Directie Generaal Ontwikkelingssamenwerking en Humanitaire Hulp

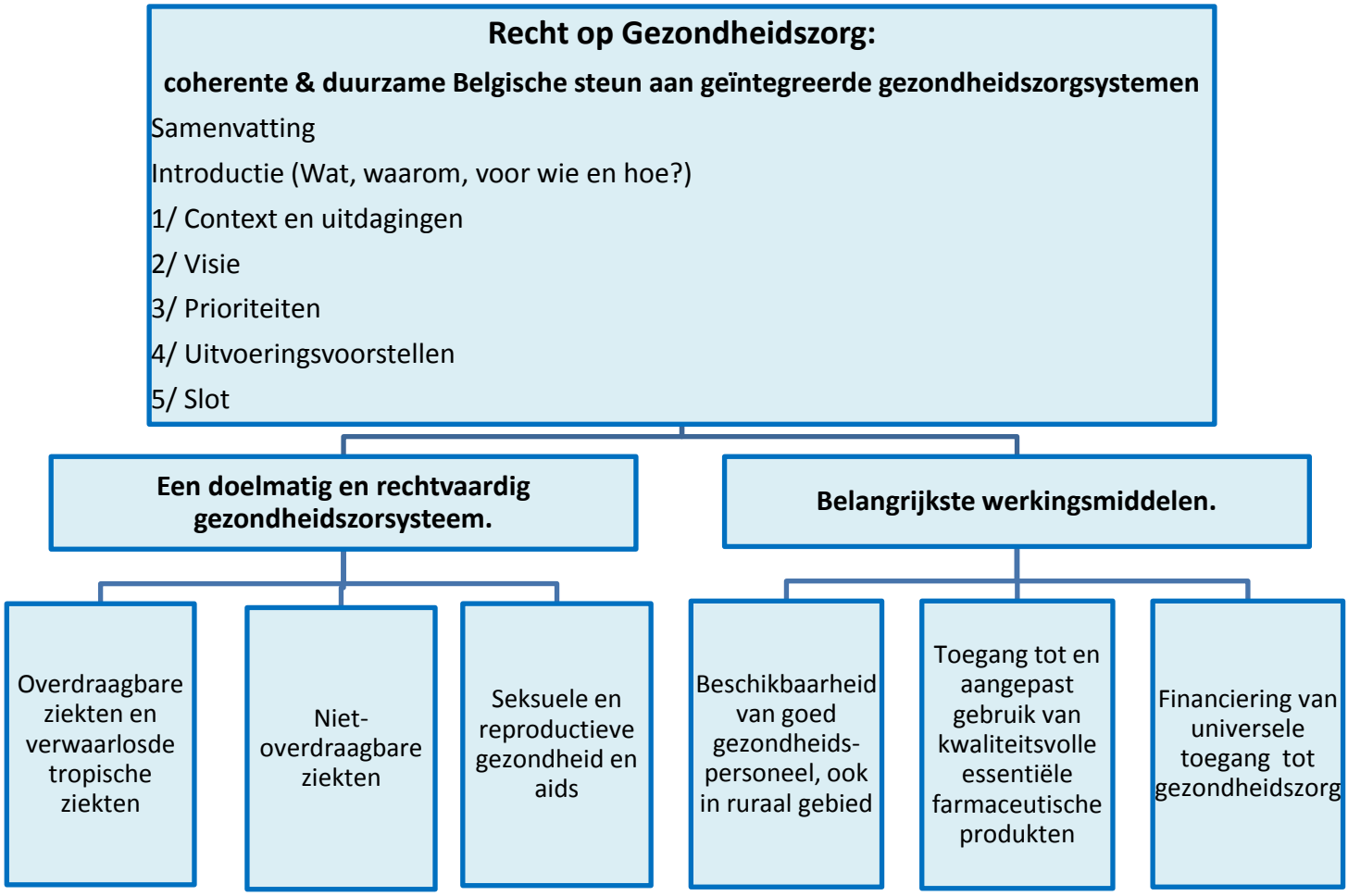
Het recht op gezondheidszorg waarmaken voor een duurzame ontwikkeling

Consensus over richtlijnen voor duurzame steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen

be cause health

België
partner in ontwikkeling

2018



Samenvatting

Voor België is het bevorderen en beschermen van mensenrechten een prioriteit. Het recht op gezondheid staat dan ook centraal in de aanpak van de Belgische ontwikkelingssamenwerking en ons land heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling en de organisatie van gezondheidszorgsystemen.

België probeert bij te dragen aan efficiënte en duurzame gezondheidszorgsystemen, waarin iedereen toegang heeft tot betaalbare kwaliteitsvolle zorg met een bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren. Dit is in lijn met de agenda 2030 voor duurzame ontwikkeling, die België met kracht onderschrijft. De Belgische ontwikkelingssamenwerking geeft voorkeur aan de integratie van gezondheidsdiensten om de verschillende gezondheidsproblemen, met de nadruk op seksuele en reproductieve gezondheid, in een bredere context aan te pakken. Steun ten behoeve van gezondheidspersoneel, kwaliteitsvolle farmaceutische producten en financiering om toegang tot zorg te verzekeren is daarbij prioritair.

Deze nota richt zich tot het personeel van de Belgische administratie, de Belgische vertegenwoordigers bij de partnerlanden en de partnerorganisaties, en het maatschappelijk middenveld actief in de ontwikkelingssamenwerking voor gezondheid.

Deze richtlijnen van DGD voor coherente Belgische steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen en de bovenvermelde aanvullende zes thematische modules over de resultaten van het gezondheidszorgsysteem en de nodige werkingsmiddelen werden opgesteld in samenwerking met Be-Cause Health[1].

[1] Belgian platform for international health. Be-cause health is een informeel en pluralistisch platform, dat openstaat voor institutionele en individuele leden, actief en geïnteresseerd in de Belgische ontwikkelingssamenwerking op het vlak van internationale gezondheid en gezondheidszorg. http://www.be-causehealth.be/nl/

Introductie : **Gezondheid, een prioritair thema in de Belgische ontwikkelingssamenwerking!**

Gezondheid *is een toestand van volkomen welzijn, zowel lichamelijk als psychisch en sociaal en is niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebrek (WHO, 1946* [i]*).*

1. De Belgische ontwikkelingssamenwerking heeft de duurzame menselijke ontwikkeling als algemene doelstelling en heeft **mensenrechten** in al hun dimensies als basisprincipe.[ii] Haar beleid steunt fundamenteel op de promotie en de verdediging van de mensenrechten in al haar dimensies. Omwille van het recht op gezondheid geeft ons land een strategische prioriteit aan de steun aan **geïntegreerde gezondheidszorgsystemen**.

2. Mensenrechten zijn prioritair: België promoot en verdedigt mensenrechten op internationale fora en in haar relaties met andere landen[iii].

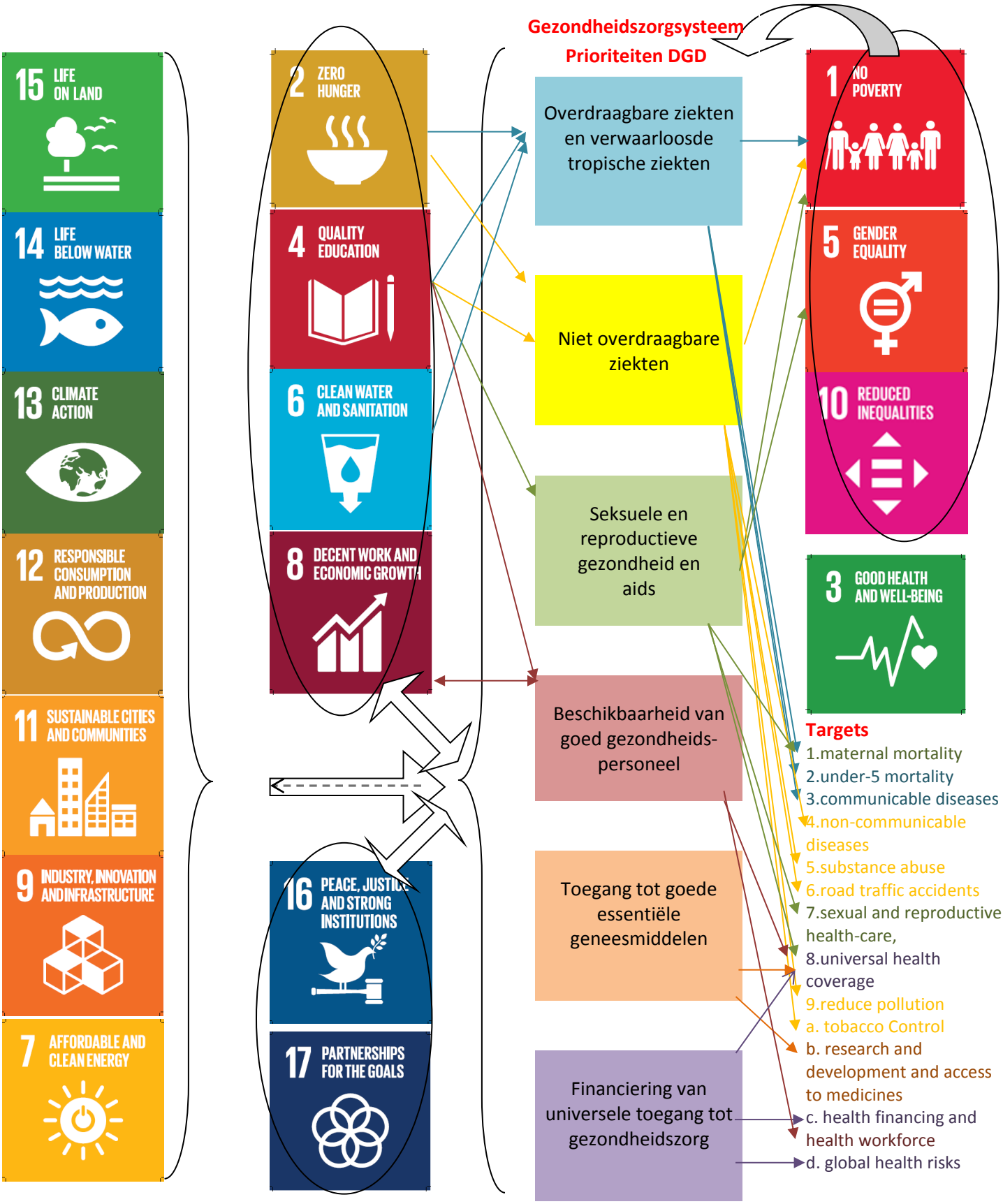
De ***mensenrechtenbenadering*** *houdt in dat men enerzijds de burgers helpt om hun rechten te laten gelden en anderzijds de overheden helpt om haar verplichtingen ten opzichte van de burgers na te komen. De rechtenbenadering in de gezondheidssector vertrekt van een grondige analyse van de verantwoordelijkheden van de actoren rond de gezondheidszorg op het terrein. Daarbij gaat de aandacht naar de rechthebbenden en de plichtendragers. Vooral de 'meest kwetsbare groepen' mogen niet worden achtergelaten en moeten hun rechten kunnen afdwingen.*

3. Het geïntegreerde gezondheidszorgsysteem: In navolging van de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie steunt de Belgische strategie de gezondheidszorgsystemen want de geïntegreerde diensten van de gezondheidszorgsystemen worden hoofdzakelijk gebruikt door moeders en kinderen en zijn veel efficiënter dan specifieke diensten.[iv] België gaat daarom voor een strategie waarbij de systeembenadering centraal staat. De systeembenadering maakt de aanpassingen van deelaspecten op het systeem en op de socio-economische context mogelijk. Zo waarborgen we de duurzaamheid van onze steun.

De systeembenadering *is een werkwijze om verschijnselen te bestuderen als een geheel met een onderlinge samenhang en een wisselwerking met de omgeving.*
Het gezondheidszorgsysteem *wordt gedefinieerd als het geheel van instanties, personen en hulpmiddelen dat instaat voor het leveren van kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorgen aan de hele bevolking in alle omstandigheden.*

4. Op 27 september 2015 legde de VN 17 nieuwe doelstellingen (SDG) vast voor een duurzame ontwikkeling van de wereld tot 2030.[v] **De agenda 2030** bestrijdt armoede, ongelijkheden en klimaatverandering om een inclusieve, duurzame en veerkrachtige toekomst voor mens en planeet op te bouwen. Hiervoor zijn economische groei, sociale bescherming en bescherming van het milieu sleutelfactoren. SDG 3, "Verzeker een gezond leven en bevorder welzijn voor iedereen op elke leeftijd" gaat specifiek over gezondheid. Maar de 17 doelstellingen zijn min of meer nauw verbonden met gezondheid zoals schematisch voorgesteld hierna.

- Armoede (SDG1) beïnvloedt de gezondheid maar de ziekte kan ook tot armoede leiden;
- Ook genderdiscriminatie (SDG5) en ongelijkheden (SDG10) hebben een negatieve weerslag op de gezondheid;
- Vrede (SDG16) en internationale solidariteit (SDG17) zijn van groot belang voor de gezondheid en de gezondheidssystemen, maar de ebola-epidemie e.a. toonden dat de gezondheidssituatie ook de samenleving, de instellingen, de vrede en de prioriteiten van de donoren beïnvloeden;.



- SDG 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15: de invloed op de levenswijzen en de gezondheid is duidelijk (meer dan andersom);
- Dit is ook het geval voor SDG 2, 4, 6 & 8 maar deze worden ook zelf door de gezondheidssystemen beïnvloed;
- Tenslotte worden de verschillende doelwitten van SDG 3 beïnvloed door het gezondheidszorgsysteem.

5. Om het universele recht op toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg mogelijk te maken is een sectorale benadering nodig. De gezondheidssector definiëren we als het beleidsdomein waarvoor, met in acht name van contextuele verschillen, de overheid een duidelijke financiële, dienst-verlenende en regulerende verantwoordelijkheid draagt. Zij vertaalt dit optimaal in een door de andere actoren breed gedragen gezamenlijke set van beleidsobjectieven, plannings- en coördinatiemechanismen, opvolging en evaluatie van resultaten en een permanente dialoog met alle betrokken partijen. Binnen het institutioneel en budgettair kader van een nationaal gezondheidsbeleid streven zowel het partnerland als de eventuele donoren naar een coherent geheel van resultaten die op verschillende beleids- en uitvoeringsniveaus aan de gezondheidsnoden van de bevolking tegemoet komen.

6. Het gezondheidszorgsysteem maakt deel uit van het gezondheidssysteem. Het gezondheidssysteem moet wel ook samenwerken met andere sectoren dan de gezondheidssector om de gezondheid van de bevolking te garanderen[2]. Afhankelijk van de prioriteiten van het partnerland, de focus van andere donoren en de toegevoegde waarde van een Belgische bijdrage, is de Belgische ontwikkelingssamenwerking gericht op sectoren of sub-sectoren die een belangrijke bijdrage leveren tot de menselijke ontwikkeling. Voor wat verder reikt dan het veld bestreken door deze nota wordt gerefereerd naar de specifieke strategische nota's van de Belgische ontwikkelingssamenwerking. Het is van belang om het zorgsysteem te situeren in de complexiteit van het gehele ontwikkelingssysteem. Dit komt duidelijk tot uiting in de "Agenda 2030" voor duurzame ontwikkeling waar gezondheid de focus vormt van de derde doelstelling, maar ook in relatie staat met de 16 overige doelstellingen.[vi]

7. Centraal Afrika en recenter ook Latijns Amerika genieten al lang van een bijzondere aandacht van België. Steeds lag de nadruk op gezondheid en gezondheidszorg. Zo heeft België veel ervaring opgebouwd en beschikt nu over een internationaal erkende expertise binnen het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) en andere volksgezondheidsinstituten. Met haar projecten en programma's heeft België bijgedragen tot het vormen van experten binnen de Belgische ontwikkelingssamenwerking, het maatschappelijk middenveld, partnerlanden en internationale organisaties. België heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van een strategie voor de organisatie van gezondheidszorgsystemen. Het begrip gezondheidsdistrict blijft internationaal van kracht als referentiekader voor de organisatie van de diensten.[vii]

Nood aan actualisatie!

8. Een thematische evaluatie van de gezondheidssector[viii] en het reflectiedocument van Be-cause Health[ix] vormden de basis van de nota "Recht op gezondheid en gezondheidszorg" van 2008. Via een participatief proces binnen het Be-cause health platform met alle Belgische actoren betrokken in gezondheid en ontwikkelingssamenwerking werd op basis van hun diversiteit aan expertise bijgedragen tot een gezamenlijke analyse en visie. Maar recente evaluaties[x] toonden aan dat de gezondheidsnota's niet genoeg gebruikt werden en dat een vereenvoudiging en betere integratie van de verschillende gezondheidsnota's de toegang tot de richtlijnen zou vergemakkelijken.

[2] De WHO definieert sinds 2000 een gezondheidssysteem als: 'het geheel van activiteiten dat als rechtstreeks doel heeft de gezondheid te bevorderen, te herstellen en te behouden'. Aanpassing van schoolcurricula voor aidspreventie vallen onder deze definitie, de sector onderwijs als geheel niet. Wat niet wegneemt dat onderwijs, samen met andere sectoren, organisaties en instellingen, in grote mate tot de verbetering van gezondheid bijdraagt.

9. Verder zal de integratie van recente evoluties de kwaliteit en de impact op de uitvoering van de nota ten goede komen zoals, onder meer, de versterkte aandacht voor de minst ontwikkelde landen (MOL) en de fragiele contexten, de uitbraken van grensoverschrijdende epidemieën zoals ebola en zika, de tropische verwaarloosde ziekten zoals slaapziekte, de stijgende aandacht voor sociale determinanten bij niet-overdraagbare en chronische ziekten[xi] en de “Sustainable Development Goals (SDG)”.

Voor wie is de nota bestemd?

10. De beleidsnota richt zich tot 3 doelgroepen:

1° het personeel van de Belgische administratie in Brussel betrokken bij ontwikkelingssamenwerking en meer in het bijzonder met de opvolging van steunprojecten en programma’s aan de ontwikkeling van de gezondheidssector;

2° de Belgische vertegenwoordigers bij de partnerlanden en de partnerorganisaties, in het bijzonder de medewerkers betrokken bij het opvolgen van de gezondheidsaspecten van de ontwikkelingssamenwerking;

3° alle actoren van de partnerorganisaties van de Belgische ontwikkelingssamenwerking actief in de gezondheid.

Hoe kan men deze nota gebruiken?

11. De nota biedt een leidraad bij de politieke dialoog omtrent gezondheidsbeleid op lokaal, nationaal en internationaal niveau. De nota geeft ook strategische prioriteiten aan voor de uitvoering op het terrein, zowel voor de uitvoerders als voor de administratie. Deze richtlijnen worden uitgediept in specifieke modules in bijlage. Deze modules zijn praktijkgericht, geven technische en organisatorische toelichtingen en beantwoorden vragen zoals wat kan gedaan worden en door wie. De voetnota’s geven tips voor meer informatie en aanvullend technische literatuur. De modulaire vorm laat vlotte aanpassingen toe in functie van recente medisch-technische ontdekkingen en wijzigingen in strategische opties.

12. Deze strategienota bundelt verschillende voorgaande beleidsnota’s: de beleidsnota over "Het recht op gezondheid en gezondheidszorg"[xii], het addendum over universele dekking van de gezondheidszorg[xiii], de specifieke beleidsnota over "Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten"[xiv] en de specifieke beleidsnota over de strijd tegen hiv/aids[xv]. De nota houdt rekening met de verhoogde aandacht voor gezondheid in de strijd tegen armoede en, de grote nood aan systemische steun aan de gezondheidssystemen. Het is onder meer de bedoeling om de strijd tegen verwaarloosde tropische ziekten en de sterk verhoogde steun aan verticale programma’s te kunnen integreren. De richtlijnen voor de doeltreffendheid van de hulp komen eveneens aan bod: eigenaarschap, afstemming, harmonisatie, duurzaamheid, medezeggenschap.

13. Deze strategische nota legt de nadruk op de plaats van gezondheid in de Belgische ontwikkelingssamenwerking, de toegevoegde waarde die België kan bieden en het belang van een multisectoriële aanpak. Naast gezondheid, kunnen prioriteiten ook betrekking hebben op onderwijs, drinkbaar water, voeding, infrastructuur en energie, milieu, cultuur, vrouwen- en kinderrechten,

enz.[3] Het evenwicht tussen sociale en economische vooruitgang, met nadruk op ecologische duurzaamheid en gelijkheid van kansen is ook van groot belang.

14. Door het ontwikkelen van een consensus over een strategie draagt deze nota bij tot de coherentie en continuïteit van de verschillende interventies, omdat ze gebaseerd is op een gedeelde analyse met een breed gedragen visie.

15. Drie grote groepen actoren vertegenwoordigen samen de gezondheidssector: de overheid, het privé-initiatief met winstoogmerk en de non-profit organisaties. Alle drie spelen ze een specifieke rol en de internationale samenwerking dient daar rekening mee te houden. Zo is de arme bevolking in de partnerlanden voor de aanschaf van geneesmiddelen grotendeels aangewezen op de informele vrije markt. Privékapitaal kan de soms zware investeringen in de sector helpen dragen en bijdragen tot de dienstverlening. In sommige regio's en landen spelen non-profit organisaties dan weer een scharnierrol in het verschaffen van gezondheidsdiensten, het opbouwen van lokale capaciteit en het geven van een kritische feedback over de effecten van het gevoerde gezondheidsbeleid op de bevolking. De rol en de toegevoegde waarde van elke speler verschillen van land tot land en evolueren ook doorheen de tijd. Het is echter de overheid die contouren van de sector bepaalt : zij legt de normen vast, verdeelt de financiële en materiële middelen, en houdt principieel toezicht op de kwaliteit van en de toegang tot de diensten. Als de Belgische ontwikkelingssamenwerking duurzame impact nastreeft op het recht op billijke toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg dan moeten de verschillende actoren hun rol vervullen en op elkaar afstemmen.

Verschillende rollen in verband met het gezondheidszorgsysteem (niet exhaustief) :

1. Internationale organisaties: normen opstellen en helpen uitvoeren; zorgen voor een billijke verdeling tussen de landen; zorgen voor snelle internationale interventies in noodtoestanden
2. Overheid:
    a. Leiderschap: correcte beslissingen nemen en laten uitvoeren (internationaal, nationaal en lokaal) op basis van correcte informatie
    b. Correcte gegevens verzamelen (timely & accurately: belang van digitalisatie) en informeren op basis van correcte gegevens (internationaal, nationaal en lokaal)
    c. Middelen innen volgens de vermogens, poolen en verdelen volgens de noden.
    d. Coördinatie (internationaal, nationaal en lokaal) en regulatie: enkelvoudig billijk systeem?
    e. Controle: beantwoordt de kwaliteit en de toegang aan de noden en de vraag?
3. Lokale gemeenschappen:
    a. Beantwoordt de kwaliteit en de toegang aan de noden en de vraag?
    b. Politieke beslissing beïnvloeden
4. Privésector (for profit of maatschappelijk middenveld) of soms openbare sector (risico van belangenconflict):
    a. Onderzoek en ontwikkeling van producten (investering met grensoverschrijdende resultaten)
    b. Geneesmiddelen produceren (prijsverlaging door grote afzetmarkten)
    c. Pooling van middelen (risico tot fragmentatie volgens de bijdragen)
    d. Distributie (apotheken: risico tot verlaging van toegang door winstmarge indien for profit)
    e. Dienstverlening (risico tot versnippering en fragmentatie indien niet gecoördineerd)
5. Specifieke rol van het maatschappelijk middenveld (niet gouvernementele organisaties, universiteiten, non for profit privé):
    a. Lokale gemeenschappen ondersteunen
    b. Advocacy en toezicht van de bevolking

[3] Men leze deze nota dan ook in parallel met de andere sectorale en thematische beleidsnota's

I. *Context en uitdagingen :*

1. Het recht op gezondheid, een win-win investering

16. Het ontwikkelingsbeleid van een land moet gericht zijn op de sociale en economische ontwikkeling van alle burgers, met respect voor hun rechten. Een partnerland kan daartoe de steun van de internationale gemeenschap inroepen. De internationale gemeenschap is zich de laatste decennia meer en meer bewust geworden van het feit dat 'ontwikkeling' en 'vooruitgang' niet enkel economisch dient gewogen te worden, door middel van het inkomen per capita, maar ook in termen van de mogelijkheid die elke persoon heeft om zich op een rechtmatige manier te realiseren. Dit gaat van hoogst elementaire zaken zoals het hebben van voldoende voedsel, kleding en woning tot en met de mogelijkheid van deelname aan politieke activiteiten en het hebben van een positief zelfbeeld.

17. Het recht op gezondheid is holistisch en raakt meerdere sectoren. Zo bepaalt het vormingsniveau van de moeder in belangrijke mate de gezondheidstoestand van haar kind(eren). Luchtvervuiling, gebrek aan drinkbaar water of fatsoenlijke huisvesting leiden tot gezondheids-problemen. Gewapende conflicten, migraties, natuur- en milieurampen hebben uiteraard een nefaste invloed op de fysieke en mentale gezondheid. Intussen dreigt klimaatverandering vooral in de armste landen een belangrijke impact op de gezondheid te veroorzaken[4]. Anderzijds heeft de gezondheid een belangrijke impact op diverse andere domeinen en sectoren. De gezondheid van kinderen bepaalt mede de mate waarin ze kennis kunnen opdoen en onthouden. Gezondheid heeft een belangrijke impact op de economische ontwikkeling door de enorme invloed van absenteïsme en efficiëntie. Hoge kosten van medische behandelingen (de zogenaamde out-of-the-pocket bijdragen) storten ontelbare gezinnen in de armoede en houden hele families in een definitieve armoedeval gekneld. De gezondheidskosten kunnen bovendien zwaar wegen op de begroting. De uitbouw van een gezondheidssysteem moet daarom kaderen in een ontwikkelingsstrategie van intensieve groei, die in een context van good governance en herverdeling zowel leidt tot verbeteringen in de gezondheid als in de materiële welvaart van de armste bevolkingsgroepen. Dit draagt uiteindelijk bij tot de globale gezondheid als "global public good" waarbij ontwikkelingshulp een win-win investering betekent, kan voortbouwen op menselijke ontplooiing als objectief en kan rekenen op verantwoord wederzijds vertrouwen enerzijds tussen burgers en de overheid en anderzijds tussen de armere en de rijkere staten.

2. Universele toegang tot gezondheidszorg.

18. Het recht op gezondheid betekent dat toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg een onvervreemdbaar recht en essentieel is in de strijd tegen armoede en ongelijkheid. Deze toegankelijkheid mag niet gepaard gaan met catastrofale financiële gevolgen voor de gezinnen, maar moet voor de financiering ervan beroep doen op solidariteit. Zij dient te kaderen in een brede strategie op het vlak van sociale bescherming[xvi] en van socio-economische determinanten.[5, 6]

[4] Het rapport 'Closing the gap in one generation' van de 'Commission on social determinants of health' legt in 2008 op overtuigende wijze het verband tussen sociale rechtvaardigheid, gezondheid en levenskwaliteit. http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

[5] Gezondheid wordt beïnvloed door een veelheid van factoren, zoals voeding, de woon-, werk- en leefomstandigheden, schoolopleiding, enz. Dergelijke factoren die gezondheid op een directe of indirecte manier beïnvloeden worden de sociale determinanten van gezondheid genoemd, " the social determinants of health". Het is pas als gewerkt wordt op al de politieke, socio-culturele en financiële factoren samen dat een gelijkwaardigheid kan worden bekomen in het bereiken van gezondheid als "een toestand van volkomen welzijn, zowel lichamelijk als psychisch en sociaal, en niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebrek".

"Universal health coverage", de universele dekking van de gezondheidszorg, is een noodzakelijk instrument om op duurzame wijze het recht op gezondheid en gezondheidszorg te realiseren.

19. Om de ongelijkheid in gezondheid te doorbreken is het essentieel dat het gezondheidszorgsysteem enkelvoudig is. Een gefragmenteerd systeem met solidariteit binnen verschillende lagen van de bevolking (arm met arm en rijk met rijk[7]) veroorzaakt verschil van kwaliteit van diensten en werkt ongelijkheid in de hand. Het gezondheidszorgsysteem moet een sociaal doel hebben, met andere woorden het openbaar belang dienen (streven naar algemeen welzijn, kwaliteitsvolle zorg, verantwoordelijkheid ten aanzien van de hele bevolking, ook van de armste bevolkingsgroepen). Het gezondheidssysteem mag niet in het teken van winstbejag staan en mag dus niet gericht zijn op privatisering, maximalisatie van de winstmarges, marktintegratie of louter kwantitatieve groei. Toch is er binnen de gezondheidszorgruimte voor regulering en samenwerking met de privésector met winstoogmerk als dit het algemeen belang dient. De gezondheidsdiensten hebben baat bij een pluralistische structuur (dus niet enkel de gezondheidsdiensten van de ministeries van gezondheid, maar ook die van de ngo's, de religieuze missies of die in de sociale economie, zoals ziekenfondsen). Denk maar aan de gezondheidscentra, dispensaria of ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitscriteria van de diensten van openbaar belang en die een sociale opdracht vervullen. Dergelijke diensten nemen onder andere de verantwoordelijkheid op zich een welbepaalde bevolkingsgroep toegang te geven tot algemene, voortgezette, geïntegreerde, doeltreffende en doelmatige zorg. Ze moedigen de patiënt bovendien aan tot autonome keuzes.[xvii]

3. Het internationaal referentiekader : SDG 3, Goede gezondheid en welzijn voor iedereen

20. In 1978 formuleerden de Wereldgezondheidsorganisatie en zijn lidstaten met de verklaring van Alma Ata de doelstelling van "**Health for all**"[xviii]. Hiermee beoogde men dat iedereen een gezondheidsniveau zou bereiken dat hem of haar moest toelaten een sociaal en economisch productief leven te leiden. Eerstelijnsgezondheidszorg[8] werd gezien als de sleutel tot deze doelstelling. Het belang van de Verklaring werd in 2008, nogmaals onderstreept in het World Health Report (WHR) 'Primary Health Care, now more than ever'[xix]. Men spreekt van people-centred primary care: deze zorg omvat promotie, preventie, diagnose en behandeling; maar ook referentie, chronische behandeling en interactie met individu, familie en gemeenschap die medeverantwoordelijk zijn voor hun gezondheid. Het betreft dus het eerste contactpunt maar ook,

---

[6] Sociale bescherming verwijst naar de preventie, het beheer en het te boven komen van situaties die een negatieve invloed hebben op het welzijn van een individu. Sociale bescherming omvat het beleid en de programma's die erop gericht zijn om armoede en kwetsbaarheid te verminderen door het promoten van een efficiënte arbeidsmarkt, het inperken van blootstelling aan risico's, en het versterken van de capaciteit om economische en sociale risico's te beheren, zoals werkloosheid, uitsluiting, ziekte, onbekwaamheid en ouderdom. http://www.unrisd.org/publications/cpi

[7] In verschillende landen is er goedkoop of gratis toegang tot een niet bevoorraad staatsgezondheidszorgsysteem voor de armen en dure kwaliteitsdiensten voor de rijkeren waarbij de inkomsten van het systeem met winstoogmerk enkel bijdraagt tot het verbeteren van de kwaliteit van dat privésysteem.

[8] Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process. (Declaration of Alma Ata §VI).

indien nodig, het inschakelen van referentiehospitalen. De Verklaring van Antwerpen (2001): 'Gezondheidszorg voor allen'[9], sluit hier bij aan.

21. Het universeel recht op gezondheid wordt gezien als een middel om de millenniumdoelstellingen en de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen van de 2030 Agenda voor duurzame ontwikkeling (MDG en SDG) te halen. 'De Belgische ontwikkelingssamenwerking op het gebied van Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten'[xx] vloeit ook voort uit dat universeel recht.

4. Uitdagingen

22. Drie tendensen verzwakken de slagkracht van de gezondheidssystemen: de focus op gespecialiseerde diensten en hospitalen, de fragmentatie van de gezondheidssystemen en de commercialisatie van de gezondheid. [xxi] Deze tendensen ondermijnen de regularisatie en de solidariteit en beperkt het recht op kwaliteit tot wie het kan betalen.

23. De grote uitdaging in de gezondheidssector in verband met het recht op gezondheid en op gezondheidszorg is de billijke toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg. De zeven grootste hinderpalen voor de gezondheidszorgsystemen hebben te maken met de middelen, de organisatie en/of de situatie ter plaatse: gebrek aan menselijke middelen, onvoldoende beschikbaarheid van essentiële farmaceutische producten, chronisch gebrek aan financiële middelen, lage benuttingsgraad van de diensten, gebrek aan een globaal zicht op het systeem, een te voorzichtige intersectorale benadering en een ongunstige situatie ter plaatse.

24. Gebrek aan menselijke middelen[xxii], zowel kwantitatief als kwalitatief. De efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem wordt grotendeels bepaald door de kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidswerkers[10], zowel op institutioneel vlak als op het vlak van zorg. Het chronisch gebrek aan menselijke capaciteit, vooral in Sub Sahara Afrika, wordt veroorzaakt door een externe (emigratie) en interne (van ruraal naar de stad, van operationeel naar administratief) brain drain, onvoldoende scholing, genderongelijkheid, lage salarissen, slechte arbeidsomstandigheden en te hoge administratieve lasten. Dit leidt tot een beperkt gebruik van de hulp.

25. Onvoldoende beschikbaarheid van essentiële farmaceutische producten[xxiii] Geneesmiddelen, vaccins, medisch materiaal en diagnostische middelen zijn onvoldoende beschikbaar en/of zijn van dubieuze kwaliteit. Ze worden onvoldoende gecontroleerd Er wordt te weinig onderzoek verricht naar nieuwe geneesmiddelen voor de verwaarloosde ziekten.

[9] Calling to (1) Recognise access to health care for all, requiring adequate human resources, infrastructures, essential drugs and commodities, as a basic human right, and as essential for the control of the poverty related diseases; (2)Acknowledge the need for multi-sectorial approaches to reduce the burden of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and other infectious and non-communicable diseases; (3)Ensure that specific disease control programmes strengthen regular health systems and that they are co-ordinated with other programmes and interventions; (4)Ensure that health systems are responsive to the needs and expectations of the populations, benefit from fair and sustainable financing and contribute to improving health outcomes; (5)Strengthen in partnership the financial, logistic, operational and scientific capacities of the low income countries to improve their health services and diseases control programmes, and to orient international research to the needs of the people and the health systems; (6)Facilitate and encourage the development and management of human resources in the health sector, and ensure that market mechanisms allow and promote access to essential drugs and health- promoting commodities; (7)Share this declaration and the goal of "Health Care for All" as a common agenda behind which all stakeholders can unite.

[10] Naar een sprekende formule: 1 FTE (Full Time Equivalent)= aanwezigheid x motivatie x competentie

26. Een chronisch gebrek aan financiële middelen.[11] De gezondheidsdiensten van openbaar nut moesten afrekenen met een drastische vermindering van werkingsmiddelen als gevolg van economische (structurele aanpassingen, macro-economische randvoorwaarden enz.) en institutionele hervormingen. Dit gebrek aan middelen was vooral voelbaar op het operationele niveau van de gezondheidsdiensten en leidde tot kwaliteitsverlies en een minder breed zorgaanbod. De benutting van de diensten daalde sterk als gevolg van de buitensporige kosten voor de bevolking In meerdere gevallen gaf de zoektocht naar financiële middelen de facto aanleiding tot een privatisering van de gezondheidszorg en de fragmentering van het gezondheidszorgsysteem. Omdat de financiering van de gezondheidsdiensten niet eenvoudig is, is het zaak alternatieve financieringsmethoden te vinden die gestoeld zijn op nationale en internationale solidariteit.

27. Individuele personen, gezinnen, lokale gemeenschappen en het gezondheidspersoneel stellen weinig vertrouwen in het gezondheidssysteem, waardoor de openbare gezondheidsdiensten onderbenut zijn. Voor de duurzaamheid van de activiteiten is het evenwel van essentieel belang het vertrouwen van de bevolkingsgroepen in de beschikbare gezondheidsdiensten te herstellen.

28. Een globaal zicht op het systeem ontbreekt. Door de globalisering ligt de nadruk op kwantitatieve resultaten en onmiddellijke doeltreffendheid. Om snelle resultaten te boeken in een almaar complexere samenleving wordt specialisatie nodig geacht. Het klopt dat een deel van deze initiatieven op belangrijke gebieden opmerkelijke resultaten kunnen voorleggen. Het GFATM bijvoorbeeld heeft in belangrijke mate bijgedragen tot de ruime verspreiding van ARV-behandelingen. Helaas leidt dit ook tot de fragmentatie van de internationale gezondheidshulp, een exponentiele groei van grote internationale programma's (GFATM, GAVI) en talloze publiek-private partnerschappen. De versnippering van de sectorale steun is niet bevorderlijk voor een harmonisering van de praktijken, temeer omdat er een, soms verborgen, concurrentie bestaat tussen de verschillende programma's voor ziektebestrijding. Bovendien vormen deze programma's obstakels voor de organisatie van de basisgezondheidszorg.

29. Een te voorzichtige intersectorale benadering: talloze gezondheidsdeterminanten vallen niet onder de bevoegdheid van de ministeries van gezondheid. Deze vaststelling mag er evenwel niet toe leiden dat gezondheidswerkers deze externe factoren verwaarlozen. Het is zaak een globale benadering te bevorderen, hoewel we ons toeleggen op één specifieke sector als katalysator voor ontwikkeling. Deze benadering moet het voorwerp zijn van daadwerkelijk overleg met andere ministeries en andere actoren voor gezondheidsontwikkeling.

30. De ongunstige macro-economische situatie, de ernstige toestand van de sociale gezondheidsdeterminanten, conflicten, sociale onrust en milieudruk (vervuiling, klimaatverstoring,

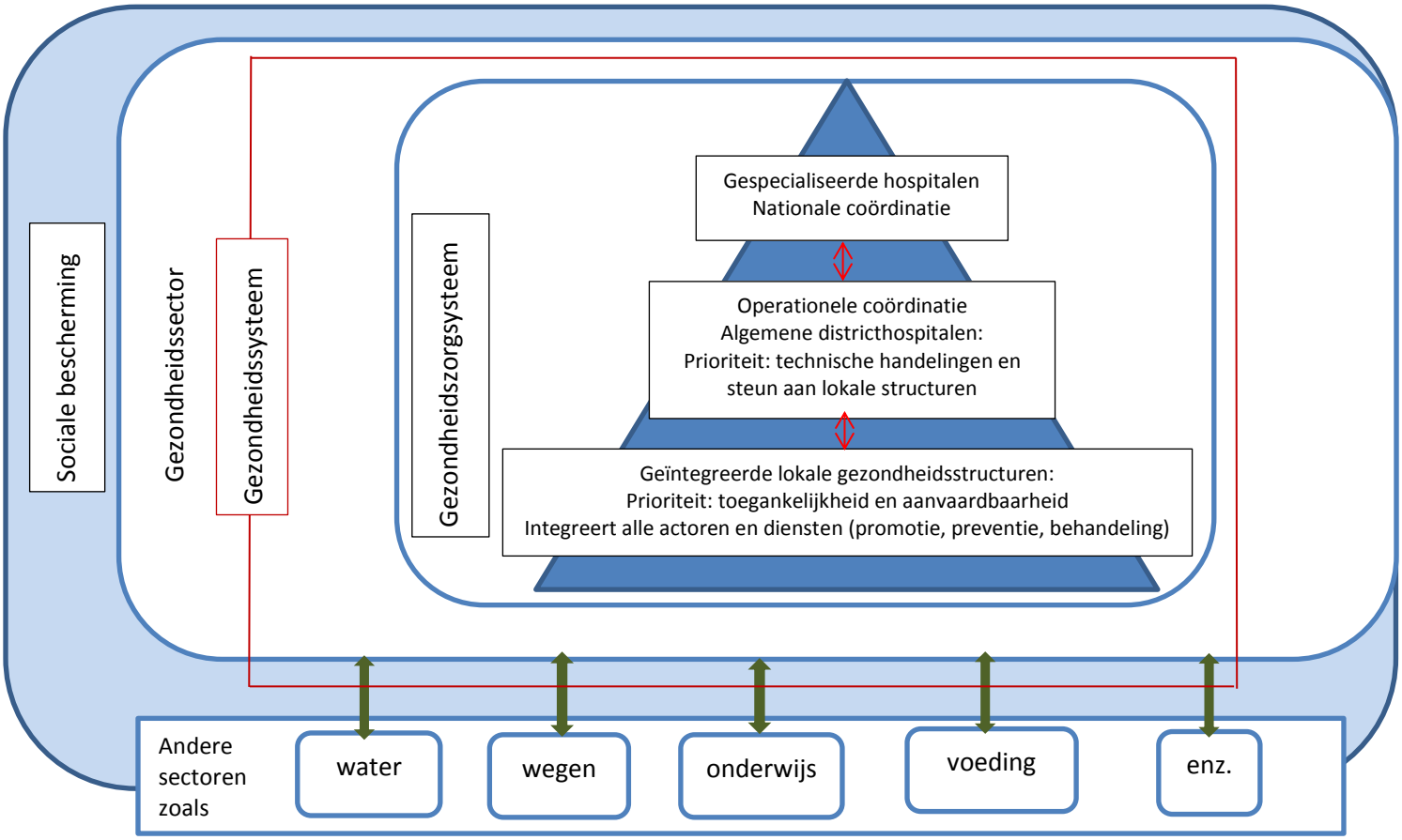
[11] De "Commission on Macroecnomics and Health" heeft berekend dat een bedrag van $ 40-45 per jaar en per persoon nodig is om te voorzien in de basisgezondheidszorg voor de hele bevolking van een ontwikkelingsland. Hierin zijn de kosten voor de behandeling van malaria en hiv/aids inbegrepen. In 2007 besteedden de minst ontwikkelde landen evenwel gemiddeld slechts $ 15 per persoon en per jaar aan gezondheid, private en publieke uitgaven samengeteld. ±13% van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking (wat overeenkomt met 0,1% van het BNP) gaat naar de versterking van de universele dekking van de gezondheidszorg. Indien alle OESO landen een gelijkaardige inspanning doen, kan het verschil tussen de nationale budgetten voor gezondheid in de lage inkomenslanden (25$ per inwoner) en de noden (54$ per inwoner) overbrugd worden (gebaseerd op een BNP van 37 miljard in 2010 voor een OESO populatie van 1,2 miljard inwoners). (zie http://www.tradingeconomics.com/high-income/population-total-wb-data.html en https://www.unicef.org/health/files/MBB_Technical_Background_Global_Costing_HLTF_Final_Draft_30_July.pdf)

…) moeten uiteraard ook vermeld worden. De gevolgen van de klimaatverandering op de gezondheid zijn verontrustend, maar de volledige omvang ervan is nu nog niet gekend.

31. Vijf verbintenissen staan centraal om de impact, de coherentie en de duurzaamheid van ontwikkelingshulp te vergroten door doeltreffender partnerschappen tussen donoren en partnerlanden: eigenaarschap, afstemming, harmonisatie, resultaatgericht beheer en wederzijdse verantwoordingsplicht. Hierbij werd het belang van de inclusie van het maatschappelijk middenveld, het partnerschap tussen de openbare en de privésector en de medefinanciering van de partnerlanden gevoegd.[xxiv] Dit kan uiteraard alleen in het kader van goed bestuur met respect voor de democratie, de rechtsstaat, de mensenrechten en de fundamentele vrijheden. Deze verbintenissen liggen aan de basis van het International Health Partnership (IHP+) en de raadsconclusies van de EU over "Global Health" die België onderschrijft.

II. ***Visie :***

De belangrijkste opdracht van de gezondheidssector is de uitbouw van een gezondheidszorgsysteem dat op een efficiënte en duurzame wijze kwaliteitsvolle en globale zorgen aanbiedt in antwoord op de behoeften van allen met een bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren. De Belgische ontwikkelingssamenwerking is bereid om actoren, die wensen mee te werken aan deze opdracht, te steunen zodat iedereen, op een gelijkwaardige manier, toegang heeft tot een enkelvoudig kwaliteitsvol zorgsysteem.



III. ***Prioriteiten :***

32. Zoals eerder gemeld, is de bevordering en bescherming van de mensenrechten prioritair voor België. Voor gezondheid betekent dat universele dekking van de gezondheidszorg vooral voor de meest kwetsbaren[12], in de armste staten, vaak in fragiele contexten. Dit wordt het best gesteund met een systeembenadering en in navolging van de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, verwijst de Belgische strategie naar de « building blocks » om de prioriteiten te definiëren om het gezondheidszorgsysteem te steunen.[xxv]: *(1)geïntegreerde gezondheidszorgdiensten met eerstelijnsgezondheidzorg en referentiesysteem*; (2) *het gezondheidspersoneel: competent productief en doelmatig; (3) het gezondheidsinformatiesysteem dat tijdig zorgt voor productie, analyse en verspreiding van informatie over de determinanten, prestaties van het gezondheidssysteem de gezondheidstoestand van het land; (4) billijke toegang tot kwaliteitsvolle essentiële geneesmiddelen en farmaceutische producten; (5) een billijk financieringssysteem dat universele toegang tot de gezondheidsdiensten zonder verarming van de gebruikers verzekert; (6) leiderschap, beleid en rekenschap.*

33. De knowhow van de Belgische ontwikkelingssamenwerking heeft een meerwaarde en is bepalend voor de sectoren (niches) waarop die samenwerking is gericht. Deze knowhow is de basis voor de verdeling van de samenwerkingstaken onder de verschillende donoren die tot doel hebben in te spelen op de nationale behoeften, te voldoen aan de door de bevolkingsgroepen geformuleerde vraag en bij te dragen aan de internationale prioriteiten. België heeft specifieke kennis inzake de ondersteuning van een geïntegreerd gezondheidssysteem en geeft hieraan de prioriteit. De eerste module over manieren van uitvoering gaat dan ook over de succesvolle integratie van de gezondheidsdiensten in één systeem. Dit systeem kan enkel het vertrouwen van de gemeenschappen terugwinnen en kwaliteitsvolle en veerkrachtige diensten bieden die nodig zijn om het recht op gezondheid te waarborgen wanneer alle bouwstenen (building blocks) de nodige aandacht krijgen. De niches en de specifieke kennis van de actoren van de Belgische samenwerking rechtvaardigen evenwel de prioriteiten die in de tweede module inzake de steun voor personele middelen, farmaceutische producten en worden voorgesteld. De niches verwijzen naar de expertise en kennis die in het kader van de ontwikkelingssamenwerking op het gebied van gezondheid beschikbaar is, meer bepaald inzake de systemische benadering en de integratie van de diensten, de sociaal-politieke dialoog (medische sector – vakorganisaties), de bestrijding van bepaalde endemische of epidemische ziekten, digitalisering[xxvi] enz.

IV. ***Aanbevelingen voor de uitvoering:***

34. België heeft een internationaal erkende expertise op het vlak van de weerhouden prioriteiten. De aanbevelingen voor de uitvoering zijn dan ook ingegeven op basis van kennis en ervaring. Het gaat om de doeltreffende integratie van de diensten[13] [xxvii]in de gezondheidszorgsystemen en om de essentiële middelen voor kwaliteitsvolle gezondheidszorgsystemen. De modules[14] in bijlage, die

[12]Discriminatie op grond van gender en stigmatisering kunnen het recht op gezondheidszorg in het gedrang brengen en de toegang tot gezondheid bemoeilijken zij het om economische redenen, zij het vanwege sociale conventies die personen dwingen thuis te blijven.

[13] De Wereldgezondheidsorganisatie definieert geïntegreerde dienstverlening als 'het beheer en de levering van gezondheidsdiensten waardoor patiënten toegang krijgen tot een geheel van preventieve en curatieve diensten, in overeenstemming met hun noden en dit doorheen de tijd en op verschillende niveaus van de gezondheidszorg'

[14] http://www.be-causehealth.be/nl/

hieronder worden samengevat, bieden een antwoord op vragen over de uitvoering van de prioritaire strategieën die in het kader van de Belgische steun voor de verwezenlijking van het "recht op gezondheid" worden toegepast. Welke prioritaire strategieën moeten worden uitgevoerd? Waarom? Hoe worden die strategieën uitgevoerd en met welke actoren? De verantwoording en de uitvoeringsmodaliteiten gelden zowel voor de actoren op het terrein als voor de administraties.

Module 1: Succesvolle integratie van de gezondheidsdiensten in een performant en billijk systeem:

35. Het gezondheidsdistrict is gaandeweg in haast alle gezondheidssystemen de basis geworden van de "Primary Healthcare". Met de goedkeuring van de Millenniumdoelstellingen (MDG) in 2000 werden gerichte verticale initiatieven benadrukt en versterkt ten koste van de systemische versterking en de horizontale en geïntegreerde benadering van de lokale gezondheidssystemen. De verticale epidemiologische benadering kreeg de bovenhand op de horizontale en sociologische benadering die vooral vertrekt van de noden en wensen van de zieken en de algemene bevolking om diensten en structuren uit te bouwen. Het is dus noodzakelijk het gezondheidssysteem op districtsniveau grondig te herzien. Als gevolg van deze nieuwe uitdagingen moeten we een nieuwe strategie met een evenwichtige benadering uitwerken: vraag/aanbod, dienstverleners/gebruikers, diensten/ziekenfondsen, regering/civiele samenleving of ook epidemiologisch/antropologisch. Daarvoor moet België de actoren/partners diversifiëren en de steun die het via de gouvernementele en de niet-gouvernementele samenwerking verleent, in één enkel programma inbedden. België heeft steeds de voorkeur gegeven aan een horizontale, systemische, holistische benadering van het gezondheidsdistrict en de algehele integratie van de gezondheidszorg. Haar bijdrage beperkt zich niet tot de bestrijdring van enkele overdraagbare en niet-overdraagbare aandoeningen.

1.1. : overdraagbare aandoeningen, veronachtzaamde tropische ziekten inbegrepen (SDG 1 & 3: targets 1, 2 & 3)

36. De strijd tegen overdraagbare aandoeningen blijft een aandachtspunt van de Belgische ontwikkelingssamenwerking. Deze aandoeningen zijn nog steeds een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte bij vrouwen en kinderen en de bestrijding van de drie grote epidemieën (aids, malaria en tuberculose) blijven een opdracht voor de internationale gemeenschap.

37. De strijd tegen de overdraagbare ziekten moet nu ook rekening houden met de toename van het uitbreken van wereldwijde pandemieën, veroorzaakt door de mondialisering en de explosieve toename van het internationaal verkeer van mensen. De resistentie tegen antibiotica is een wereldwijde uitdaging geworden.

38. België pleit ervoor om de preventie en behandeling van infectieziekten in te bedden in bestaande systemen van gezondheidszorg. Een performant gezondheidszorgsysteem is bovendien de beste garantie om epidemieën in een vroegtijdig stadium in te dijken. Ons land komt op voor betaalbare en betrouwbare geneesmiddelen en een rationeel gebruik van antibiotica. De ' neglected diseases' blijven een punt van aandacht omdat zij de armste en meest kwetsbare bevolkingsgroepen telt, de betrijding van de slaapziekte in DR Congo is hierbij een specifieke prioriteit.

1.2. : niet-overdraagbare ziekten, met inbegrip van nutritionele zorgen en mentale gezondheid (SDG 1 & 3: targets 4, 5, 6, 9 & a)

39. De submodule "niet-overdraagbare ziekten" heeft tot doel te verzekeren dat de door de Belgische Ontwikkelingssamenwerking gefinancierde programma's bijdragen tot de ondersteuning van gezondheidssystemen die niet-overdraagbare ziektes en de risicofactoren ervan op doelmatige en rechtvaardige wijze helpen bestrijden.

40. Niet-overdraagbare ziekten worden niet van de ene persoon op de andere overdragen. Ze zijn gewoonlijk van lange duur en evolueren langzaam. Het gaat bijvoorbeeld om hart- en vaatziekten, kanker, diabetes of chronische ademhalingsziekten, maar eveneens om mentale of nutritionele stoornissen (bv. ondervoeding of obesitas). Ook voor problemen zoals geweld en verkeersongevallen kunnen vergelijkbare benaderingen hun nut bewijzen. In lage en middeninkomenslanden valt de pandemie van niet-overdraagbare ziekten te verklaren door epidemiologische en demografische transitiefenomenen en door gedragsveranderingen.

41. De Belgische Ontwikkelingssamenwerking kan bijdragen tot bovengenoemde doelstelling door (1) de partnerlanden te helpen strategieën uit te werken voor de strijd tegen niet-overdraagbare ziekten, (2) de kennis te verbeteren met betrekking tot de huidige stand van zaken op het gebied van niet-overdraagbare ziekten en praktijken voor preventie, bestrijding en gezondheidsbevordering, en (3) een multisectorale aanpak te bevorderen om niet-overdraagbare ziekten en de risicofactoren ervan te bestrijden. De persoonsgerichte aanpak en de nadruk op het chronische karakter van de ziekte zijn essentiële elementen om deze strategieën uit te werken.

1.3. : seksuele en reproductieve zorgen, inclusief aids en SOA's (SDG 1, 5 & 3:targets 1, 7 & 8)

42. Door de integratie van SRGR in de algemene gezondheidszorg beoogt België bij te dragen tot de uitvoering van de 3 basisprincipes van zijn ontwikkelingsbeleid voor Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten: een benadering gestoeld op mensenrechten, het recht op gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen en een integrale en positieve benadering tot seksualiteit en voortplanting.

43. Een geïntegreerd nationaal gezondheidssysteem moet brede en aangepaste SR-diensten kunnen verzekeren. Deze diensten moeten instaan voor preventie, behandeling en zorg, inclusief van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) aids, seksueel geweld en schadelijke praktijken, en inclusief gezinsplanning en fertiliteitsproblemen. Vrouwen en jongeren moeten een bevoorrechte plaats krijgen zowel als doelgroep als in het beheer van het systeem.

44. Preventie vereist een multisectoriële benadering voor degelijk onderwijs, informatie en sensibilisering.

45. De Belgische Ontwikkelingssamenwerking kan zinvol bijdragen tot de verbetering van de seksuele en reproductieve gezondheid op drie vlakken: (1) de integratie in het nationaal gezondheidssysteem, (2) de promotie van SRGR binnen het gezondheidszorgsysteem en (3) de steun om seksuele en reproductieve zorgen beter te doen bijdragen tot duurzame ontwikkeling.

Module 2: Ondersteuning voor essentiële middelen ten behoeve van geïntegreerde gezondheidszorgsystemen

2.1 : De beschikbaarheid van kwaliteitsvol gezondheidspersoneel op een evenredige manier verzekeren, ook in ruraal gebied (SDG 8 & 3: targets 8 & c)

46. Om doeltreffend te zijn moet een gezondheidssysteem beschikken over een kritische massa aan personele en materiële middelen. In Afrikaanse landen zijn deze echter ontoereikend en is er een onevenwicht tussen de te hoge investeringsuitgaven (40 à 50 procent van het gezondheidsbudget in de overheidssector, tegenover 5 procent in rijke landen) en exploitatiekosten. Op die manier blijven er na de salariskosten, goed voor ongeveer twee derde van de terugkerende uitgaven, nog maar weinig middelen over voor verbruiksartikelen, met inbegrip van de farmaceutische producten waartoe de toegang voor meer dan de helft van de bevolking in bepaalde landen beperkt is. Dit tekort aan middelen is in het bijzonder voelbaar met betrekking tot menselijk kapitaal, dat de hoeksteen vormt van een doeltreffend gezondheidssysteem. De omvang van het probleem plaatst Afrika in het middelpunt van de mondiale crisis op het gebied van gezondheidspersoneel.

47. België kan zijn steentje bijdragen, met name aan het overleg van actoren ter ondersteuning van de uitvoering van de ontwikkelingsplannen op het gebied van gezondheidspersoneel, aan de bevordering van de inachtneming van ethische en deontologische normen – in het bijzonder de eerbiediging van patiënten en hun sociaal-culturele identiteit –, aan de strijd tegen corruptie en aan rechtvaardigheid en de genderdimensie, onder meer via de bevordering van maatregelen ter vermindering van de ongelijkheden in de geografische spreiding van gezondheidspersoneel in deze landen. België kan steun verlenen aan maatregelen om zorgberoepen voor nationale gezondheidsmedewerkers aantrekkelijker te maken en aan opleidingen volgens de behoeften zoals aangegeven in het nationaal ontwikkelingsplan op het gebied van gezondheidspersoneel. België zou ook moeten inzetten op de naleving van de ethische normen van de Praktijkcode van de WHO voor de Internationale Aanwerving van Gezondheidspersoneel uit arme landen en op de compensatie van de eventuele negatieve gevolgen van de aanwerving van een gezondheidsmedewerker voor het lokale gezondheidssysteem.

2.2 : Toegang tot en juist gebruik van kwaliteitsvolle essentiële farmaceutische producten (SDG 3: targets 8 & b)

48. De module "Toegang tot en juist gebruik van kwaliteitsvolle essentiële farmaceutische producten" heeft als doel dat de door de Belgische Ontwikkelingssamenwerking gefinancierde programma's bijdragen aan de ondersteuning van gezondheidssystemen die begunstigden toegang verzekeren tot kwaliteitsvolle essentiële farmaceutische producten en in fine tot het juiste gebruik ervan, zowel door de ontvanger als door de dienstverlener.

49. Kwaliteitsvolle, essentiële farmaceutische producten moeten permanent en in voldoende hoeveelheden beschikbaar zijn in het kader van operationele gezondheidssystemen, in de passende galenische vorm en tegen een betaalbare prijs. Oneigenlijk gebruik, ontoegankelijkheid en slechte kwaliteit van farmaceutische producten hebben desastreuze gevolgen voor het vertrouwen in het

gezondheidssysteem, de volksgezondheid (morbiditeit, sterfte en geneesmiddelenresistentie), de levenskwaliteit van miljoenen mensen en de productiviteit en dragen zodoende bij tot armoede.

50. De Belgische Ontwikkelingssamenwerking kan hiertoe bijdragen (1) door partnerlanden te helpen bij het ontwikkelen van farmaceutische strategieën in het kader van de versterking van de nationale gezondheidssystemen, (2) door de kwaliteit van farmaceutische producten in door de Belgische Ontwikkelingssamenwerking gefinancierde programma's te garanderen en ten slotte (3) door beleidscoherentie te bevorderen met betrekking tot de toegang tot kwaliteitsvolle farmaceutische producten voor de bevolking van de partnerlanden, met bijzondere aandacht voor de kwaliteit van deze producten, een niche waarin België zich onderscheidt.

2.3 : Gezondheidsfinanciering in het kader van universele toegang tot gezondheidszorg (SDG 3: targets 8, c & d)

51. Universal Health Coverage (UHC) heeft tot doel de hele bevolking toegang te geven tot de nodige preventie- en zorgdiensten, palliatieve zorgen, revalidatiediensten en gezondheidsbevorderende diensten en ervoor te zorgen dat deze diensten voldoende kwaliteitsvol zijn om doeltreffend te zijn, zonder dat de kosten ervan te hoog oplopen voor de begunstigden. De beoordeling van de recente door het ITG[xxviii] uitgevoerde proefprojecten rond UHC brengt zes factoren in kaart die een invloed hebben op het slagen of mislukken van de toegang tot gezondheidszorg. De keuze van het financieringsmechanisme is daarbij een van de belangrijkste factoren.

52. Universal Health Coverage (UHC) is een complex proces, gekenmerkt door uitdagingen, verschillende mogelijke paden en valkuilen. Maar het is wel mogelijk en haalbaar. De weg naar UHC vereist een langdurig politiek engagement, technisch inzicht en politieke inzicht en politieke handigheid.[xxix]

53. De financieringskeuzes moeten bijdragen aan het tot stand brengen van universele toegang en kunnen de verantwoordingsplicht van de dienstverlener ten opzichte van de ontvanger en de zorgkwaliteit versterken. Dit leidt tot een verandering van paradigma op het gebied van verantwoordelijkheid, transparantie en kostenbeheersing. De financieringssystemen moeten zo een draagvlak worden voor een meer inclusieve en betaalbare gezondheidszorg van betere kwaliteit [xxx].

V. ***Tot Slot***

54. - Recente evoluties zoals de versterkte aandacht voor de minst ontwikkelde landen (MOL) en de fragiele contexten, de uitbraken van grensoverschrijdende epidemieën, nieuwe vooruitzichten te danken aan onder meer Belgisch onderzoek, bij voorbeeld voor slaapziekte en voor niet-overdraagbare en chronische ziekten bevestigen, het belang van de uitbouw van een gezondheidszorgsysteem zodat iedereen, op een gelijkwaardige manier, toegang heeft tot een enkelvoudig kwaliteitsvol zorgsysteem. Het Belgisch model van overleg tussen de overheid, de dienstgebruikers en de dienstverleners blijft een nuttige inspiratie.

55. Het gezondheidszorgsysteem moet flexibel blijven om de kansen en uitdagingen van de toekomst te integreren:

a. De strategie van het geïntegreerde gezondheidssysteem moet nog worden aangepast aan de behoeften en kenmerken van mobiele bevolkingsgroepen (migranten en nomaden). Vreemd genoeg vertonen de inwoners van grote steden ook een bepaalde mobiliteit tussen economische activiteiten in het centrum tijdens de werkuren en activiteiten thuis, meer in de buitenwijken, 's avonds. De oudere bevolking brengt ook een specifieke uitdaging met zich mee: het gelijktijdig optreden van verschillende ongeneeslijke chronische ziekten bij dezelfde persoon naast infectieziekten.
b. Ook de context evolueert: instabiliteit en conflicten, gevolgen van klimaatverandering, nieuwe epidemieën, slechte voedingsgewoontes, …
c. Het westerse model botst ook op beperkingen met betrekking tot de versterking van personele middelen: opleiding, motivatie en (veilige) arbeidsomstandigheden.
d. Dankzij ICT-technologieën kunnen communicatie-instrumenten worden ontwikkeld met patiënten en gemeenschappen, alsook nauwkeuriger instrumenten voor opvolging en evaluatie.
e. De wens van gemeenschappen om hun middelen ter beschikking te stellen van de gezondheid van hun eigen leden werd waarschijnlijk nog onvoldoende gehoord.
f. Het debat over financiering en de Universal Health Coverage worden bemoeilijkt door de ontwikkeling van een officiële op winst gerichte sector voor diensten en dienstverleners. Er zijn nog steeds te weinig voorbeelden van vruchtbare samenwerkingen.
g. De laatst ontwikkelde technologieën en geneesmiddelen worden tegen onbetaalbare prijzen op de markt gebracht (zelfs in rijke landen). Staten zullen moedige standpunten moeten innemen om het pleidooi voor de toegang tot deze vernieuwingen kracht bij te zetten en maatregelen te treffen om deze toegang te garanderen.

56. Kortom, er zullen aanzienlijke onderzoekinspanningen nodig zijn om op grote schaal succes te boeken, maar vooral om te vermijden dat de gekende mislukkingen zich herhalen.

Referenties

[i] WHO (1946). *Constitution of the WHO*. Adopted by the International Health Conference held in New York 6/19 -7/22 1946.
[ii] Wet betreffende de Belgische Ontwikkelingssamenwerking (2013) : art. 3 & 9
[iii] http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/beleidsthemas/mensenrechten
[iv] (zie §3 van de World Health Report 2008: p.41 – 60, "Primary Health Care now more than ever") (zie vb. Niger contraceptie na integratie fig. 3.1 en vb. gemiste kansen voor preventie moeder-kind transmissie van hiv door gebrek aan integratie fig.3.2).
[v] http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/
[vi] https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld
[vii] Conférence de Dakar on health districts in Africa (2014): http://www.be-causehealth.be/wp-content/uploads/2017/03/Dakar-Conference-Final-Report.pdf
[viii] HERA, ALTER en ETC (2005). Evaluatie van de gezondheidssector van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking.
[ix] Be-cause Health (2007). Cadre conceptuel de la coopération belge en santé: « Investir dans la santé pour un meilleur bien-être ». Dit is opgevat als een dynamisch en participatief referentiedocument.
[x] http://www.be-causehealth.be/media/57464/Compiled%20report%20SRHR%20study%20-%20Oct%202013%20-%20FINAL.pdf
[xi] UHC WHO 2010, Sociale determinanten (Brazilië), global health (EU), Dakar, SDG post 2015
[xii] https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/beleidsnota_gezondheidszorg.pdf
[xiii] https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/beleidsnota_gezondheidszorg_addendum.pdf
[xiv] https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/beleidsnota_seksuele_reproductieve_gezondheid.pdf
[xv] https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/beleidsnota_aidsbestrijding.pdf
[xvi] Conceptnota sociale bescherming voor iedereen.
http://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/strategienota
[xvii] Cadre conceptuel de la coopération belge en santé « Investir dans la santé pour un meilleur bien-être » Be-cause Health décembre 2007
[xviii] http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
[xix] http://www.who.int/whr/2008/en/index.html
[xx] http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/folder_srgr_nl_tcm314-209370.pdf
[xxi] http://www.who.int/whr/2008/en/index.html: eerste hoofdstuk
[xxii] Seminarie Human Resources (Be-Cause Health 2005): 'Human Resources for Health: Confronting complexity and diversity', achtergrondinformatie over de HR problemen in ontwikkelingslanden. Zie http://www.itg.be/becausehealth/
[xxiii] 'Drugs, cure or curse', Aanbevelingen . Seminaire Because Health , december 2007.
[xxiv] doeltreffendheid van de ontwikkelingshulp: verklaringen van Parijs, Accra en Busan
[xxv] http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf p. vi
[xxvi] Strategienota digital for development: http://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/strategienota_d4d.pdf
[xxvii] http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
[xxviii] Towards Universal Coverage in the majority world- Transversal findings &lessons learnt, a summary - Werner Soors, Jeroen De man, Pascal Ndiaye&Bart Criel
[xxix] Moving towards UHC : lessons from 11 countries (Lancet 2015)
[xxx] World Health Report WHO 2010 : Health systems financing: the path to universal coverage: http://www.who.int/whr/2010/en/