ethische code

Dat er nood was aan een ethische code mocht al blijken uit een studie van John Connell voor de Wereldgezondheidsorganisatie. Deze geeft ook aan dat de gezondheidssituatie van de bevolking in kleine, weinig bevolkte staten zoals een aantal staten in Micronesië er merkelijk op achteruitgaat als artsen en verpleegkundigen naar het buitenland verdwijnen (Connell, 2001). In dergelijke situaties kan er bezwaarlijk sprake zijn van een win-win situatie. De winstsituatie is voor de ontvangende landen die het aantal artsen en verpleegsters zien toenemen, en voor de individuele migranten die in bijvoorbeeld de Golfstaten hun inkomen zien toenemen. De maatschappij waarin de migranten zijn opgegroeid, is in deze een verliezer. Niet alleen werd er in een opleiding geïnvesteerd die niet opbrengt. Als het aantal geneeskundigen te laag ligt, en er niet onmiddellijk een contingent jongeren voorhanden is dat de vertrekkers kan vervangen, zal met elke vertrekkende arts de mogelijkheid op een gedegen verzorging afnemen. Deze case is een duidelijk voorbeeld van wat in het analysekader beschreven werd, namelijk dat door het spel van vraag en aanbod in een wereldwijde context te laten spelen zonder een maatschappelijke correctie, de (economisch) minst sterke staten veelal aan het kortste eind trekken.

Een ethische code zou hieraan moeten verhelpen. Hoewel de ontwikkeling van een ethische code maar een relatief nieuw verschijnsel is, bestaan er al langer ethische codes, zoals in Groot-Brittannië. De bedoeling is nobel, maar net zoals de Engelse of Schotse ethische code een vrijblijvend instrument is, is

de door de WHO ontwikkelde code dit evenzeer. Artikel 2.1 stelt onomwonden dat *"De Code is niet bindend. Lidstaten en andere stakeholders worden sterk aangemoedigd de Code te respecteren".* Daarom zijn er onder artikel 8, de implementatie van de code, zeven artikelen aangenomen om dit zo veel mogelijk in goede banen te kunnen leiden. Lidstaten worden aangemoedigd om goed te communiceren naar alle betrokkenen rond de code, er wordt expliciet een oproep gedaan naar rekruteringsbureaus en werkgevers en er wordt gesuggereerd de code om te zetten in wetgeving.

1. *Lidstaten worden aangemoedigd de Code te verspreiden en te implementeren in samenwerking met alle actoren vermeld in artikel 2.2, in overeenstemming met alle nationale en subnationale verantwoordelijkheden.*
2. *Lidstaten worden aangemoedigd de Code te integreren in de toepasbare wetten en beleidsdomeinen.*
3. *Lidstaten worden aangemoedigd om, waar nodig, alle actoren vermeld in Artikel 2.2 te raadplegen in besluitvormingsprocedures en hen te betrekken in andere activiteiten die betrekking hebben tot de internationale aanwerving van gezondheidspersoneel.*
4. *Alle actoren naar dewelke verwezen wordt in Artikel 2.2 moeten individueel en gezamenlijk werken aan het verwezenlijken van de objectieven van deze Code. Alle actoren dienen de Code te respecteren, ongeacht de capaciteit van anderen om de Code te respecteren. Rekruteerders en werkgevers moeten in volle samenwerking de Code eerbiedigen en de richtlijnen van de Code bevorderen, ongeacht het vermogen van een Lidstaat om de Code te implementeren.*
5. *Lidstaten moeten, in de mate van het mogelijke, en conform de wettelijke verantwoordelijkheden, in samenwerking met de relevante actoren, optekenen –en op regelmatige basis bijwerken- welke rekruteerders de toelating krijgen van de betrokken autoriteiten om binnen hun jurisdictie te werken.*
6. *Lidstaten moeten, voor zover mogelijk, goede praktijken aanmoedigen en bevorderen onder rekruteringsagentschappen door enkel en alleen beroep te doen op die agentschappen die de richtlijnen van de Code eerbiedigen.*
7. *Lidstaten worden aangemoedigd om de omvang te observeren en te evalueren van het actief international rekruteren van gezondheidswerkers uit landen met een kritisch tekort aan gezondheidspersoneel, en om het bereik en de impact van circulaire migratie te evalueren.*

4.6. Conclusie

Door verschillende betrokken actoren, zowel statelijke actoren, intergouvernementele organisaties als niet-gouvernementele organisaties wordt al geruime tijd aangedrongen op de ontwikkeling van een ethische code. Zo werd expliciet in het Europese Groenboek van 2008 (COM(2008) 725 definitief) een aantal factoren opgesomd *"die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen".* Achtereenvolgens was dit (1) de ontwikkeling van een aantal leidende beginselen met betrekking tot de aanwerving van gezondheidswerkers uit ontwikkelingslanden, en van methoden voor monitoring daarvan, (2) de ondersteuning van de WHO bij de ontwikkeling van een wereldwijde gedragscode voor ethische aanwerving en (3) de stimulering van bilaterale en plurilaterale overeenkomsten met de landen van herkomst en ontwikkeling van mechanismen ter ondersteuning van circulaire migratie. Met het verschijnen van de WHO-code is al aan de twee eerste punten voldaan en is er een raamwerk waarbinnen de bilaterale en multilaterale overeenkomsten waarover in punt (3) gesproken wordt onderhandeld kunnen worden.

PUNTSGEWIJZE SYNTHESE EN CONCLUSIE

1. Synthese

1. Er bestaat al geruime tijd discussie over het al dan niet bestaan van huidige en toekomstige tekorten in de gezondheidssector in België. Deze discussie wordt belemmerd door het gebrek aan gegevens over het aantal mensen dat actief zijn in de gezondheidssector. Vooral voor sommige beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen, is dit een hinderpaal.

2. Uitgebreide toekomstprojecties van prof. Jozef Pacolet laten zien dat er theoretisch geen gebrek aan verpleegkundigen zou mogen bestaan in België. In de praktijk ervaren echter flink wat rust- en verzorgingstehuizen en ook ziekenhuizen personeelstekorten. Deze tekorten brengen in sommige gevallen zelfs de werking van de instelling in het gedrang. Het verschil in theorie en praktijk wordt onder meer verklaard door de vele deeltijdse arbeid in de sector, en de gebrekkige aantrekkelijkheid van bepaalde verpleegkundige en verzorgende functies en taken.

3. Drie pistes worden vaak naar voor geschoven om personeels-tekorten op te vangen: verhogen van de aantrekkelijkheid van het beroep, actief rekruteringsbeleid binnen de arbeidsreserve, en internationale rekrutering. Het Belgisch beleid concentreert zich voornamelijk op de eerste twee pistes.

4. Alhoewel de laatste jaren in stijgende lijn, is internationale rekrutering van gezondheidspersoneel nog relatief kleinschalig. Rekruteringsbureaus zijn pas zeer recent activiteiten op dit gebied beginnen ontwikkelen. De voornaamste landen waar men medisch personeel rekruteert zijn Polen en Roemenië in Europa, en de Filippijnen en Libanon buiten Europa. In de meeste gevallen gaat het om enkele tot enkele tientallen verpleegkundigen per jaar.

5. Alhoewel internationale rekrutering nog in haar kinderschoenen staat, en sommige bureaus nog in de pilootfase zitten, hebben een aantal zorginstellingen (bijv. Europaziekenhuis in Brussel) positieve ervaringen. De dienstverlening is vaak op maat van de zorginstelling en in mindere of meerdere mate wordt aandacht besteed aan inburgering in België van de kandidaat, taalonderwijs, het in orde brengen van administratieve vereisten, etc.

6. De belangrijkste problemen voor de inzet op de Belgische arbeidsmarkt hebben te maken met taal, culturele verschillen, andere takenpakketten, academische erkenning en heimwee.

7. Zowat 30 % van alle artsen (i.e. 8.000) en 15 % van alle verpleegkundigen (i.e. 9.200) in België zijn in het buitenland geboren (cijfers 2007). De overgrote meerderheid van de buitenlandse artsen en verpleegkundigen heeft wel haar of zijn diploma in België behaald. Ongeveer 5% van de artsen en 1% van de verpleegkundigen heeft haar of zijn diploma in het buitenland behaald.

8. Hoewel er een toename is in de immigratie van de buitenlandse verpleegkundigen en artsen, is de instroom uit niet-Europese landen nog relatief laag – zeker in vergelijking met landen zoals het Verenigd Koninkrijk.

9. Heel wat landen van bestemming hebben een "vergrijzende" bevolking en, ondanks de vaak erg hoge werkloosheidscijfers, worstelen zij in een aantal sectoren van de arbeidsmarkt met tekorten, zo ook – wordt door sommigen gesteld – in de medische en verzorgende sector. Ondernemingen die geschoolde arbeidskrachten nodig hebben, zijn vragende partij voor regels die de instroom van 'gastarbeiders' vereenvoudigen. Buitenlandse arbeidskrachten kunnen onmiddellijk aan de vereisten van de arbeidsmarkt voldoen, terwijl werkloze lokale arbeidskrachten die niet over de juiste kwalificaties beschikken eerst nog een opleiding moeten volgen vooraleer zij klaar zijn om terug in de arbeidsmarkt te stappen. Zelfs al zijn de lonen die aan buitenlandse werknemers worden betaald niet lager dan het gemiddelde, toch kan het voor een aantal bedrijven nog interessant zijn om deze mensen aan te werven om geen tijd (en geld) te verliezen met de opleiding en training van lokale arbeidskrachten.

10. Van alle OESO landen trekt de VSA het meest verpleegkundigen van over de grenzen aan. Vooral de traditionele immigratielanden zoals Canada en Australië trekken proportioneel veel overzeese verpleegkundigen aan. Ook Groot-Brittannië schrijft veel nieuwe buitenlandse verplegenden in. In sommige jaren was het aantal niet-Britse nieuwkomers hoger dan het aantal nieuwe Britse verplegenden. De verplegenden van vreemde herkomst die in Frankrijk actief zijn, komen voornamelijk uit de vroegere Noord-Afrikaanse kolonies en uit de buurlanden.

11. De wereld wordt geconfronteerd met een overaanbod aan arbeidskrachten in ontwikkelingslanden, terwijl bepaalde sectoren in de geïndustrialiseerde wereld kampen met een arbeidstekort, onder meer omwille van de vergrijzende bevolking. Men kan zich voorstellen dat een dergelijke situatie voor alle betrokken partijen voordelen kan inhouden: indien er werkloosheid is in één regio en een arbeidstekort in een andere, dan lijkt een verschuiving van de arbeid voor beide een praktische oplossing.

12. Jammer genoeg is er op de globale arbeidsmarkt een probleem op het vlak van de spreiding van de vaardigheden. Aangezien de arbeidsmarkt een gelaagde markt is, vinden vraag en aanbod elkaar op ieder niveau. Heel wat landen waar migranten naartoe trekken, stellen hun grenzen niet graag zonder meer open voor migranten, maar hoogopgeleiden of gekwalificeerde arbeidskrachten zoals dokters en verpleegsters zijn meestel meer dan welkom. In heel wat gevallen worden zelfs ernstige inspanningen geleverd om die gekwalificeerde arbeidskrachten aan te trekken.

13. De vraag naar sommige hoger opgeleide werknemers zoals verplegend personeel overtreft op de nationale arbeidsmarkt (van de ontvangende landen) het aanbod. In de meeste migratiezendende landen botst de vraag naar hooggekwalificeerde arbeidskrachten op het beperkte aanbod aldaar. De WHO schat in een rapport van 2006 het wereldwijde tekort aan gezondheidswerkers op 4,3 miljoen.

14. Een onderzoek van de OESO uit 2002 stelt dat de mobiliteit van hoogopgeleide arbeidskrachten de circulatie van vernieuwende ideeën en processen stimuleert en de globale economische groei ten goede komt. Het onderzoek wijst op de voordelen voor de thuislanden: migranten (arbeidskrachten) keren terug met technologische bekwaamheden en managementvaardigheden die zij in het buitenland hebben verworven. Vaak beschikken zij ook over geld om te investeren of hebben zij nuttige contacten in de internationale wereld van wetenschap en technologie. Zij hebben hun maatschappelijk kapitaal, hun "netwerk"-kapitaal uitgebouwd. Aangezien heel wat professionals uiteindelijk toch terugkeren naar hun land van herkomst, lijkt de vrees voor het verlies van competenties, of de "brain drain", van ontwikkelingslanden naar technologisch geavanceerde landen enigszins overdreven, stelt het rapport.

15. Tot op zekere hoogte kan de migratie van hoogopgeleiden een voordeel zijn voor het land van herkomst omwille van het sociale en economische rendement. Migranten die het in het buitenland hebben gemaakt, creëren ook kansen voor hen die op de lokale arbeidsmarkt zijn achtergebleven – er is minder concurrentie – en hun succesverhalen kunnen andere generaties ertoe aanzetten om de vaardigheden te verwerven die nodig zijn om in hun voetsporen te treden. Het vooruitzicht om voor een hoger loon en in betere omstandigheden in het buitenland te gaan werken, kan ook stimulerend werken om hoger onderwijs te volgen, waardoor de studenteninstroom groter is dan zonder migratie het geval zou zijn. Indien meer studenten er achteraf voor kiezen om na hun afstuderen in eigen land te blijven, wordt ook de kennis lokaal versterkt (Stark, 2002).

16. Migratie van hoger opgeleiden kan positief zijn, maar dit veronderstelt dat er toch een minimum aantal gekwalificeerde mensen aanwezig zijn, wat door de band niet waar is voor medisch getraind personeel. Wanneer beroepsmensen of geschoolde arbeidskrachten het land verlaten en er is niemand om hen te vervangen, dan kan er nauwelijks sprake zijn van een voordeel voor de gemeenschap. Men zou kunnen stellen dat er twee kritische drempels zijn: een benedengrens waaronder de maatschappij te lijden heeft onder de gevolgen van de migratie van geschoolde en hoogopgeleide arbeidskrachten, omdat er geen vervangingscapaciteit is. Daarboven kan migratie positief zijn tot het aantal migranten de bovengrens bereikt. Daarboven wordt de emigratie van professionals en hoger opgeleiden een probleem omdat de vervangingscapaciteit is uitgeput. Tussen deze beide limieten kunnen we spreken over *brain transfer*, *brain circulation* en zelfs *brain gain*. Daarboven en daaronder, is het beter te spreken over *brain drain*, soms zelfs *brain desertification* of "fatal flows". Dat plaatje ziet er voor ieder land, voor iedere regio en zelfs voor iedere sector anders uit. Voor sommige landen zoals de kleine eilandstaten in Micronesië is de situatie ronduit dramatisch.

17. Hoogopgeleide migranten uit de minder ontwikkelde landen doen in de geïndustrialiseerde wereld niet altijd wat met hun talent. Indien afgestudeerde verpleegkundigen migreren naar een meer geavanceerde maatschappij om daar dan aan de slag te gaan in een fabriek of winkel of als schoonmaakster worden tewerkgesteld in het gezin van tweeverdieners, dan kan dit moeilijk als positief worden beoordeeld. Hoewel vraag en aanbod in evenwicht zijn, de arbeidskracht geld verdient en een deel daarvan naar de achtergebleven familie kan sturen, en de werkgever relatief goedkope arbeidskrachten heeft gevonden, toch kan dit niet worden beschouwd als een win-winsituatie. Hier rendeert de investering in onderwijs niet. Niet voor het land van herkomst dat een geschoolde arbeidskracht heeft verloren, en niet voor het land van bestemming waar de

beschikbare vaardigheden niet doeltreffend worden aangewend. Dit is een belangrijk aspect van economisch verlies, *brain waste*.

18. Omwille van de inkomensongelijkheid en het gebrek aan tewerkstellingskansen, is de onderhandelingspositie van de verschillende spelers ongelijk. Indien er in de meer geavanceerde landen een arbeidstekort is en er zijn geschoolde arbeidskrachten in de ontwikkelingslanden, zelfs al worstelt de arbeidsmarkt in die landen ook met een tekort, dan zal het mechanisme van vraag en aanbod ertoe leiden dat de ontwikkelingslanden hun geschoolde arbeidskrachten zien vertrekken. De Afrikaanse landen worden hierdoor zwaar getroffen; de grootste exodus van professionals in absolute cijfers doet zich evenwel voor in Azië, met de Verenigde Staten als belangrijkste bestemming. Terwijl een aantal landen hun burgers uiteindelijk toch zien terugkeren en/of netwerken zien uitbouwen met de vroegere gastlanden, is de ontwikkeling in heel wat andere landen, vooral dan in Afrika, niet van die aard dat zij de lonen en arbeidsomstandigheden van de meer ontwikkelde landen kunnen evenaren. Zij slagen er dan ook niet om de uitgeweken professionals naar huis te laten terugkeren. Een aantal regio's verliezen het merendeel van de professionals. Naar deze situatie kan worden verwezen als *brain desertification*.

19. Het Ontwikkelingsprogramma van de Verenigde Naties (United Nations Development Programme - UNDP) heeft het probleem van migratie van hoogopgeleiden aangesneden in het 2001 Human Development Report. Het voorstel dat in dit rapport werd gedaan is dat de migratie van hoogopgeleide professionals uit het zuiden erg duur is voor de respectieve thuislanden. Neem, bijvoorbeeld, het bekende geval van de Indiase professionals. Ieder jaar dienen er ongeveer 100.000 mensen, vooral in de computerindustrie, een aanvraag in voor een visum voor de Verenigde Staten. Volgens het rapport wordt de gemiddelde kost voor India voor universitair onderwijs voor ieder van deze professionals geraamd op US$ 15.000 à US$ 20.000. Met andere woorden, India ziet als een gevolg van de emigratie naar de Verenigde Staten een investering van twee miljard US dollar per jaar verloren gaan.

20. Loonverschillen, betere arbeidsomstandigheden en de mogelijkheden om bij te leren en loopbaanperspectieven kunnen een sterke aantrekkingskracht uitoefenen en een belangrijk motief zijn voor professionals. Op individueel vlak lijkt dit een win-winsituatie te zijn. De migrant ziet zijn eigen situatie verbeterd, verdient meer geld en heeft betere kansen. De werkgever in het buitenland werft een gemotiveerde maar relatief goedkope professional aan.

21. Terwijl het voor het individu een goede zaak kan zijn, kan migratie van hoogopgeleiden en professionals een belangrijk verlies betekenen voor de landen die in hun opleiding hebben geïnvesteerd, zoals het geval van de Indiase IT-professionals aangeeft. Er is, uiteraard, enige return. India is in de IT-sector opgerukt en levert software-ingenieurs aan de geïndustrialiseerde landen. Software is zelfs goed voor acht procent van de Indiase export van goederen en diensten (UNDP, 2001). De gezondheidsindustrie is evenwel een voorbeeld dat aantoont hoe moeilijk het is om een duidelijk beeld te schetsen. De emigratie van verpleegkundigen uit tal van eilanden in de Stille Oceaan en de Caraïben is een verlies en een uitdaging voor die landen. De migratie van Filippijnse verpleegkundigen maakt deel uit van de strategie die de Filippijnse overheid op het vlak van de export van arbeidskrachten heeft ontwikkeld. De Filippijnen worden vaak aangehaald als het voorbeeld van een land dat de business van de export van geschoolde arbeidskrachten (*brain*

business) gebruikt ten voordele van de academische industrie en als een manier om geld en internationale connecties naar de Filippijnen te halen. Maar ook landen die de export van gekwalificeerd personeel tot hun beleid hebben gemaakt zoals de Filippijnen, hebben te kampen met tekorten. Sociale bewegingen op de Filippijnen, gesteund door Sociale bewegingen in de geïndustrialiseerde wereld trekken aan de alarmbel.

22. De WHO maakt gewag van 57 landen met een kritisch tekort aan gezondheidswerkers, waarvan er 36 in Sub-Sahara Afrika te vinden zijn.

23. Het laatste decennium is door een aantal landen gewerkt aan een ethische code voor de aanwerving van medisch personeel in de ontwikkelingslanden. In de Europese context dringt ook de Commissie aan op ethische rekrutering en is door de Europese "Sociale partners" die op het terrein actief zijn samen een ethische code ontwikkeld. In een aantal op dit vlak ondernomen initiatieven wordt steevast verwezen naar ontwikkelingen in de schoot van de Wereldgezondheidsorganisatie. Deze hebben sinds begin 2010 duidelijk vorm gekregen toen een WHO gedragscode in de World Health Assembly werd aangenomen.

2. Conclusie

1. De feiten op een rijtje: er zijn individuen die naar het buitenland willen; er is een vraag naar arbeidsmigranten in het algemeen en naar gezondheidswerkers in het bijzonder, er zijn bedrijven, organisaties en instellingen die geschoolde buitenlanders willen aanwerven; er zijn landen - vaak arme landen - die hebben geïnvesteerd in het onderwijs van hun inwoners en er zijn landen - doorgaans rijkere landen - met een vergrijzende bevolking en arbeidsmarkttekorten in de verzorgende sector. En verder zijn er concepten zoals individuele vrijheid en vrijheid van keuze, enerzijds, en concepten zoals maatschappelijke verantwoordelijkheid en verplichtingen, anderzijds. Dit alles speelt zich af in een wereldwijde, gemondialiseerde arbeidsmarkt waar vraag en aanbod elkaar zoeken en kunnen vinden. En heel belangrijk, er is sprake van sterk ongelijke machtsverhoudingen.

2. De uitdaging bestaat erin om het plaatje zo te maken dat er een billijke verdeling is van de voordelen. *Brain mobility* veronderstelt niet automatisch *brain drain*. Zoals reeds eerder aangegeven, is de situatie voor ieder land, voor iedere regio en voor iedere tewerkstellingssector verschillend. Het is duidelijk dat er geen algemene gevolgen zijn. Als er al negatieve gevolgen zijn, dan kunnen die land per land en zelfs beroep per beroep verschillen.

3. Er zijn wellicht reële kansen op het vlak van mobiliteit van geschoolde arbeidskrachten, maar dat geldt net zo voor de bedreiging die er vanuit gaat. De internationale spelers die hierbij zijn betrokken, mogen de details niet uit het oog verliezen en mogen zich niet blind staren op de in het oog springende succesverhalen. Het is duidelijk dat, naarmate kennis en ervaring op het vlak van de migratie van hoogopgeleide arbeidskrachten en de gevolgen op de landen van herkomst verdiepen, er nog steeds veel niet geweten is. Wat wel duidelijk is, is dat de voordelen die in andere sectoren zoals ICT kunnen gelden, door de tekorten in de gezondheidssector aldaar meestel niet gelden.

4. Een belangrijk gegeven is dat de zwakkere partij in een markt met een ongelijke verdeling van de macht steeds aan het kortste eind trekt. De geïndustrialiseerde landen kunnen dat bijsturen door een gedragscode uit te werken en/of te aanvaarden om situaties te vermijden waarbij westerse landen bijvoorbeeld Afrikaanse verpleegkundigen recruteren voor de Europese markt, en dit in de wetenschap dat de regio van herkomst zelf met een tekort zit. Met de recent aanvaarde WHO-gedragscode ligt er een blauwdruk klaar om dit in een eigen reglementering te vertalen.

5. Beleidsmakers hebben de macht om creatief te zijn en om iets als een "onderwijsfonds" op te zetten. Bedrijven, organisaties, instellingen als ziekenhuizen e.d. die geschoolde arbeidskrachten wensen aan te trekken in het Zuiden om bepaalde jobs in te vullen, zouden kunnen worden gevraagd om een "opleidingstaks" te betalen. De taks kan verschillen naargelang van het profiel van de mensen die worden aangetrokken. Het geld dat zo wordt geïnd, kan dan opnieuw worden geïnvesteerd in de opleiding van jonge professionals in het Zuiden. Een dergelijk fonds kan op regionaal niveau (bijvoorbeeld de Europese Unie) of op internationaal niveau (Verenigde Naties) worden opgezet.

6. Nogmaals herhaald, met de recent aanvaarde WHO-gedragscode ligt er een blauwdruk klaar om verdere discussie in de Belgische context mee vorm te geven. De belangen van de landen van herkomst, de belangen van de landen van bestemming, de belangen van de individuele migranten, de rol van de overheden, van werkgevers en van intermediairen zoals rekruteringsbureaus komen hierin allemaal aan bod.

BIJLAGEN

Bijlage 1

Lijst tabellen

Tabel 1	Vraag en aanbod verpleegkundigen in de Belgische zorgsector 1999-2019, per vijfjaarlijkse periode	30
Tabel 2	Verschillen in procedure tussen Vlaamse en Franse Gemeenschap	33

Bijlage 2

Lijst figuren

Figuur 1	Evolutie van de leeftijdsstructuur van de Belgische bevolking 1980, 2000 en 2050	24
Figuur 2	Procedures voor professionele erkenning voor EER en EU onderdanen	32
Figuur 3	Procedures voor professionele erkenning voor niet EU/EER onderdanen en specialisten	33
Figuur 4	Procedure erkenning voor basisdiploma arts	35
Figuur 5	Procedure erkenning voor verpleegkundigen	35
Figuur 6	Evolutie van aantal artsen en verpleegkundigen werkzaam in België en geboren in het buitenland tussen 2000 en 2007	37
Figuur 7	Evolutie van aantal artsen en verpleegkundigen werkzaam in België met een buitenlands diploma en geboren in het buitenland tussen 2000 en 2007	37
Figuur 8	Afkomst van de buitenlandse artsen volgens regio in België in 2007	38
Figuur 9	Meest voorkomende Europese nationaliteiten van de buitenlandse artsen in België in 2007	38
Figuur 10	Meest voorkomende nationaliteiten van buiten Europa van buitenlandse artsen in België in 2007	39
Figuur 11	Afkomst van de buitenlandse verpleegkundigen volgens regio in België in 2007	39
Figuur 12	Meest voorkomende Europese nationaliteiten van de buitenlandse verpleegkundigen in België in 2007	40
Figuur 13	Meest voorkomende nationaliteiten van buitenlandse artsen van buiten Europa in België in 2007	40
Figuur 14	Evolutie van de immigratie van het aantal artsen in België volgens regio van afkomst	41
Figuur 15	Evolutie van de immigratie van het aantal verpleegsters in België volgens regio van afkomst	41

Figuur 16	Evolutie van de professionele erkenningen van artsendiploma's tussen 2001 en 2009	42
Figuur 17	Evolutie van professionele erkenningen van artsendiploma's volgens taalrol	42
Figuur 18	Erkenningen van artsendiploma's in 2009 volgens nationaliteit	43
Figuur 19	Evolutie van de professionele erkenningen van diploma's verpleegkunde tussen 2003 en 2007	43
Figuur 20	Evolutie van professionele erkenningen van diploma's verpleegkunde volgens taalrol	44
Figuur 21	Erkenningen van diploma's verpleegkunde in 2007 volgens nationaliteit	44
Figuur 22	Evolutie van aantal aanvragen academische erkenning in Vlaamse en Franse Gemeenschap voor geneeskunde	45
Figuur 23	Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van geneeskunde in de Franse (2001-2007) en Vlaamse Gemeenschap (2001-2006).	45
Figuur 24	Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van geneeskunde in de Vlaamse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2006	46
Figuur 25	Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van geneeskunde in de Franse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2007	46
Figuur 26	Evolutie van aantal aanvragen academische erkenning in Vlaamse en Franse Gemeenschap voor verpleegkunde	47
Figuur 27	Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van verpleegkunde in de Franse (2001-2007) en Vlaamse Gemeenschap (2001-2006)	47
Figuur 28	Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van diploma's verpleegkunde in de Vlaamse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2006	48
Figuur 29	Beslissing van de aanvragen tot academische erkenning van diploma's verpleegkunde in de Franse Gemeenschap volgens nationaliteit 2001-2007	48
Figuur 30	Nieuwe toekenningen en hernieuwingen arbeidskaarten B binnen gezondheidssector voor arts in Wallonië en Brussel (2001-2006) en Vlaanderen (2003-2006)	49
Figuur 31	Nieuwe toekenningen en hernieuwingen arbeidskaarten B binnen gezondheidssector voor verpleegkundige in Wallonië en Brussel (2001-2006) en Vlaanderen (2003-2006)	49
Figuur 32	Nieuwe toekenningen en hernieuwingen arbeidskaarten B binnen gezondheidssector in 2006 (mensen met de nationaliteit van Cyprus en Malta zijn vrijgesteld van een arbeidskaart)	50

Figuur 33	Rekruteringsproces voor kandidaatwerknemer	54
Figuur 34	Rekruteringsproces door ogen van klant	55
Figuur 35	Top 10 van de OESO landen naar aantal tewerkgestelde buitenlandse verpleegkundigen	61
Figuur 36	Ratio tussen personen van Britse of niet-Britse herkomst als percentage van het totale aantal nieuwe verpleegsters / verplegers die jaarlijks de toestemming krijgen om in het VK te werken (1990 -2002) Initiële registratie.	62
Figuur 37	Verplegend personeel in Groot-Brittannië naar nationaliteit	63
Figuur 38	Top 10 van artsen van vreemde origine in Frankrijk naar nationaliteit	64
Figuur 39	Percentage van in de VSA tewerkgestelden uit de top 20 van in OESO landen tewerkgestelde dokters uit niet-OESO landen naar land van herkomst	65
Figuur 40	Verdeling van medisch personeel van vreemde herkomst in België (Dokters en verplegend personeel) in België naar Regio van herkomst	66
Figuur 41	Medisch personeel van Afrikaanse herkomst actief in België (2005) naar nationaliteit	67
Figuur 42	Medisch personeel van Aziatische herkomst actief in België (2005) naar nationaliteit	67
Figuur 43	Medisch personeel van Europese herkomst (buiten de EU15) actief in België (2005) naar nationaliteit	68
Figuur 44	De migratiebult	73
Figuur 45	Landen met kritische tekorten aan gezondheidswerkers (artsen, verplegend personeel, vroedvrouwen).	88

Bijlage 3

Interviewinformatie

Sector	Organisatie
Onderzoek	European Social Observatory
	HIVA
	UA
Rekruteringsbureaus	Medical Express
	Moving People
	Link2europe
	Benevobis
	Randstad Medical

	Limarex
Beleid/administratie	FOD Volksgezondheid
	VDAB
	Vl. Min. Volksgezondheid
Middenveld	ASGB
	NVKVV
	Zorgnet Vlaanderen
	Orde der Geneesheren
Werkgevers	UZA
	AZ Sint-Jan Brussel
	UZ Gent
	Europaziekenhuis
	RVT Antwerpen

Aan de geïnterviewden werden de volgende vragen voorgelegd:
Vragen:

1. Vindt u dat er al dan niet tekorten zijn mbt personeel in de gezondheidszorg? Zo ja, in welke sectoren en hoe manifesteert dit zich?
2. Bent u op de hoogte van immigratie van gezondheidspersoneel in België? Zo ja, uit welke landen of regio's en welke beroepen? Is er immigratie vanuit landen uit het Zuiden?
3. Bent u op de hoogte van Belgische rekruteringsinitiatieven van gezondheidspersoneel uit het Zuiden? Zo ja welke?
4. Wat zijn uw ervaringen met deze initiatieven?
5. Wat is uw mening over eventuele rekrutering van gezondheidspersoneel vanuit het Zuiden?

Bijlage 4

WHO-gedragscode

SIXTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY **WHA63.16**

Agenda item 11.5 **21 May 2010**

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

The Sixty-third World Health Assembly,

Having considered the revised draft global code of practice on the international recruitment of health personnel, annexed to the report by the Secretariat on the international recruitment of health personnel: draft global code of practice,[1]

1. ADOPTS, in accordance with Article 23 of the Constitution, the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;

2. DECIDES that the first review of the relevance and effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel shall be made by the Sixty-eighth World Health Assembly;

3. REQUESTS the Director-General:

(1) to give all possible support to Member States, as and when requested, for the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;

(2) to cooperate with all stakeholders concerned with the implementation and monitoring of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;

(3) to rapidly develop, in consultation with Member States, guidelines for minimum data sets, information exchange and reporting on the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;

(4) based upon periodic reporting, to make proposals, if necessary, for the revision of the text of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in line with the first review, and for measures needed for its effective application.

[1] Document A63/8.

ANNEX

WHO GLOBAL CODE OF PRACTICE ON THE INTERNATIONAL RECRUITMENT OF HEALTH PERSONNEL

Preamble

The Member States of the World Health Organization:

Recalling resolution WHA57.19 in which the World Health Assembly requested the Director-General to develop a voluntary code of practice on the international recruitment of health personnel in consultation with all relevant partners;

Responding to the calls of the Kampala Declaration adopted at the First Global Forum on Human Resources for Health (Kampala, 2–7 March 2008) and the G8 communiqués of 2008 and 2009 encouraging WHO to accelerate the development and adoption of a code of practice;

Conscious of the global shortage of health personnel and recognizing that an adequate and accessible health workforce is fundamental to an integrated and effective health system and for the provision of health services;

Deeply concerned that the severe shortage of health personnel, including highly educated and trained health personnel, in many Member States, constitutes a major threat to the performance of health systems and undermines the ability of these countries to achieve the Millennium Development Goals and other internationally agreed development goals;

Stressing that the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel be a core component of bilateral, national, regional and global responses to the challenges of health personnel migration and health systems strengthening;

THEREFORE:

The Member States hereby agree on the following articles which are recommended as a basis for action.

Article 1 – Objectives

The objectives of this Code are:

(1) to establish and promote voluntary principles and practices for the ethical international recruitment of health personnel, taking into account the rights, obligations and expectations of source countries, destination countries and migrant health personnel;

(2) to serve as a reference for Member States in establishing or improving the legal and institutional framework required for the international recruitment of health personnel;

(3) to provide guidance that may be used where appropriate in the formulation and implementation of bilateral agreements and other international legal instruments;

(4) to facilitate and promote international discussion and advance cooperation on matters related to the ethical international recruitment of health personnel as part of strengthening health systems, with a particular focus on the situation of developing countries.

Article 2 – Nature and scope

2.1 The Code is voluntary. Member States and other stakeholders are strongly encouraged to use the Code.

2.2 The Code is global in scope and is intended as a guide for Member States, working together with stakeholders such as health personnel, recruiters, employers, health-professional organizations, relevant subregional, regional and global organizations, whether public or private sector, including nongovernmental, and all persons concerned with the international recruitment of health personnel.

2.3 The Code provides ethical principles applicable to the international recruitment of health personnel in a manner that strengthens the health systems of developing countries, countries with economies in transition and small island states.

Article 3 – Guiding principles

3.1 The health of all people is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest cooperation of individuals and states. Governments have a responsibility for the health of their people, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. Member States should take the Code into account when developing their national health policies and cooperating with each other, as appropriate.

3.2 Addressing present and expected shortages in the health workforce is crucial to protecting global health. International migration of health personnel can make a sound contribution to the development and strengthening of health systems, if recruitment is properly managed. However, the setting of voluntary international principles and the coordination of national policies on international health personnel recruitment are desirable in order to advance frameworks to equitably strengthen health systems worldwide, to mitigate the negative effects of health personnel migration on the health systems of developing countries and to safeguard the rights of health personnel.

3.3 The specific needs and special circumstances of countries, especially those developing countries and countries with economies in transition that are particularly vulnerable to health workforce shortages and/or have limited capacity to implement the recommendations of this Code, should be considered. Developed countries should, to the extent possible, provide technical and financial assistance to developing countries and countries with economies in transition aimed at strengthening health systems, including health personnel development.

3.4 Member States should take into account the right to the highest attainable standard of health of the populations of source countries, individual rights of health personnel to leave any country in accordance with applicable laws, in order to mitigate the negative effects and maximize the positive effects of migration on the health systems of the source countries. However, nothing in this Code should be interpreted as limiting the freedom of health personnel, in accordance with applicable laws, to migrate to countries that wish to admit and employ them.

3.5 International recruitment of health personnel should be conducted in accordance with the principles of transparency, fairness and promotion of sustainability of health systems in developing

countries. Member States, in conformity with national legislation and applicable international legal instruments to which they are a party, should promote and respect fair labour practices for all health personnel. All aspects of the employment and treatment of migrant health personnel should be without unlawful distinction of any kind.

3.6 Member States should strive, to the extent possible, to create a sustainable health workforce and work towards establishing effective health workforce planning, education and training, and retention strategies that will reduce their need to recruit migrant health personnel. Policies and measures to strengthen the health workforce should be appropriate for the specific conditions of each country and should be integrated within national development programmes.

3.7 Effective gathering of national and international data, research and sharing of information on international recruitment of health personnel are needed to achieve the objectives of this Code.

3.8 Member States should facilitate circular migration of health personnel, so that skills and knowledge can be achieved to the benefit of both source and destination countries.

Article 4 – Responsibilities, rights and recruitment practices

4.1. Health personnel, health professional organizations, professional councils and recruiters should seek to cooperate fully with regulators, national and local authorities in the interests of patients, health systems, and of society in general.

4.2 Recruiters and employers should, to the extent possible, be aware of and consider the outstanding legal responsibility of health personnel to the health system of their own country such as a fair and reasonable contract of service and not seek to recruit them. Health personnel should be open and transparent about any contractual obligations they may have.

4.3 Member States and other stakeholders should recognize that ethical international recruitment practices provide health personnel with the opportunity to assess the benefits and risks associated with employment positions and to make timely and informed decisions.

4.4 Member States should, to the extent possible, under applicable laws, ensure that recruiters and employers observe fair and just recruitment and contractual practices in the employment of migrant health personnel and that migrant health personnel are not subject to illegal or fraudulent conduct. Migrant health personnel should be hired, promoted and remunerated based on objective criteria, such as levels of qualification, years of experience and degrees of professional responsibility on the basis of equality of treatment with the domestically trained health workforce. Recruiters and employers should provide migrant health personnel with relevant and accurate information about all health personnel positions that they are offered.

4.5 Member States should ensure that, subject to applicable laws, including relevant international legal instruments to which they are a party, migrant health personnel enjoy the same legal rights and responsibilities as the domestically trained health workforce in all terms of employment and conditions of work.

4.6 Member States and other stakeholders should take measures to ensure that migrant health personnel enjoy opportunities and incentives to strengthen their professional education, qualifications and career progression, on the basis of equal treatment with the domestically trained health workforce subject to applicable laws. All migrant health personnel should be offered appropriate induction and

orientation programmes that enable them to operate safely and effectively within the health system of the destination country.

4.7 Recruiters and employers should understand that the Code applies equally to those recruited to work on a temporary or permanent basis.

Article 5 – Health workforce development and health systems sustainability

5.1 In accordance with the guiding principle as stated in Article 3 of this Code, the health systems of both source and destination countries should derive benefits from the international migration of health personnel. Destination countries are encouraged to collaborate with source countries to sustain and promote health human resource development and training as appropriate. Member States should discourage active recruitment of health personnel from developing countries facing critical shortages of health workers.

5.2 Member States should use this Code as a guide when entering into bilateral, and/or regional and/or multilateral arrangements, to promote international cooperation and coordination on international recruitment of health personnel. Such arrangements should take into account the needs of developing countries and countries with economies in transition through the adoption of appropriate measures. Such measures may include the provision of effective and appropriate technical assistance, support for health personnel retention, social and professional recognition of health personnel, support for training in source countries that is appropriate for the disease profile of such countries, twinning of health facilities, support for capacity building in the development of appropriate regulatory frameworks, access to specialized training, technology and skills transfers, and the support of return migration, whether temporary or permanent.

5.3 Member States should recognize the value both to their health systems and to health personnel themselves of professional exchanges between countries and of opportunities to work and train abroad. Member States in both source and destination countries should encourage and support health personnel to utilize work experience gained abroad for the benefit of their home country.

5.4 As the health workforce is central to sustainable health systems, Member States should take effective measures to educate, retain and sustain a health workforce that is appropriate for the specific conditions of each country, including areas of greatest need, and is built upon an evidence-based health workforce plan. All Member States should strive to meet their health personnel needs with their own human resources for health, as far as possible.

5.5 Member States should consider strengthening educational institutions to scale up the training of health personnel and developing innovative curricula to address current health needs. Member States should undertake steps to ensure that appropriate training takes place in the public and private sectors.

5.6 Member States should consider adopting and implementing effective measures aimed at strengthening health systems, continuous monitoring of the health labour market, and coordination among all stakeholders in order to develop and retain a sustainable health workforce responsive to their population's health needs. Member States should adopt a multisectoral approach to addressing these issues in national health and development policies.

5.7 Member States should consider adopting measures to address the geographical maldistribution of health workers and to support their retention in underserved areas, such as through the application of education measures, financial incentives, regulatory measures, social and professional support.

Article 6 – Data gathering and research

6.1 Member States should recognize that the formulation of effective policies and plans on the health workforce requires a sound evidence base.

6.2 Taking into account characteristics of national health systems, Member States are encouraged to establish or strengthen and maintain, as appropriate, health personnel information systems, including health personnel migration, and its impact on health systems. Member States are encouraged to collect, analyse and translate data into effective health workforce policies and planning.

6.3 Member States are encouraged to establish or strengthen research programmes in the field of health personnel migration and coordinate such research programmes through partnerships at the national, subnational, regional and international levels.

6.4 WHO, in collaboration with relevant international organizations and Member States, is encouraged to ensure, as much as possible, that comparable and reliable data are generated and collected pursuant to paragraphs 6.2 and 6.3 for ongoing monitoring, analysis and policy formulation.

Article 7 – Information exchange

7.1 Member States are encouraged to, as appropriate and subject to national law, promote the establishment or strengthening of information exchange on international health personnel migration and health systems, nationally and internationally, through public agencies, academic and research institutions, health professional organizations, and subregional, regional and international organizations, whether governmental or nongovernmental.

7.2 In order to promote and facilitate the exchange of information that is relevant to this Code, each Member State should, to the extent possible:

(a) progressively establish and maintain an updated database of laws and regulations related to health personnel recruitment and migration and, as appropriate, information about their implementation;

(b) progressively establish and maintain updated data from health personnel information systems in accordance with Article 6.2; and

(c) provide data collected pursuant to subparagraphs (a) and (b) above to the WHO Secretariat every three years, beginning with an initial data report within two years after the adoption of the Code by the Health Assembly.

7.3 For purposes of international communication, each Member State should, as appropriate, designate a national authority responsible for the exchange of information regarding health personnel migration and the implementation of the Code. Member States so designating such an authority, should inform WHO. The designated national authority should be authorized to communicate directly or, as provided by national law or regulations, with designated national authorities of other Member States and with the WHO Secretariat and other regional and international organizations concerned, and to submit reports and other information to the WHO Secretariat pursuant to subparagraph 7.2(c) and Article 9.1.

7.4 A register of designated national authorities pursuant to paragraph 7.3 above shall be established, maintained and published by WHO.

Article 8 – Implementation of the Code

8.1 Member States are encouraged to publicize and implement the Code in collaboration with all stakeholders as stipulated in Article 2.2, in accordance with national and subnational responsibilities.

8.2 Member States are encouraged to incorporate the Code into applicable laws and policies.

8.3 Member States are encouraged to consult, as appropriate, with all stakeholders as stipulated in Article 2.2 in decision-making processes and involve them in other activities related to the international recruitment of health personnel.

8.4 All stakeholders referred to in Article 2.2 should strive to work individually and collectively to achieve the objectives of this Code. All stakeholders should observe this Code, irrespective of the capacity of others to observe the Code. Recruiters and employers should cooperate fully in the observance of the Code and promote the guiding principles expressed by the Code, irrespective of a Member State's ability to implement the Code.

8.5 Member States should, to the extent possible, and according to legal responsibilities, working with relevant stakeholders, maintain a record, updated at regular intervals, of all recruiters authorized by competent authorities to operate within their jurisdiction.

8.6 Member States should, to the extent possible, encourage and promote good practices among recruitment agencies by only using those agencies that comply with the guiding principles of the Code.

8.7 Member States are encouraged to observe and assess the magnitude of active international recruitment of health personnel from countries facing critical shortage of health personnel, and assess the scope and impact of circular migration.

Article 9 – Monitoring and institutional arrangements

9.1 Member States should periodically report the measures taken, results achieved, difficulties encountered and lessons learnt into a single report in conjunction with the provisions of Article 7.2(c).

9.2 The Director-General shall keep under review the implementation of this Code, on the basis of periodic reports received from designated national authorities pursuant to Articles 7.3 and 9.1 and other competent sources, and periodically report to the World Health Assembly on the effectiveness of the Code in achieving its stated objectives and suggestions for its improvement. This report would be submitted in conjunction with Article 7.2(c).

9.3 The Director-General shall:

(a) support the information exchange system and the network of designated national authorities specified in Article 7;

(b) develop guidelines and make recommendations on practices and procedures and such joint programmes and measures as specified by the Code; and

(c) maintain liaison with the United Nations, the International Labour Organization, the International Organization for Migration, and other competent regional and international organizations as well as concerned nongovernmental organizations to support implementation of the Code.

9.4 WHO Secretariat may consider reports from stakeholders as stipulated in Article 2.2 on activities related to the implementation of the Code.

9.5 The World Health Assembly should periodically review the relevance and effectiveness of the Code. The Code should be considered a dynamic text that should be brought up to date as required.

Article 10 – Partnerships, technical collaboration and financial support

10.1 Member States and other stakeholders should collaborate directly or through competent international bodies to strengthen their capacity to implement the objectives of the Code.

10.2 International organizations, international donor agencies, financial and development institutions, and other relevant organizations are encouraged to provide their technical and financial support to assist the implementation of this Code and support health system strengthening in developing countries and countries with economies in transition that are experiencing critical health workforce shortages and/or have limited capacity to implement the objectives of this Code. Such organizations and other entities should be encouraged to cooperate with countries facing critical shortages of health workers and undertake to ensure that funds provided for disease-specific interventions are used to strengthen health systems capacity, including health personnel development.

10.3 Member States either on their own or via their engagement with national and regional organizations, donor organizations and other relevant bodies should be encouraged to provide technical assistance and financial support to developing countries or countries with economies in transition, aiming at strengthening health systems capacity, including health personnel development in those countries.

Eighth plenary meeting, 21 May 2010
A63/VR/8

= = =

BIBLIOGRAFIE

BUCHAN J. & DOVLO D. (2004) International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for DFID, London, DFID Health Systems Resource Centre, 45 pp.

CONNELL, J. (2001). The Migration of Skilled Health Personnel in the Pacific Region, Sydney, University of Sydney for the World Health Organization).

DAUE, F. & CRAINICH, D. (2008), Hoe gezond is de gezondheidssector in België, Itinera Institute, Brussel.

EUROPEAN COMMISSION (2001) The Free Movement of Workers in the Context of the Enlargement, Information note, 6 March, 43 pp.

EXPRESS MEDICAL & ZNA (2009) Persbericht: Oplossing voor tekort aan verpleegkundigen bij ZNA. Pilootproject van Express Medical om personeelstekort in gezondheidszorg op te vangen, Express Medical, Antwerpen.

FAINI, R. & VENTURINI A. (1994), Migration and Growth: The experience of Southern Europe ,Centro Studi Luca d'Angliano/Queen Elizabeth House Development Studies Working Papers no. 75, Turin/Oxford.

FEDERAAL PLANBUREAU (2000), Vergrijzing van de bevolkingen overheidsfinanciën: het federaal planbureau herinnert aan het belang van de extra demografische factoren, Short term Update 00-02,. Perscommuniqué 19 mei 2000.

FISHER P & STRAUBHAAR TH. (1996), Is Migration into the EU countries demand based? In Corry D., Economics and European Union Migration Policy, London, Institute for Public Policy Research.

GEETS, J. (2008), Medisch en verpleegkundig personeel met buitenlands diploma in België: een kwantitatieve en kwalitatieve verkenning, CEMIS, UA, Antwerpen,

HENNEMAN, J. (2010), "Verpleegsters op bestelling" in De Tijd, 9 januari 2010

ILO (2001), World Employment Report 2001, ILO, Genève.

JANSSENS, A. (2009), Een (personeels-)psychologisch perspectief op de instroom van immigranten in de gezondheidszorg. Beschrijving van de problematiek en exploratie van optimaliseringspraktijken, masterproef, KULeuven.

KHADRIA B. (1999), The Migration of Knowledge Workers: Second Generation Effects of India's Brain Drain, Sage, New Delhi – thousand Oaks – Londen.

MARTIN PH. & TAYLOR J. (1996), 'The anatomy of a migration hump'. in OECD, Development strategies, Employment and Migration: Insights from models, Paris.

OECD (2002), International Mobility of the Highly Skilled, OESO, Parijs.

OECD (2007), International Migration Outlook 2007, Paris, OECD.

OECD (2008), The looming crisis of the health workforce: How can OECD countries respond?

PACOLET, J. & MERCKX, S. (2006), Managed Migration and the Labour Market. The Health Sector. The Belgian case, Report prepared for the European Migration Network, 62 p.

PACOLET, J. (2010), Hoe lang zullen wij werken? Zeven jaren langer?Over vergrijzing en de arbeidsmarkt, HIVA, Leuven

POPULATION DIVISION, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, UNITED NATIONS (2000), Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations, ESA/P/WP.160 21 march 2000, United Nations.

ROBERFROID, D., STORDEUR, S. CAMBERLIN, C. VAN DE VOORDE, C., VRIJENS F. & LÉONARD, C. (2008), Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen, HSR, KCE, Brussel.

SAFUTA, A. & BAETEN, R. (2010), Belgium: a small country with permeable borders, OSE, Brussel

STALKER P. (2000), Workers without Frontiers. The Impact of Globalisation on International Migration, Lynne Riener/ILO, Boulder, Colorado/Londen.

STARK O. & WANG Y. (2001), Inducing Human Capital Formation: Migration as a Substitute for Subsidies, Institute for Advanced Studies, Vienna, Economics Series No. 100.

UNDP (2001), Human Development Report 2001 , Oxford University Press, New York / Oxford, 264 pp.

UNDP, Human Development Report 1992, Oxford University Press, Oxford, 1992, p 57 en 66.

VAN LAECKE, F. (2010), "Toelichting over het actieplan rond de werkgelegenheid in de zorgsector", presentatie op de Expertbijeenkomst Internationale Rekrutering, georganiseerd door Assist, 24 juni 2010, Sint-Niklaas.

WETS J., MEIREMAN K. & DE BRUYN T. (2004), Migrantengemeenschappen. Partners in het ontwikkelingsbeleid? Onderzoek naar de complementariteit van migrantentransfers en de officiële ontwikkelingssamenwerking, Onderzoek in opdracht van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR), HIVA, Leuven, 63 pp.

WETS J. (2001), "Hersenvlucht vanuit het Zuiden. Hoe ermee omgaan?" in Vervleit E. (Red.) Braindrain of braingain? Grijze cellen uit het Zuiden. Noordzuid Cahier jg 25 nr. 3, Brussel, Wereldwijd Mediahuis, pp. 55 – 65.

MIGRANTENGEMEENSCHAPPEN. Partners in het ontwikkelingsbeleid? Onderzoek naar de complementariteit van migrantentransfers en de officiële ontwikkelingssamenwerking, Onderzoek in opdracht van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR), HIVA, Leuven, 63 pp. WHO (2006), World Health Report 2006: Working Together for Health. Genève, World Health Organization.

WILSON D. & PURUSHOTHAMAN R. (2003), Global Economics Paper No. 99: "Dreaming with BRICs: The Path to 2050".

Koning Boudewijnstichting

Samen werken aan een betere samenleving

www.kbs-frb.be

De Koning Boudewijnstichting is een onafhankelijke en pluralistische stichting in dienst van de samenleving. We willen op een duurzame manier bijdragen tot meer rechtvaardigheid, democratie en respect voor diversiteit. De Stichting steunt jaarlijks zo'n 1.400 organisaties en individuen die zich engageren voor een betere samenleving. We focussen daarbij op deze thema's: armoede & sociale rechtvaardigheid, gezondheid, democratie in België, democratie in de Balkan, erfgoed, filantropie, migratie, ontwikkeling, leiderschap, lokaal engagement, partnerschap of uitzonderlijke ondersteuning. De Stichting werd opgericht in 1976 toen Koning Boudewijn 25 jaar koning was.

In 2011 werkt de Stichting met een startbudget van 30 miljoen euro. Dankzij de belangrijke jaarlijkse dotatie van de Nationale Loterij, de Fondsen van individuen, verenigingen en bedrijven, en dankzij de vele giften en legaten stijgt dat budget in de loop van het jaar. Zo sloot de Stichting haar rekeningen in 2010 af op 69.500.000€.

De Raad van Bestuur van de Koning Boudewijnstichting tekent de krachtlijnen uit en zorgt voor een transparant beleid. Voor de realisatie doet ze een beroep op een 60-tal medewerkers. De Stichting werkt vanuit Brussel en is actief op Belgisch, Europees en internationaal niveau. In België heeft de Stichting zowel lokale, regionale als federale projecten lopen.

Om onze doelstelling te realiseren, combineren we verschillende werkmethodes. We steunen projecten van derden of lanceren eigen acties, bieden een forum voor debat en reflectie, en stimuleren filantropie. De resultaten van onze projecten en acties worden verspreid via diverse mediakanalen. De Koning Boudewijnstichting werkt samen met overheden, verenigingen, ngo's, onderzoekscentra, bedrijven en andere stichtingen. We hebben een strategisch samenwerkingsverband met het European Policy Centre, een denktank in Brussel.

Meer info over onze projecten, evenementen en publicaties vindt u op www.kbs-frb.be.

Een e-news houdt u op de hoogte. Met vragen kunt u terecht op info@kbs-frb.be of 070-233 728

Koning Boudewijnstichting,
Brederodestraat 21, B-1000 Brussel
tel. 02-511 18 40, fax 02-511 52 21

Giften op onze rekening
IBAN: BE10 0000 0000 0404 –
BIC: BPOTBEB1
zijn fiscaal aftrekbaar vanaf 40 euro.