

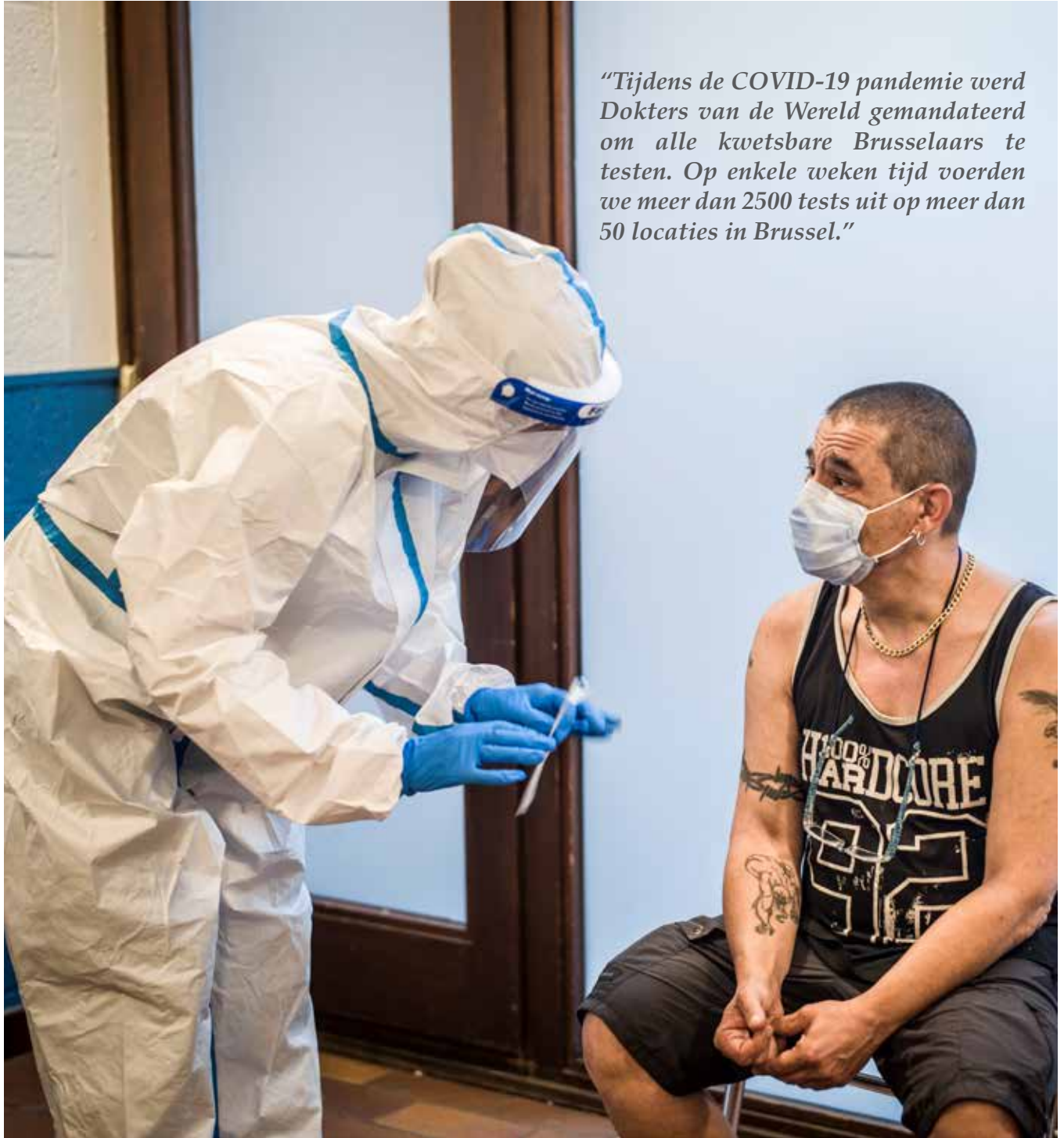
# WELKE RELANCE VOOR HET BELGISCHE GEZONDHEIDS- EN ZORGSYSTEEM NA COVID-19?



**WE LATEN NIEMAND ACHTER!**

## WELKE RELANCE VOOR HET BELGISCHE GEZONDHEIDS- EN ZORG-SYSTEEM NA COVID-19?

*“Misschien was het toch niet zo wijs om te besparen op gezondheidszorg”; “Misschien hebben we onvoldoende aandacht gehad voor het zorgpersoneel”; “9 ministers van volksgezondheid is veel te veel”.* Tot zover enkele politieke conclusies voor de gezondheidszorg na Covid-19.



*“Tijdens de COVID-19 pandemie werd Dokters van de Wereld gemandateerd om alle kwetsbare Brusselaars te testen. Op enkele weken tijd voerden we meer dan 2500 tests uit op meer dan 50 locaties in Brussel.”*

**De kernvraag is: gaan we post-Covid-19 back to business?**

Of grijpen we deze crisis aan om onze gezondheidszorg te herdenken? Eén ding is zeker: Covid-19 heeft een aantal pijnpunten bloot gelegd maar bracht ons ook tot nieuwe wegen die de moeite waard zijn om ook na Covid-19 te bewandelen.

## 1. DE COVID-19 PANDEMIE ZETTE DE SOCIALE ONGELIJKHEID OP VLAK VAN GEZONDHEID OP SCHERP

De coronapandemie heeft de gezondheid van een grote groep mensen onder druk gezet. Via diverse peilingen worden sinds het begin van de crisis een aantal indicatoren inzake gezondheid en welzijn bevestigd. Socio-economische detailgegevens worden daarbij vooralsnog niet of nauwelijks gerapporteerd.

De oversterfte tijdens de pandemie werd in Brussel verdrievoudigd in de week van 6/4/20 en ligt merkelijk hoger dan in Vlaanderen en Wallonië.

Wijst dit er op dat, zoals in de VS, bepaalde sociale groepen direct (via hogere besmettingsgraad of ernst) of indirect (collaterale effecten van de genomen maatregelen) meer worden getroffen door Covid-19?

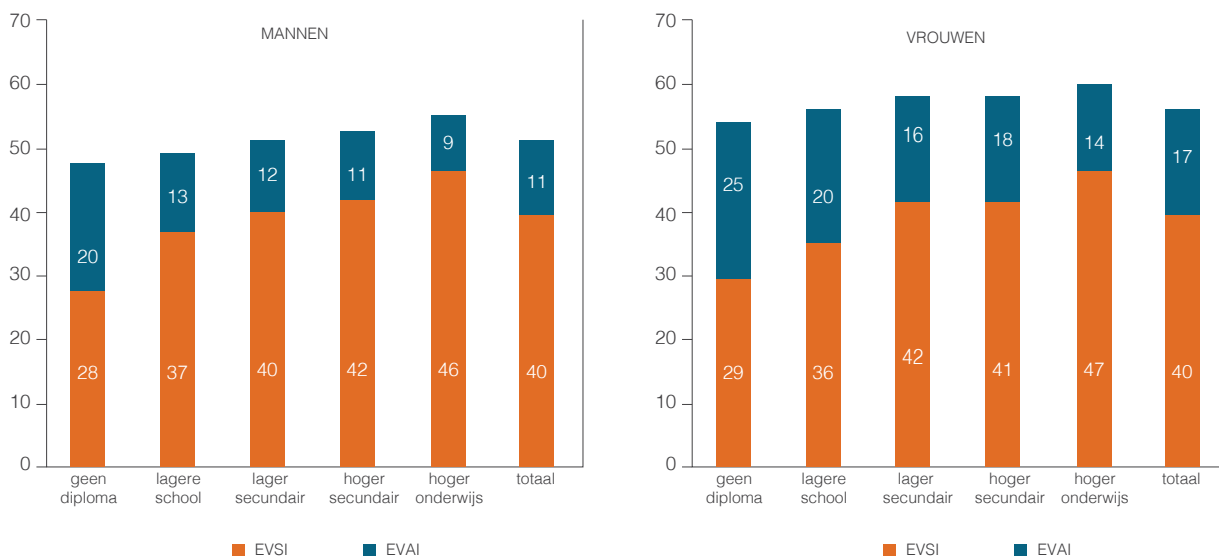
Dat er op vlak van gezondheid grote socio-economische ongelijkheden bestaan is niet nieuw:

### a. Levensverwachting

uit onderzoek blijkt dat wie laag opgeleid is, sneller sterft: *“Voor de levensverwachting op de leeftijd van 25, gebaseerd op de meest recente volkstelling (2011), zijn er absolute verschillen van 6,1 en 4,6 jaar waargenomen tussen het laagste en het hoogste opleidingsniveau, respectievelijk bij mannen en vrouwen. Voor de levensverwachting zonder beperkingen op de leeftijd van 25 is het absolute verschil nog hoger, namelijk 10,5 jaar voor mannen en 13,4 jaar voor vrouwen.”*

Tussen 2001 en 2011 werd een matige toename van de absolute verschillen in levensverwachting waargenomen

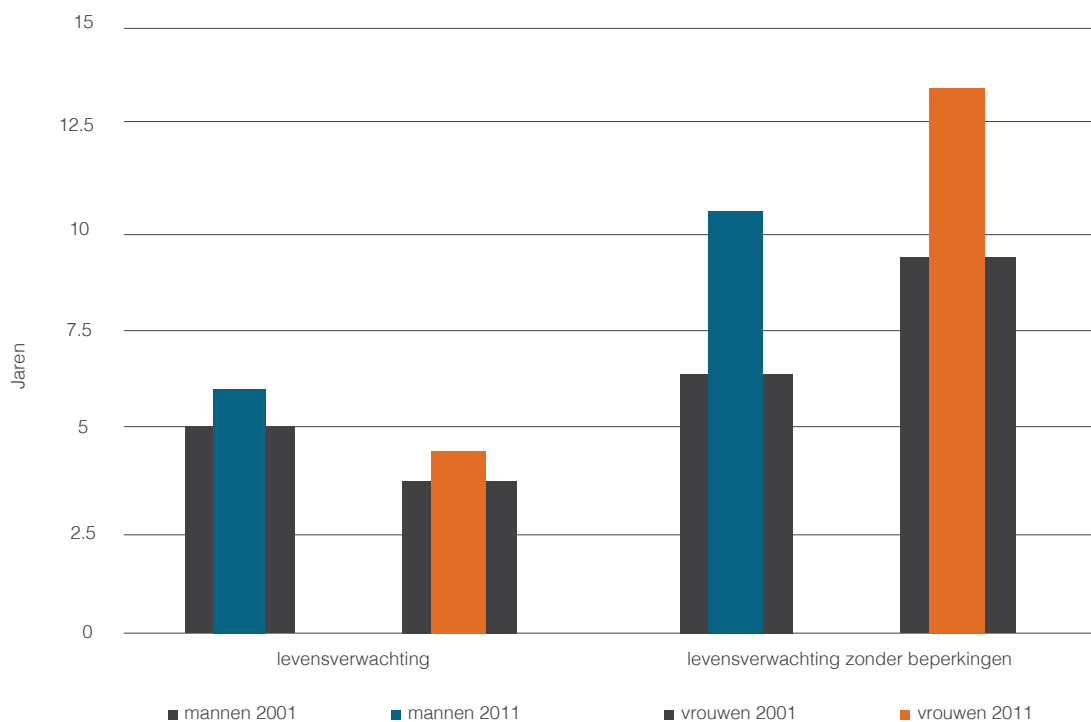
### Levensverwachting zonder beperkingen (LVZB) & met beperkingen (LVMB) per geslacht & opleidingsniveau



bron: Van Oyen (2011)

(respectievelijk + 17% en 22% bij mannen en vrouwen) en een grote toename van de absolute verschillen in de gezonde levensverwachting (+ 61% en 45% bij mannen en vrouwen). Onderstaande tabel geeft deze verschillen grafisch weer.

## Evolutie van de absolute verschillen tussen laagste en hoogste opleidingsniveaus voor levensverwachting en levensverwachting zonder beperkingen, volgens geslacht, België, 2001-2011



### b. Subjectieve gezondheid

Wie lager is opgeleid, ervaart een zwakkere gezondheid: *“Zeer grote ongelijkheden worden waargenomen voor subjectieve gezondheid (in 2013), met een prevalentie van mensen die hun gezondheid waarderen als minder dan goed, die bijna 3 keer zo hoog is bij de laagst versus hoogst opgeleide mensen, en met absolute ongelijkheden van 25 procentpunten.”*

Solidaris komt in een onderzoek van oktober 2019 over sociale ongelijkheden in gezondheid tot dezelfde conclusie & stelt dat deze de afgelopen decennia zelfs zijn toegenomen: *“Paradoxalement, les inégalités de santé entre les différents groupes sociaux se sont globalement renforcées ces dernières décennies.”* Même si l'état de santé et l'espérance de vie s'améliorent pour tout le monde.

In hoeverre de financiële crisis van 2008 een rol heeft gespeeld valt uit deze gegevens niet af te leiden. Of de Covid-19 pandemie zal leiden tot een toename van structurele ongelijkheden op het vlak van gezondheid en levensverwachting is niet uit te sluiten. **Mensen met laag opleidingsniveau of in een zwakke socio-economische positie hebben in elk geval een verhoogde kwetsbaarheid door de Covid-19 pandemie: onder meer door terugval van het inkomen, maar ook door een moeilijker toegang tot beschermings- en ondersteuningsmaatregelen, zoals het wegvallen van voedselhulp, onderbreking in de zorgondersteuning vanuit de scholen, slechtere woningen en een minder goede kennis en wantrouwen tegenover de preventie- en gezondheidsboodschappen vanuit de overheid.**

Precies deze groepen zullen vermoedelijk erg lang de gevolgen dragen van de economische gevolgen op de arbeidsmarkt voor kortgeschoolden.

Conclusie: de opvallende toename van sociale ongelijkheid inzake gezondheid van voor de pandemie ontsnapte tot nog toe grotendeels aan de politieke aandacht. De pandemie zet deze ongelijkheden op scherp & moet aangegrepen worden om dit aan te pakken:

**Les 1: het ontbreekt aan monitoringinstrumenten om kwetsbare groepen te identificeren en de specifieke gezondheidsimpact van gezondheidscrisissen te meten. Zo'n instrumenten zijn ook buiten gezondheidscrisissen noodzakelijk om preventie en zorg af te stemmen op specifieke noden. Mensen zonder toegang tot de ziekteverzekering moeten worden opgenomen in de statistieken over de sociale ongelijkheid, zodat ook voor hen een monitoring van de situatie mogelijk wordt.**

*Les 2: de al vele jaren gekende problematiek van sociale ongelijkheid inzake gezondheid moet hoog op de politieke agenda worden gezet onder vorm van een uitdrukkelijke ambitie om de trend om te keren binnen de komende vijf jaar en moet meegenomen worden in een veel nadrukkelijker beleid rond inkomensongelijkheden en kansarmoede . De Covid-19-pandemie versterkt het urgent karakter van zo'n politiek engagement.*

*“Dokters van de Wereld richtte tijdens de COVID-19 pandemie een Antwerpse ziekenboeg op voor verzwakte daklozen. De bewoners krijgen een eigen kamer en intensieve medische en psycho-sociale begeleiding.”*



## 2. HET RECHT OP GEZONDHEID

- De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens stelt in artikel 25: *“Een ieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil.”*
- Het internationaal verdrag inzake de economische, sociale en culturele rechten waarborgt in zijn artikel 12 eenieder om van de best mogelijke gezondheidstoestand te genieten, die hem in de mogelijkheid stelt menswaardig te leven.

Daklozen, mensen zonder papieren, asielzoekers: bepaalde groepen in onze samenleving zijn niet beschermd door deze waarborg. Hun recht op gezondheid is tijdens de coronacrisis scherper onder druk komen te staan. **Duizenden mensen bleken niet over de noodzakelijke bescherming en toegang tot hygiëne te beschikken om te kunnen voldoen aan de preventieve maatregelen in het kader van de pandemie, zoals het regelmatig wassen van de handen of toegang tot opvangplaatsen met de nodige physical distancing.**

Het aantal mensen zonder wettig verblijf in België wordt geschat op 100 à 160.000 mensen, waaronder ook families met kinderen, ouderen en mensen met chronische aandoeningen. Het ontbreekt hen aan waardige en realistische toekomstperspectieven en effectieve toegang tot essentiële grondrechten, zowel in België als in hun thuisland. Daardoor komen ze langdurig in een onhoudbare situatie terecht.

Het aantal daklozen in ons land wordt dan weer geschat op minstens 17.000. Ook zij kampen met een gebrek aan waardige leefomstandigheden, toekomstperspectieven en een gebrek aan toegang tot zorg of bescherming in tijden van crisis.

Het heeft heel wat tijd, druk en vrijwilligersinzet vanuit burger- en humanitaire organisaties gevergd om middelen te bekomen zodat de nodige veiligheid en bescherming kon worden geboden. **Er werd ook continu achter de feiten aangehouden, zoals Covid-19-uitbraken in kraakpanden en opvangcentra, waarvan de omvang pas achteraf kon worden vastgesteld door laattijdige toegang tot testen.**

De coronacrisis toont aan hoe belangrijk het is dat mensen sanitaire en hygiënische beschutting kunnen vinden, ongeacht in welke situatie ze zich bevinden. In Singapore flakkerde de pandemie bijvoorbeeld op door uitbraken in ongezonde en overbevolkte slaapzalen voor arbeidsmigranten.

Ook onzekere administratieve situaties vormen een belangrijke risicofactor. **Onderbrekingen, beperkingen en vertragingen in de asielprocedures veroorzaken periodes zonder bescherming en een toename van het aantal mensen zonder verblijfsdocumenten.** Uit angst voor politiecontroles blijven deze mensen zo veel mogelijk onzichtbaar, waardoor ze moeilijker bereikbaar zijn voor preventie en zorg, niet alleen wat Covid-19 betreft, maar ook voor alle andere risico's (zoals seksuele uitbuiting, geweld, mensensmokkel, stopzetting medische behandelingen zoals voor HIV, tuberculose, substitutiebehandelingen, ernstige psychologische schade...)

*Les 3: een uitbouw van permanente en het hele jaar door toegankelijke plaatsen in dag- als in nachtopvang waar toegang is tot medische en sociale hulp en waar zieken kunnen worden afgezonderd en verzorgd. In het bijzonder dient de huidige winteropvang te worden verbreed tot nacht- en dagopvang doorheen het hele jaar; is er nood aan meer plaatsen in 'ziekenboegen/medihaltes' en er dient te worden voorzien in een snel mobiliseerbare reservecapaciteit bij plotse noodsituaties (bvb. koude- of hittegolf, epidemie...)*

*Les 4: een eenzijdige inzet op terugkeer en verdere restricties op vlak van migratie en verblijfsprocedures vormen geen duurzame oplossing op de humanitaire situatie van mensen zonder wettig verblijf. Bepaalde vormen van regularisatie, veilige migratieroutes en een gegarandeerde toepassing van grondrechten moeten opnieuw bespreekbaar worden, en aanleiding geven tot concrete beleidsmaatregelen in de komende legislatuur.*

### 3. UNIVERSELE DEKKING VAN DE GEZONDHEIDSZORG

In 2017 was 98,7 % van de bevolking via een publiek systeem gedekt voor essentiële gezondheidszorg. **Dat is het laagste percentage voor de West-Europese landen waarvan de meeste een 100% dekking hebben.** Er zijn twee groepen te onderscheiden.

Eenzijds een groep van ongeveer 100.000 mensen die wel zijn aangesloten bij een ziekenfonds, maar om één of andere reden niet in orde zijn met de verzekeringsvoorwaarden (bijvoorbeeld onvoldoende bijdragebetaling). Hierdoor hebben zij geen aanspraak op terugbetaling. Dat lijkt op het eerste zicht normaal vanuit een verzekeringsconcept (je betaalt om je te beschermen tegen een toekomstig risico), maar vanuit een sociaal en volksgezondheidsperspectief kan dit helemaal anders bekeken worden. **Het is immers in het belang van het individu en van de samenleving dat men op ieder moment toegang heeft tot zorg. Covid-19 is een perfecte illustratie van dat belang.** Vanzelfsprekend moet iedere burger aan zijn bijdrageplicht voldoen. Er zijn evenwel andere methodes dan het ontzeggen van terugbetaling om die plicht te handhaven. Want ontzeggen van terugbetaling leidt er toe dat zorgvragers zorg zoveel mogelijk uitstellen en afstellen en dat zorgverleners de zorgvragers proberen te vermijden of afremmen (bijvoorbeeld door voorschotten te vragen of consultaties te weigeren).

Anderzijds is er een groep die geen aanspraak kan maken op de ziekteverzekering omdat zij niet beschikken over de nodige papieren: personen in illegaal verblijf, daklozen zonder domicilie of vluchtelingen in procedure die niet in een opvangcentrum verblijven.

Voor deze groep van mensen geldt de bijstandsregeling vanwege het OCMW, op grond van art 57&2 van de OCMW-wet.

Voor mensen zonder papieren is het stelsel van de **dringende medische hulpverlening** van toepassing, waarbij de federale overheid de kosten ten laste neemt voor mensen waarvan het bevoegd OCMW (van de gemeente waar de persoon in kwestie verblijft) de behoefte heeft vastgesteld. Hoe groot deze groep is, weten we niet juist, maar de inschatting is dat het hier gaat om tenminste 100.000 mensen. Het aantal mensen dat beroep doet op de dringende medische hulp ligt heel wat lager: **volgens het KCE (in zijn rapport nr 257 van 2015) doet tussen 10 en 20% van de mensen in onwettig verblijf tenminste één keer per jaar beroep op tussenkomst voor een contact met zorgverlening. Voor de algemene bevolking is dat percentage 90%.**

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen OCMW's in de praktische toepassing en op het vlak van het aantal weigeringen. Het groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg van Riziv en Dokters van de wereld van 2014 en het KCE rapport documenteren wat er fout loopt in de praktijk, en in het aansluitend Witboek pleiten Riziv en Dokters van de wereld voor een tijdelijke ambtshalve inschrijving bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vanaf de aanvraag en zolang de persoon in kwestie behoeftig is. Het rapport KCE bevat een aantal aanbevelingen die in dezelfde richting gaan, wel met behoud van het specifieke bijstandsstelsel, maar administratief veel eenvoudiger en veel meer gestandaardiseerd.

Behalve het stelsel van de dringende medische hulpverlening voor mensen zonder papieren, bestaan er ook afzonderlijke stelsels van toegang tot zorg voor mensen in asielprocedure in voorzieningen van Fedasil, voor mensen in lokale opvanginitiatieven, voor mensen die beroep doen op het OCMW, voor gevangenen en geïnterneerden. Het KCE heeft overigens ook beleidsrapporten gepubliceerd met betrekking tot de toegang tot zorg voor gedetineerden (rapport 293, 2017) en voor asielzoekers (rapport 319, 2019)

**De belangrijke boodschap vanuit de Covid-19 pandemie is dat een samenleving een gezondheidsrisico loopt indien mensen niet onverkort beroep kunnen doen op zorgverlening.** Artikel 12 van het Internationaal verdrag met betrekking tot de economische, sociale en culturele rechten (1966) erkent trouwens het recht van iedere persoon om de best mogelijke fysieke en geestelijke gezondheidstoestand te bereiken en bevat de verplichting van de verdragsstaten om onder meer aan iedereen medische diensten en hulp te bieden in geval van ziekte en om onder meer epidemische ziekten te voorkomen en te behandelen.

België heeft zich ook in het kader van doelstelling 3 voor een duurzame ontwikkeling verbonden tot universele gezondheidsbescherming. Vanuit de Belgische ontwikkelingssamenwerking wordt ook sterk ingezet op effectieve mechanismen van universele dekking. Het zou coherent zijn om ook in eigen land een volledige universaliteit tot stand te brengen.

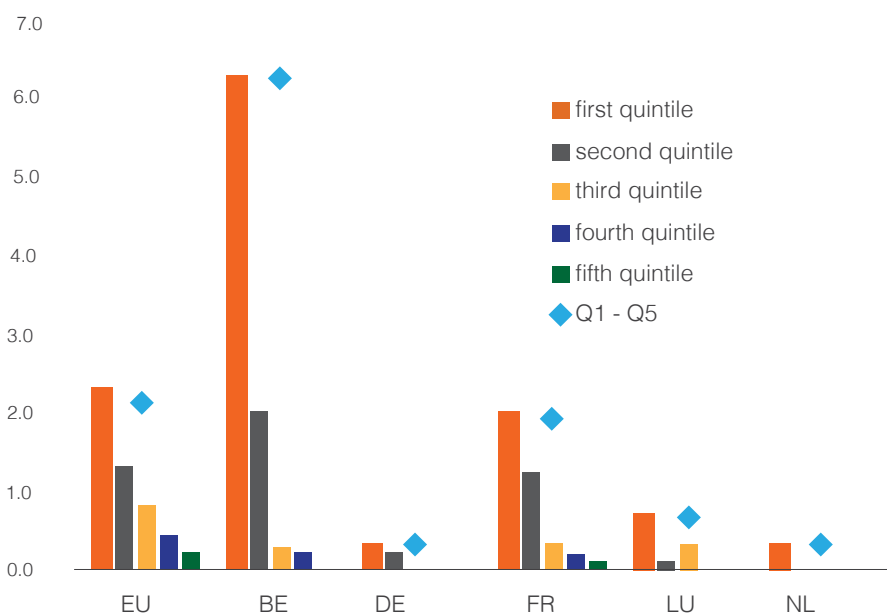
**Les 5: het is vanuit ieders belang dat de toegang tot zorg wordt gewaarborgd aan alle mensen op het Belgische grondgebied. Dat is nu niet het geval. Daarom moeten we de huidige drempels die de toegang tot zorg verhinderen wegwerken. Dit moeten we doen door:**

- a. het ontkoppelen van de inning van de verzekeringsbijdrage en het verlenen van het recht op terugbetaling in de verplichte ziekteverzekering.
- b. het integreren van mensen zonder wettig verblijf als rechthebbenden in de ziekteverzekering OF het aanzienlijk vereenvoudigen van de regeling voor de dringende medische hulpverlening.
- c. uitvoering van de beleidsaanbevelingen van het KCE inzake de zorg aan gedetineerden en aan asielzoekers.

#### 4. EFFECTIEVE TOEGANG TOT ZORG

Er is specifiek in België een ernstig probleem van sociale ongelijkheid op vlak van effectieve toegang tot zorg, die afgelopen jaren bovendien is toegenomen (in tegenstelling tot de ons omringende landen waar de kloof net afneemt of gelijk blijft). Onderstaande grafiek werd opgenomen in het landenrapport 2020 voor België van de Europese Commissie in het kader van het Europees semester.

Self-reported unmet needs for medical examination by main reason declared (“too expensive”) and income quintile (2018 date, % quintile population, inter-quintile differences (Q1-Q5))



source: European Commission calculation based on EU-SILC data

#### Ze becijfert ‘unmet needs’ voor medische zorg omwille van de te hoge kostprijs:

Deze socio-economische impact op ‘unmet needs’ verschilt sterk per de regio. Globaal gezien rapporteert één op de vijf Belgen één of andere vorm van zorg te hebben moeten uit- of afstellen. In Brussel loopt het zorguitstel op tot 40% bij de gezinnen met de laagste inkomens. **De sociale correctiemechanismen in de ziekteverzekering (voorkeurregeling, maximumfactuur, supplementenverbod op tweepersoonskamers, derdebetalersregeling...) beletten niet dat heel wat mensen om financiële redenen zorg vermijden.** Wat precies de achterliggende redenen voor dit specifiek Belgisch fenomeen is nog in onderzoek. We weten wel dat het aandeel ‘out of pockets’ (dus kosten die gezinnen uit het gezinsbudget moeten financieren zonder terugbetaling uit publieke of private verzekering) vrij hoog ligt, namelijk op 17%. Mensen moeten ook nog frequent geld voorschieten met pas nadien terugbetaling.

Dit hangt onmiskenbaar samen met het nog grote belang van de betaling per prestatie. Er zijn sterke indicaties dat de combinatie van potentieel hoge eigen kosten in geval van ziekte en beperkte marges in het gezinsinkomen voor onverwachte kosten een belangrijke rol spelen. **Belangrijk is ook dat het niet uitsluitend gaat om gezinnen in armoede, maar om een veel bredere groep.**

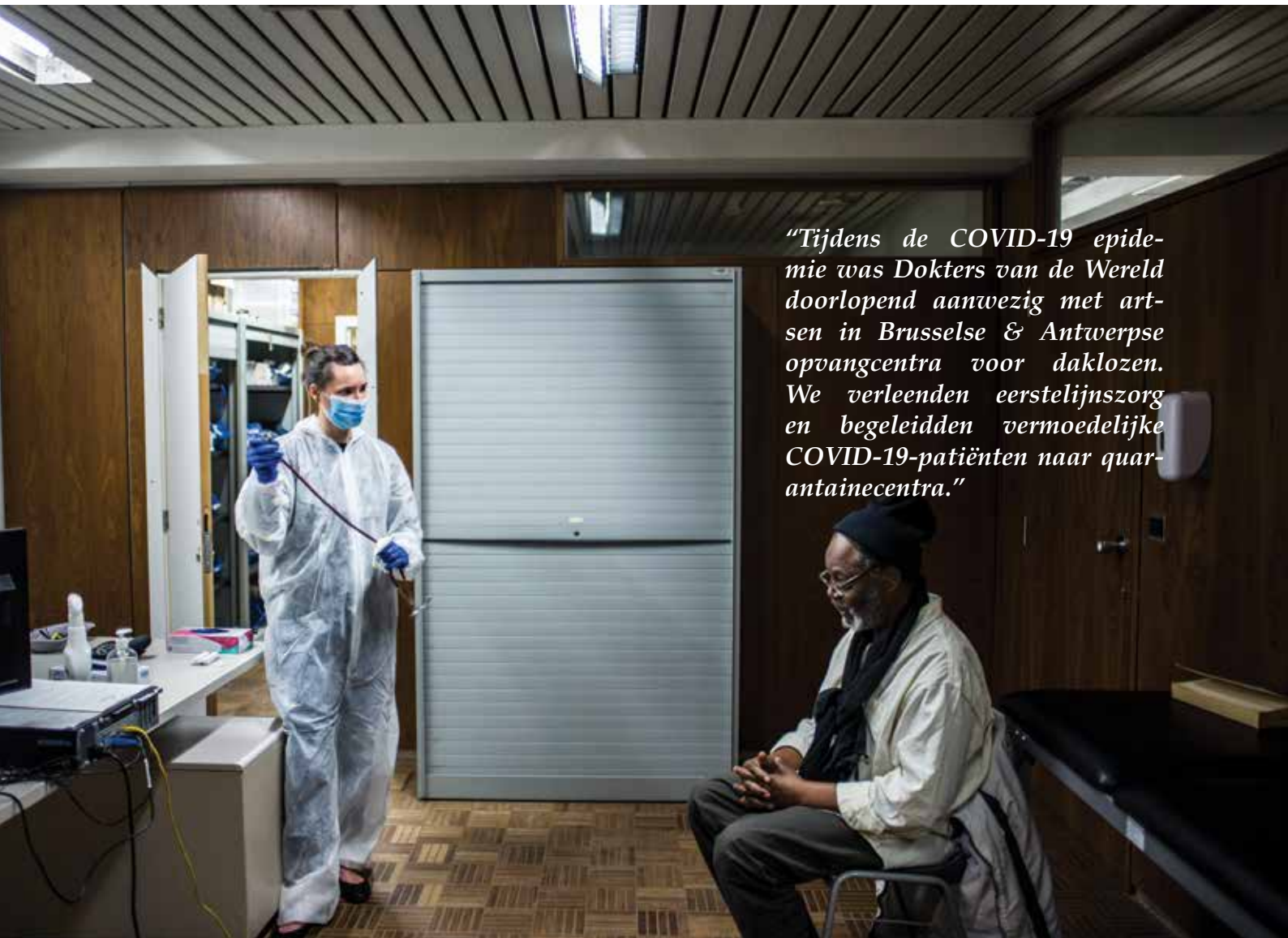


Bovendien is er minder tariefzekerheid die de ziekteverzekering geacht wordt te bieden: er is een **toename van het aantal zorgverstrekkers dat niet toetreedt tot de tariefovereenkomsten** en er worden meer en meer kosten aangerekend buiten afspraken om. Op die manier worden mensen extra financieel belast op het moment dat ze ziek zijn.

De aanvullende verzekeringen, onder vorm van tweede en derde pijler dekkingen, sluiten de mensen met de grootste risico's uit, terwijl ze tegelijkertijd aanzetten om extra's aan te rekenen. Op die manier wordt het universeel karakter van de gezondheidszorg verder uitgehold.

Voor de specifieke Covid-19 zorg zijn een aantal nuttige maatregelen genomen (zoals verbod op ereloonsupplementen in geval van opname voor Covid-19, volledige terugbetaling van een aantal nieuwe verstrekkingen zoals teleconsultatie, aanmoediging van derdebetalersregeling...). **Dat is niet het geval voor de reguliere zorg. Zo is de toegang tot psychologische raadplegingen terecht verruimd geworden tot kinderen en senioren. Maar de remgelden blijven van toepassing.** Gecombineerd met de weerslag van de economische crisis op de lagere gezinsinkomens riskeert dit tot nog grotere ongelijkheid in de feitelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg te leiden.

*Les 6: het is essentieel dat politieke prioriteit wordt gegeven aan het terugdringen en omkeren van de grote en groeiende kloof in effectieve toegang tot zorg. We volgen hierbij bovendien de omgekeerde trend in vergelijking met rondom liggende landen. Het dichten van deze kloof moet aangepakt worden door in te grijpen op de factoren die mensen zorg doen uit- of afstellen: contante betaling, toeslagen, remgelden, gebrek aan transparantie en voorspelbaarheid van kosten, mee in de hand gewerkt door het nog grote aandeel van de betaling per prestatie en de ruimte die wordt gegeven aan tweede en derde pijler verzekeringen waar veel mensen geen toegang tot hebben. Remgelden voor eerstelijnszorg moeten volledig verdwijnen; eerstelijnszorg moet immers direct toegankelijk zijn, zonder drempels. Naast maatregelen inzake het wegwerken van financiële drempels, moeten ook andere factoren worden aangepakt, zoals sociale en culturele drempels, via het versterken van gezondheidsvaardigheden en empowerment, bijvoorbeeld door gezondheids promotie en preventie ondersteunende functies zoals interculturele bemiddeling en ervaringsdeskundigen, en door vorming van zorgpersoneel omtrent kwetsbaarheden bij mensen die worden uitgesloten van zorg.*



*“Tijdens de COVID-19 epidemie was Dokters van de Wereld doorlopend aanwezig met artsen in Brusselse & Antwerpse opvangcentra voor daklozen. We verleenden eerstelijnszorg en begeleidden vermoedelijke COVID-19-patiënten naar quarantainecentra.”*

## 5. VOLKSGEZONDHEID

De coronapandemie heeft de cruciale rol van volksgezondheid (public health) aangetoond in de aanpak van een acuut pandemisch risico waarbij vele levensjaren verloren dreigen te gaan en een enorme druk – fysiek, psychisch, moreel, economisch - wordt gezet op de hele bevolking.

Het medische zorgsysteem werd op zeer korte tijd en ingrijpend omgeschakeld: stilleggen van de niet urgente zorg of omschakeling naar tele-consulten, telefonische intake bij huisartsen, triage van Covid-19 en niet Covid-19 patiënten, opschalen van reservecapaciteit in ziekenhuizen, training van veiligheidsprocedures en omscholing en taakaanpassing naar 'Covid-19-zorg', aanpassing van het ziekentransport, nationale monitoring. Op een week tijd werd dus een compleet nieuw medisch zorgpad over het hele land uitgerold, mede dankzij de aanwezigheid van medische noodplannen en van epidemiologische expertise in de ziekenhuizen.

Tegelijk werden zowat alle beleidsdomeinen betrokken in de nationale strategie om de pandemie in te dijken: een de facto 'health in all policy'! Het aantal taskforces en managementgroepen (RAG, RMG, GEES, ERMG, ...) nam toe en de complexiteit van de staatsinrichting bemoeilijkt een efficiënt gecoördineerde uitvoering.

Er moeten lessen getrokken worden uit de manier waarop deze aansturing vanuit public health concreet vorm heeft gekregen. Bijvoorbeeld het definiëren van prioriteiten: de vrijwaring van de medische zorg in ziekenhuizen werd meteen vooropgesteld als de centrale doelstelling ('geen Italiaanse toestanden'; iedereen met ernstige Covid-19 moet de beste ziekenhuiszorg kunnen krijgen). Op grond daarvan werden algemene maatregelen genomen, de lockdown, handen wassen, afstand houden, ... . Het heeft veel tijd gevegd om andere prioriteiten in de balans te krijgen, en met name specifieke gezondheidsrisico's ingevolge de maatregelen –zoals het stilleggen van 'niet-urgente' maar voor het behoud van de levenskwaliteit wel essentiële zorg, toename van huishoudelijk geweld, toename van psychisch onwelzijn, het besmettingsrisico in collectieve voorzieningen...). Daarnaast werd onvoldoende aandacht besteed aan kwetsbare groepen, waaronder ook de mensen in de rushuizen, met alle gevolgen (en mortaliteit) van dien.

**In vergelijking met de ambitie om aan iedere ernstig zieke Covid-19 patiënt de beste zorg te kunnen bieden, was het veel minder duidelijk hoe aan iedere mens in zorgnood de nodige zorg kon blijven worden gegeven.**

Dat doet evenwel niets af van het belang dat aan volksgezondheid moet worden gegeven om te verzekeren dat een samenleving over de nodige veerkracht beschikt om met gezondheidsbedreigingen om te gaan. In het geval van Covid-19 – een acute bedreiging – is dat zeer duidelijk. Maar dit geldt evenzeer voor bedreigingen die veel minder acuut zijn. Bijvoorbeeld de bedreiging van onvoldoende zorgcapaciteit naarmate het aantal mensen met multimorbiditeit zal toenemen in de komende twee decennia.

**Gezondheid is niet louter een zaak van professionele gezondheidszorg. Gezondheid en welzijn hangen nauw samen. Dat is in de corona crisis zeer duidelijk gebleken. Gezondheid en welzijn zijn in belangrijke mate het product van sociale cohesie. Samenwerking tussen welzijns- en gezondheidszorg en een geïntegreerde aanpak van gezondheid is cruciaal. 'Volksgezondheid' moet dus ook een brede invulling krijgen waarin gezondheid en welzijn een geheel vormen waarop het zorgsysteem wordt afgestemd.**

De uitdagingen zullen niet spontaan worden opgelost in en door het zorgsysteem en dat geldt evenzeer voor de huidige problemen rond het recht op gezondheid en toegang tot zorg die hierboven werden besproken. Hiervoor zijn beleidskeuzes op basis van heldere doelstellingen nodig op federaal, regionaal en lokaal niveau. De keuzes moeten voortkomen uit een goed geïnformeerd en breed democratisch debat en rekening houden met de specifieke noden en contexten van mensen en gemeenschappen. Burgers moeten dan ook nauw worden betrokken in het maatschappelijk debat. **De corona crisis heeft aangetoond hoe belangrijk het draagvlak is bij de bevolking. Het ontbreken van een georganiseerd maatschappelijk debat bij het bepalen van de exitstrategie heeft dat draagvlak geen dienst bewezen.**

*Les 7: ons land moet kunnen beschikken over een noodplanning waarin geanticipeerd wordt op specifieke gezondheids- en welzijnsrisico's door de noodsituatie zelf en door de maatregelen die moeten worden genomen om de noodsituatie te managen. In het wetenschappelijk onderzoek over de Covid-19 pandemie moet er nadrukkelijk aandacht gaan naar de impact van de maatregelen op mensen met kwetsbaarheid door chronische aandoeningen, hoge leeftijd, beperkingen of welzijnsproblemen . Daarnaast is er nood aan een planning op korte en (middel)lange termijn die adequate beslissingen op het vlak van volksgezondheid mogelijk maken.*

*Les 8: de basis van ons zorgsysteem moet uitgebouwd worden in de lokale leefgemeenschap van buurten en wijken, gericht zijn op de bevordering van welzijn en gezondheid en versterking van sociale samenhang, afgestemd zijn op de plaatselijke noden en behoeften met nauwe betrokkenheid van de bevolking .*

## 6. OUTREACHENDE ZORG

Door het stilvallen van consultaties, werd op vele plaatsen in de zorg proactief via telefoon contact genomen met mensen in mogelijke risicosituatie. Het is een mooi voorbeeld van outreachende zorg, waarbij zorg naar mensen toe wordt gebracht, wanneer de drempel om zelf zorg op te zoeken te groot is. **Outreachende zorg is standaard praktijk bij organisaties zoals Dokters van de wereld. Straatrondes in buurten waar daklozen op straat leven, inloopcentra (bijvoorbeeld de humanitaire hub in de Noordwijk) en zorgbussen zijn enkele voorbeelden van contactpunten waar mensen even op adem en verhaal kunnen komen en waar mensen weten dat ze onvoorwaardelijk geholpen zullen worden.** We spreken in dat verband van de 0,5 functie: de schakelfunctie tussen mensen die hun weg niet vinden naar de reguliere zorg en het reguliere zorgsysteem. Tijdens de Covid-19-pandemie is gebleken hoe belangrijk zo'n schakel is: door de lockdown kwamen heel wat dak- en thuislozen in preciaire omstandigheden terecht (bijvoorbeeld in kraakpanden) met verhoogd risico op besmetting en overdracht. Door nauwe samenwerking tussen sociale en medische ngo's, burgerinitiatieven en eerstelijnszorg kon worden ingezet op gezondheids promotie, quarantaine, medische begeleiding van besmette personen, actieve testing en opvolging.

### Niet enkel voor daklozen

Outreachen is niet alleen nodig voor doelgroepen zoals daklozen: **hoogbejaarden die alleen thuis wonen zonder veel sociale contacten, chronisch psychiatrisch zieken die niet in een instelling verblijven en al dan niet in combinatie met verslavingsproblemen, gezinnen in armoede die moeten besparen op gezondheidszorg...** Het is ontzettend belangrijk dat signalen die bijvoorbeeld een buurtwerker waarneemt, worden opgepikt door de eerstelijnszorg.

*Les 9: outreachende zorg – op zoek naar mensen die zich niet aanmelden bij de zorg – moet een standaard component zijn van eerstelijnszorg, als onderdeel van inclusieve buurtzorg. Het huidige organisatie- en financieringsmodel van de eerste lijn maakt outreachen quasi onmogelijk. Laagdrempelige zorgtoegang – op het snijvlak van welzijns- en gezondheidszorg – is cruciaal. Belangrijke componenten zijn straatrondes, mobiele zorg (medibus), ter beschikking stellen van beschermingsmiddelen, inlooppunten, veeltalige communicatie.*

## 7. GEÏNTEGREERDE ZORG

Tijdens de Covid-19-crisis zijn diverse vormen van persoonsgerichte, geïntegreerde zorg vrij snel tot stand gekomen. Geïntegreerde zorg wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie omschreven als gezondheidszorg die zo wordt georganiseerd dat mensen een continuüm ontvangen van gezondheids promotie, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziektemanagement, herstel en palliatieve zorg, ongeacht het niveau en plaats in het zorgsysteem, en dat in overeenstemming met de noden, doorheen het hele leven en in voortdurende dialoog met de patiënten. Binnen het globale kader voor de zorgorganisatie vooropgesteld door FOD Volksgezondheid, hebben huisartsen en andere eerstelijnsactoren en ziekenhuizen zich snel loco-regionaal georganiseerd rond telefonische eerste opvang, triage, testen en schakelzorg na ontslag uit het ziekenhuis. Iedereen werkte dus volgens hetzelfde zorgplan. Voor velen was dit een behoorlijk nieuwe en positieve ervaring. Naderhand bleek bijvoorbeeld ook het belang van het outreachen van de ziekenhuishygiënist naar de woonzorgcentra. Covid-19 blijkt ook een goede realitytest te zijn voor de meerwaarde van ziekenhuisnetwerken qua samenwerking tussen de ziekenhuizen en voor het potentieel van de eerstelijnszones in Vlaanderen (met daarin ook de belangrijke rol van het lokale beleid en de welzijnssector). Het is evenwel ook duidelijk dat de structurele afstemming eerstelijns/tweedelijns cruciaal is, hetgeen momenteel nog ontbreekt in zowel de ziekenhuisnetwerken als in de Vlaamse eerstelijnszones.

Net zo goed zijn ook een aantal manco's extra in de verf gezet tijdens de Covid-19-crisis, met in het bijzonder het ontbreken van een performant en geïntegreerd systeem van gegevensdeling en van kanalen om burgers en patiënten te betrekken bij de zorgorganisatie. En natuurlijk kwam ook het hele institutionele probleem van de zeer complexe bevoegdheidsverdeling sterk in de picture.

*Les 10: Covid-19 illustreert het belang van geïntegreerde zorg. België moet meer dan één versnelling extra schakelen om de principes die de WGO vooropstelt in praktijk om te zetten. Decentralisering van de praktische organisatie van de zorg, binnen een eenduidig, homogeen doelstellingenkader en een maximaal solidaire financiering moet er voor zorgen dat de bevolking de zorg ontvangt op maat van haar noden. De homogeniteit van beleid moet waarborgen dat de zorg voor het welzijn, de gezondheidspromotie, de preventie, de eerstelijnszorg, de geestelijke gezondheid, de ouderenzorg en de gespecialiseerde zorg voor de burger een vloeiend geheel vormt waarin geen gaten zitten en geen contradicties. De opleiding van zorgprofessionals moet veel meer worden gericht op transdisciplinariteit en samenwerking maar ook op nieuwe competenties en functies (zoals casemanagement, psychosociale begeleiding, bemiddeling, educator...).*

*Les 11: homogeniteit van beleid moet ook gelden voor de manier waarop zorg gefinancierd wordt die nu veel te gefragmenteerd is (betaling per prestatie, DRG budgetten, persoonsgebonden budgetten, instellingsfinanciering, ...) en goede zorg niet zelden in de weg staat. Een zevende staatshervorming moet er één zijn die de zorg uit de hel van de versnippering naar de zevende hemel brengt. Een grondig en breed maatschappelijk debat over hoe we onze zorg (in brede zin) willen vormgeven moet zeker voorafgaan aan het sluiten van politieke afspraken.*

## 8. ZORG VOOR PERSONEEL, MANTELZORGERS EN VRIJWILLIGERS

Van bij het begin van de corona crisis ontstond spontaan een golf van solidariteit bij de bevolking. Dit is helemaal geen nieuw gegeven: ook buiten Covid-19 tijden is er een enorme inzet van niet betaald werk door mantelzorgers en vrijwilligers. De opgelegde stopzetting van vrijwilligerswerk en opvang van kleinkinderen was voor heel veel ouderen een zeer zware dobber. Tegelijk was er een massale aanmelding van nieuwe vrijwilligers. Deze inzet is te weinig gekend en te weinig geapprecieerd. Covid-19 heeft heel duidelijk gemaakt hoe onmisbaar de zorg is en hopelijk wordt de les onthouden dat gezondheidszorg niet mag worden beschouwd als een kost voor de samenleving (waar men dus mag op besparen), maar juist een heel essentiële sociale en economische activiteit is. En hopelijk onthoudt men hoe veel zorg er ook wordt geleverd waarvoor de samenleving niet of beperkt betaalt. Zonder mantelzorg en zonder vrijwilligerswerk zouden heel veel mensen uit de boot vallen. De signalen van overbelasting bij het zorgpersoneel bestaan al lang. Teveel medewerkers vallen uit door burnout of stressgerelateerde gezondheidsproblemen, met daarin twee belangrijke elementen: te weinig tijd om op een humane manier aandacht te kunnen besteden aan mensen in nood en te veel tijd aan activiteiten die geen toegevoegde waarde leveren (bvb. administratielast, maar ook zorgtijd voor onnodige zorgactiviteiten omwille van prestatiedruk). Elke dag ervaart de helft van het zorgpersoneel niet de zorg te hebben kunnen bieden die de mensen nodig hebben (uit een ACV enquête 2017).



*“Zorgbus aan de NaamsePoort in Brussel. De werking en het aantal locaties van de Medibus van Dokters van de Wereld werd tijdens de COVID-19 epidemie sterk uitgebreid.”*

*Les 12: Het is noodzakelijk en economisch verantwoord om de middelen die in zorg worden geïnvesteerd te laten groeien. De zorgsector moet als een volwaardige economische sector worden behandeld die welzijn en welvaart creëert. Dit komt niet tot uiting in de economische parameters en in de verloning. Zorg is in belangrijke mate niet automatiseerbaar mensenwerk en kan dus niet eenzelfde productiviteitsgroei kennen als de productiesectoren. Er moet daarnaast worden ingezet op meer efficiëntie, niet om te besparen maar om in te zetten op leemten (preventie, toegankelijkheid, geestelijke gezondheid), onder meer door een versterking van de eerstelijnszorg.*

## 9. PLAATS VAN DE MENS EN GEMEENSCHAP

Gezondheid ontstaat in belangrijke mate – en meer nog dan door medische zorg – door sociale interactie en samenhang. Zorgsystemen die actief beroep doen op gemeenschappen, hen betrekken en consulteren, hebben betere gezondheidsuitkomsten. Want op die manier wordt veel beter ingespeeld op waar mensen echt nood aan hebben zonder medicalisering van in essentie sociale problematieken. Dit wordt dikwijls omschreven als empowerment, van individuele zorgvragers en van lokale gemeenschappen. Bij de aanpak van de Covid-19 crisis is dit aspect helemaal uit het oog verloren. Maatregelen werden opgelegd met weinig transparantie over de achterliggende afwegingen. Er werd ongetwijfeld rekening gehouden met de grootschalige surveys bij de bevolking, maar die bereiken uiteraard vooral de digitaal geletterden. Kinderen en hun gezinnen zijn bijvoorbeeld heel lang buiten beeld gebleven. Onvoldoende betrokkenheid leidt tot afbrokkelend draagvlak en tot competitie tussen verschillende belangdragers. De afwezigheid van burgerparticipatie in de aanpak van de Covid-19-crisis is het uitvloeisel van de zwakke positie van burgers in ons land bij het bepalen van gezondheidsbeleid en in bredere zin met het nog ontbreken van een echte ‘patient centeredness’ in de zorg. Nochtans bestaan er al heel wat inzichten en goede voorbeelden hoe patiëntparticipatie en burgerinspraak een volwaardige plaats kunnen krijgen in gezondheidsbeleid en in zorg (zie bijvoorbeeld Koning Boudewijnstichting; patiëntenplatformen).

*Les 13: gezondheidsbeleid moet op een breed maatschappelijk draagvlak kunnen steunen voor de keuzes en prioriteiten die worden gemaakt voor hoe we voor onszelf en voor mekaar zorgen. Hiervoor moeten mensen –, als patiënt, als gebruiker van zorg, als rechthebbende – en gemeenschappen veel nadrukkelijker gehoord en betrokken worden op alle niveaus van het gezondheids- en zorgsysteem.*

## 10. VOLKSGEZONDHEID PRIMEERT OP MARKTBELANG

Covid-19 is door zijn pandemische impact een medische noodsituatie waar het belang van een wereldwijde toegang tot vaccinatie zeer evident is en waar ook zeer moeilijk zou worden aanvaard dat werkzame geneesmiddelen omwille van hoge prijzen niet toegankelijk zouden zijn voor een groot deel van de getroffen wereldbevolking. Dat is des te meer het geval omdat omvangrijke publieke fondsen vrijgemaakt worden voor onderzoek en ontwikkeling, waarvan een belangrijk deel rechtstreeks aan bedrijven of via publiek-private samenwerkingen. **Het werd snel duidelijk dat het huidige businessmodel van geneesmiddelenontwikkeling daar geen adequaat antwoord kon op bieden. Het model steunt op het verwerven van intellectuele eigendom op ontdekkingen via patentbescherming, waardoor farmaceutische bedrijven gedurende een aantal jaren een monopolie verwerven en hoge prijzen kunnen vragen, in die mate dat heel wat nieuwe en doeltreffende behandelingen onbetaalbaar zijn in vele landen en dat zelfs in de rijkste landen de ziekteverzekeringen onder druk komen te staan.**

Toen bij het begin van de coronacrisis de Amerikaanse FDA (Food and Drug Administration) firma Gilead een erkenning verleende als weesgeneesmiddel aan Remdesivir voor de behandeling van Covid-19 waardoor een langere monopoliepositie wordt bekomen, ging een storm van protest op en trok Gilead zijn aanvraag in.

Samen met Testaankoop en Kom op tegen Kanker heeft Dokters van de wereld in 2018 een aantal knelpunten rond geneesmiddelenontwikkeling samen met beleidsaanbevelingen voorgesteld in het parlement. Onder andere werd gepleit voor ‘dwanglicenties’, een systeem waarbij overheden vanuit volksgezondheidsbelang bedrijven kunnen dwingen om tegen een redelijke vergoeding hun licentie vrij te geven voor concurrerende bedrijven zodat de prijzen fors kunnen dalen. Een andere aanbeveling was het voorzien van clausules bij publieke financiering omtrent het toegankelijk maken van het geneesmiddel voor de hele bevolking. **Omwille van Covid-19 hebben verschillende landen, zoals Duitsland en Canada, hun wetgeving aangepast om patentrechten in te perken en heeft Israël een dwanglicentie toegepast op een antiviraal middel.** De Wereldgezondheidsorganisatie herinnert aan het principe in het TRIPS handelsverdrag dat volksgezondheid in bepaalde omstandigheden voorrang heeft op intellectuele eigendomsrechten. Een aantal farmaceutische bedrijven geven aan dat zij hun vaccins tegen Covid-19 tegen kostprijs zullen ter beschikking stellen. Het bedrijf Abbvie heeft zijn patentrechten op zijn antiviraal geneesmiddel wereldwijd vrijgegeven.

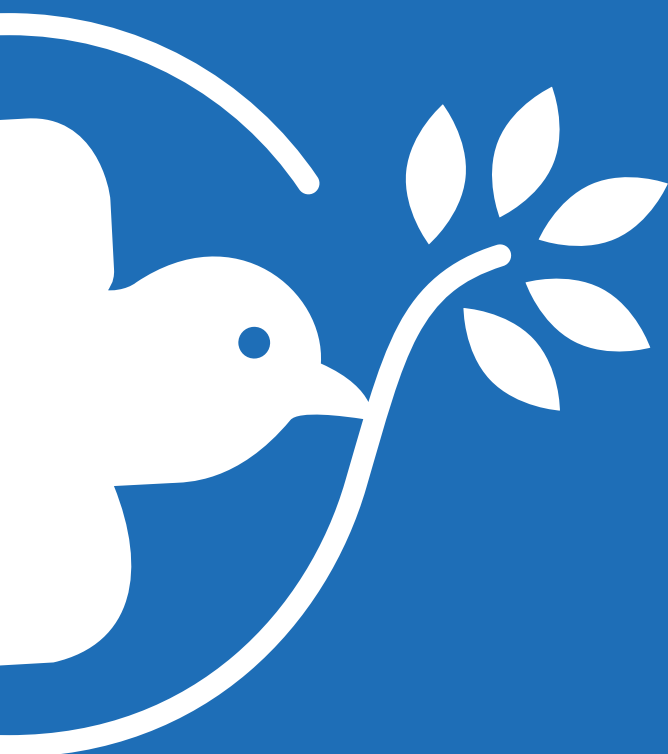
Het is op dit moment nog te vroeg om vast te stellen of één en ander ook in praktijk wordt omgezet als er werkzame geneesmiddelen of vaccins op de markt zullen komen. Er zal ook veel meer duidelijkheid moeten komen over verbintenissen over toegankelijkheid in het kader van de omvangrijke publieke fondsen aan bedrijven.

*Les 14: de overheid moet het publiek belang veel sterker laten doorwegen bij het financieel ondersteunen van geneesmiddelenonderzoek aan universiteiten en bedrijven door volgende maatregelen:*

1. Alle onderzoekspublicaties en onderliggende onderzoeksgegevens moeten snel publiek beschikbaar worden gesteld
2. Bindende voorwaarden inzake het maatschappelijk verantwoord gebruik van octrooien en het verlenen van licenties, met name door de verbintenis om octrooien onder te brengen in 'patent pools' onder publiek beheer
3. De verbintenis tot een volledige transparantie omtrent de bronnen en de aanwending van de middelen die de contractant inzet voor het onderzoek en de ontwikkeling van producten
4. De verbintenis tot fair pricing op basis van een volledige transparantie van de kostprijsgegevens en een sociaal verantwoorde winstmarge
5. De verbintenis om de ontwikkelde producten toegankelijk te maken voor de hele wereldbevolking, hetzij rechtstreeks en aan prijzen binnen de koopkracht in de landen, hetzij door het open source beschikbaar stellen van de licenties.

*"Een arts geeft medische consultaties in de humanitaire hub voor transmigranten in Brussel"*





**GENEEST OOK SOCIAAL ONRECHT**