

## Verdediging van het recht op zorg en gezondheid voor iedereen, van internationaal naar lokaal ... en omgekeerd

*Valérie Van Belle, Thomas Istasse, Pieter Van Wolvelaar, dienst internationale samenwerking van LCM*

*Met medewerking van Naïma Regueras, dienst R&D van LCM*

### Samenvatting

*Na een korte toelichting over de internationale context over gezondheid, heeft dit artikel als doel de rol van de mutualiteiten met betrekking tot een universele dekking van de gezondheidszorg te onderzoeken. Dit is één van de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling die door de Verenigde Naties zijn vastgelegd. Vervolgens bestuderen we de acties van CM met haar partners van het Zuiden en het Oosten (technische bijstand, versterken van capaciteit, studies en beleidsbeïnvloeding, leer van het solidair wereldburgerschap, mobilisatie van lokaal niveau naar internationaal niveau) door ze telkens met een concreet voorbeeld te verduidelijken.*

*Sleutelwoorden: internationale samenwerking, doelstellingen voor duurzame ontwikkeling, recht op gezondheid, universele dekking van de gezondheidszorg, mutualiteiten, partnerschap, Afrika, technische bijstand, versterking van capaciteit, beleidsbeïnvloeding, leer van het solidair wereldburgerschap, mobilisatie*

### 1. Evolutie van de internationale context op het vlak van gezondheid

Hoewel de levensverwachting in de wereld blijft stijgen, met 5 jaar tussen 2000 en 2015<sup>1</sup> - wat een aanzienlijke stijging is - blijven er binnen één land en tussen landen onderling grote gezondheidsongelijkheden bestaan.

Kinderen die in 2015 geboren zijn, kunnen ervan uitgaan dat ze tot 71,4 jaar oud worden (73,8 jaar voor meisjes en 69,1 jaar voor jongens), maar op individueel niveau is het vooruitzicht afhankelijk van de geboorteplaats. Pasgeboren kinderen in 29 landen, allemaal met een hoog inkomen, hebben een gemiddelde levensverwachting van minstens 80 jaar, terwijl in 22 andere landen, allemaal Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara, de gemiddelde levensverwachting lager dan 60 jaar ligt.

Hoe kunnen we in deze wereldwijde context, waar ongelijkheden blijven toenemen, zorgen voor een betere verdeling van economische en sociale vooruitgang? Hoe kunnen we armoede bestrijden en individuen en families helpen om het hoofd te bieden aan tegenslagen in het leven, zoals ziekte, inkomensverlies, een financiële crisis of onverwachte rampen?

We moeten hiervoor diverse en complexe uitdagingen overwinnen, op de eerste plaats het klimaat en de demografie. Wat betreft de vele risico's, moeten de staten geleidelijk sociale systemen tot stand brengen die meer beschermend en rechtvaardig zijn, in plaats van ze te ontmantelen, zoals de Europese landen geneigd zijn te doen als reactie op de crisis van openbare financiën. Het is in ieders belang dat een zo hoog mogelijk niveau van sociale bescherming wordt gevestigd, in plaats van uit te monden in een veralgemeende sociale dumping.

## Sustainable Development Goals (SDG's)

De Verenigde Naties hebben in september 2015 doelen inzake gezondheid vastgelegd in de **doelstellingen voor duurzame ontwikkeling** (SDG). Belangrijke tekortkomingen op het vlak van gegevens moeten worden weggewerkt om de vooruitgang voor de SDG op het vlak van gezondheid op te volgen. Er wordt bijvoorbeeld geschat dat 53% van de overlijdens in de wereld niet wordt geregistreerd.

Hoewel de millenniumdoelstellingen voor ontwikkeling (MDG; Millennium Development Goals), die vooraf gingen aan de SDG, aandacht hadden voor een beperkte verzameling specifieke gezondheidsdoelen voor bepaalde ziektes tegen het jaar 2015, zijn de SDG gericht op 2030 en hebben ze een grotere draagwijdte. Ze omvatten een algemene doelstelling voor gezondheid "Iedereen in staat stellen om gezond te leven en het welzijn van iedereen op elke leeftijd bevorderen" en verzoeken met name om de invoering van "een universele dekking van de gezondheidszorg, die bescherming biedt tegen financiële risico's en toegang geeft tot kwaliteitsvolle essentiële gezondheidsdiensten en tot betrouwbare, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betaalbare geneesmiddelen en vaccins."

De Internationale gezondheidsstatistieken van dit jaar tonen dat bepaalde landen, met name in de regio's van Afrika en het oostelijke Middellandse-Zeegebied, nog ver verwijderd zijn van de universele dekking van de gezondheidszorg, zoals gemeten aan de hand van het beoordelingscriterium van **toegang tot 16 essentiële diensten**. Elk jaar moeten ongeveer 44 miljoen huishoudens, dat wil zeggen meer dan 150 miljoen mensen ter wereld, het hoofd bieden aan catastrofale uitgaven<sup>2</sup>, en ongeveer 25 miljoen huishoudens of meer dan 100 miljoen individuen belanden in armoede, omdat ze voor deze diensten moeten betalen. Bovendien gaat de impact van rechtstreekse betalingen door de gebruiker van de gezondheidszorg verder dan alleen de catastrofale uitgaven. Veel mensen beslissen om geen beroep te doen op de diensten, gewoonweg omdat ze zich hetzij de directe kosten, zoals consultaties, geneesmiddelen en laboratoriumtests, hetzij de indirecte kosten, zoals vervoer en speciale voeding, niet kunnen veroorloven. Arme gezinnen worden vaak nog armer wegens de negatieve gevolgen van ziekte op hun inkomen en hun algemeen welzijn. Eén van de bezorgdheden van de beleidsmakers moet erin bestaan de bevolking te beschermen tegen een financiële ramp en tegen een verarming als gevolg van het gebruik gezondheidszorgdiensten.

Het verslag bevat gegevens die de ongelijkheden op het gebied van toegang tot gezondheidsdiensten in de landen, tussen de armste inwoners van een bepaald land en het nationale gemiddelde voor de gezondheidszorg voor moeders, kinderen en de reproductieve gezondheidszorg in haar geheel illustreren. Van een beperkt aantal landen met recente gegevens, staan Costa Rica, Jordanië, de Malediven, Mongolië, Oezbekistan, Swaziland en Thailand bovenaan hun respectieve regio's wat betreft de meest gelijke toegang tot gezondheidszorg voor moeders, kinderen en reproductieve gezondheidszorg.

## 2. Universele dekking van de gezondheidszorg (UHC, Universal Health Coverage)

De doelstellingen voor duurzame ontwikkeling (SDG) wijzen op een vernieuwd internationaal engagement ten gunste van de gezondheidszorg, ondersteund door doel 3.8 betreffende de universele dekking van de gezondheidszorg (UHC): ***"Ervoor zorgen dat iedereen kan genieten van een universele dekking van de gezondheidszorg, die bescherming biedt tegen financiële risico's en toegang geeft tot kwaliteitsvolle essentiële gezondheidsdiensten en tot betrouwbare, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betaalbare medicijnen en vaccins"***. Volgens Margaret Chan, directeur-generaal van de WGO (tot eind juni 2017), is "de universele dekking van de gezondheidszorg het meest doeltreffende concept dat de volksgezondheid kan

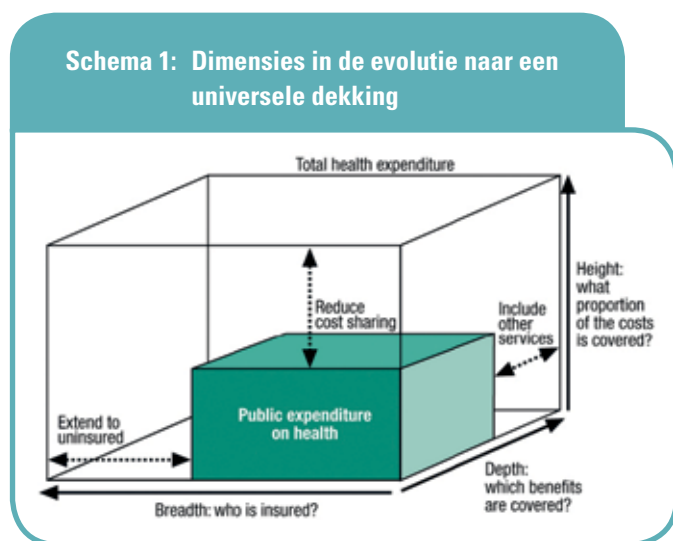
bieden. Ze heeft betrekking op alle individuen. Ze verenigt de diensten en levert deze diensten op alomvattende en geïntegreerde wijze, op basis van de primaire gezondheidszorg."

Volgens de WGO moet er met drie dimensies rekening worden gehouden bij de evolutie in de richting van een universele dekking (schema 1):

- Toename: vermindering van de kosten voor gezondheidszorg, vooral voor rechtstreekse betalingen ("out-of-pocketkosten" of OOP), zodat de kosten voor gezondheidszorg geen financiële problemen veroorzaken voor de gebruikers.
- Uitbreiding: uitbreiding van de dekking naar groepen die, tot nu toe, uitgesloten worden van gezondheidszorg, zodat iedereen die dit nodig heeft toegang krijgt tot gezondheidszorg, ongeacht hun financiële middelen;

2 De gezondheidsuitgaven worden als catastrofaal beschouwd als ze hoger of gelijk zijn aan 40% van het inkomen dat niet voor het levensonderhoud van een huishouden wordt weerhouden, dat wil zeggen het beschikbare inkomen nadat aan de basisbehoeften is voldaan.

- Verdere ontwikkeling: uitbreiding van de diensten en prestaties, van primaire zorgen naar meer gespecialiseerde zorgen. Deze dimensie heeft ook betrekking op de kwaliteit van het zorgaanbod;



De staten moeten dus in deze drie richtingen vorderingen maken. De landen staan voor elk van deze dimensies evenwel voor moeilijke keuzes: voor welke groepen moet de dekking prioritair worden uitgebreid? Welke diensten moeten eerst worden ontwikkeld? Hoe schakelen we van een systeem van rechtstreekse betalingen door de gebruiker over naar een systeem van vooruitbetaling? Om hen te begeleiden, bevelen het adviescomité van de WGO voor rechtvaardigheid en de UHC een strategie van drie stappen aan:

- Verschillende categorieën diensten oprichten op basis van een kosten-batenanalyse om te bepalen welke diensten prioritair zijn voor de bevolking.
- Als eerste een universele dekking voor deze prioritair diensten verzekeren. Dit betekent het wegwerken van rechtstreekse betalingen (OOP), terwijl een systeem van verplichte vooruitbetaling wordt ingevoerd.
- Er hierbij voor zorgen dat de kwetsbare groepen (laag inkomen en plattelandsbevolking) niet worden uitgesloten.

### 3. De UHC en het recht op gezondheidszorg

Het recht op gezondheidszorg is een fundamenteel recht van de mens, dat wordt bekrachtigd door verschillende internationale instrumenten, waaronder de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, waarin in artikel 25 wordt bepaald: "Eenieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin."

Natuurlijk dragen de vorderingen in de richting van een universele dekking van de gezondheidszorg bij aan de verwezenlijking van het recht op gezondheidszorg:

- De UHC beoogt hoofdzakelijk het wegwerken van de financiële barrières voor toegang tot de gezondheidszorg, wat in overeenstemming is met de verplichting die voortvloeit uit het recht op gezondheidszorg dat de staten verplicht om voor iedereen, met inbegrip van de armsten, toegang tot een gezondheidszorgsysteem te verzekeren.
- De UHC heeft tot doel het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel te versterken (in tegenstelling tot verticale programma's die gericht zijn op specifieke ziektes of infecties), wat aansluit bij de vereisten van het recht op gezondheidszorg om te beantwoorden aan de prioritair behoeften van de bevolking.
- Kortom, de UHC en het recht op gezondheidszorg zijn beide toepasselijk in alle landen, ongeacht hun niveau van economische ontwikkeling.

De UHC en het recht op gezondheidszorg zijn nochtans niet volledig equivalent:

- Het recht op gezondheidszorg vereist vooruitgang zowel op het niveau van het gezondheidszorgsysteem als op het niveau van de sociale gezondheidsdeterminanten. De instrumenten betreffende de UHC blijven echter vaag over de sociaaleconomische factoren van gezondheid.
- De aandacht die door de UHC wordt besteed aan de financiële barrières voor gezondheidszorg dreigt de aandacht af te leiden van andere vormen van uitsluiting.
- Het concept van de UHC kent te veel gewicht toe aan commerciële particuliere ondernemingen en benadrukt onvoldoende de primaire verantwoordelijkheid van de overheid.

### 4. De mutualiteiten en de UHC

CM steunt al 25 jaar ziekenfondsinitiatieven in Afrika en Centraal-Europa. CM en haar partners delen de overtuiging dat de mutualiteiten één van de strategieën zijn om de universele ziektekostenverzekering te verwezenlijken.

## 4.1. Samenwerkingsverbanden van CM

Christelijke Mutualiteit	Land / regio	Partnerorganisatie
Oost-Henegouwen (Anderlues)	Mali / Ségou	<b>UTM</b> (Union technique de la Mutualité malienne)
Provincie Luxemburg (Aarlen)	Benin / Bembéréké	<b>Aprosoc</b> (Actions pour la protection sociale)
Verviers-Eupen	Senegal / Thiès	<b>Graim</b> (Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes) <b>URMST</b> (Union régionale des mutuelles de santé de la région de Thiès)
Luik	Burkina Faso	<b>RAMS</b> (Réseau d'appui aux mutuelles de santé)
Henegouwen-Picardië	Congo / Zuid-Kivu Palestina Libanon	<b>REMUSACO</b> (Réseau des mutuelles de santé communautaires) - Bukavu
Saint-Michel	Congo / Noord-Kivu (Butembo – Beni)	<b>Musosa</b> (Mutuelle de solidarité pour la santé) – <b>CGAT</b> (Cellule de gestion des risques et d'appui technique) Bijkantoor van Beni
Provincie Namen	Congo / Kinshasa	<b>CGAT</b> (Cellule de gestion des risques et d'appui technique) Bijkantoor van Kinshasa
Waals-Brabant	Benin / Sinendé	<b>Aprosoc</b> (Actions pour la protection sociale)
Waas en Dender	Guinee	<b>Dynam</b> (Dynamique mutualiste)
Midden-Vlaanderen	Burundi / Gitega Polen / Torun	<b>MUNASA</b> (Mutuelle nationale de santé) <b>SWP Flandria</b>
Mechelen-Turnhout	Congo Roemenië / Slatina Timis	<b>Congodorpen</b> <b>ADAM</b>
Roeselare-Tielt	Congo	<b>Congodorpen</b>
Oostende-Veurne-Diksmuide	Polen / Trojmiasto	<b>SWP Flandria</b>
Zuid-West-Vlaanderen	Polen / Bydgoszcz	<b>SWP Flandria</b>
Sint-Michielsbond	Polen / Poznan	<b>SWP Flandria</b>
Brugge	Roemenië / Cluj	<b>ADAM</b>
CZ Sint-Pietersbond	Guatemala (CM-ACV-Beweging.net- WS project)	

De mutualiteiten spelen namelijk een rol in de drie dimensies van de UHC:

- **Toename:** Door de risico's onder elkaar te verdelen en een systeem van vooruitbetaling in te voeren, kunnen ze hun leden toegang geven tot betaalbare zorg. De mutualiteiten komen tussenbeide als katalysatoren van de financiering van de gezondheidszorg door de bevolking en garanderen hun leden een rechtvaardigere toegang die financieel minder zwaar is dan voor afzonderlijke individuen.
- **Uitbreiding:** meer leden betekent meer personen die beschermd zijn door een ziekteverzekering. De mutualiteiten beantwoorden goed aan de oplossingen van uitbreiding van de sociale bescherming in de sector van de informele economie, maar deze worden ook grotendeels aangenomen door de werknemers van de formele economie, wanneer ze niet beschikken over alternatieven die door de overheid of hun werkgevers worden geregeld, of wanneer deze ontoereikend zijn.
- **Verdere ontwikkeling:** de mutualiteiten onderhandelen met de zorgaanbieders over een uitgebreid en kwaliteitsvol

gamma tegen een vaste prijs en ontwikkelen andere aanvullende diensten.

De meerwaarde van de mutualiteiten beperkt zich niet tot hun bijdrage aan de drie dimensies van UHC. De mutualiteiten bestaan uit participatiestructuren en structuren van democratisch beheer die volledig berusten op hun leden, wat een actief en voortdurend proces van sensibilisering en onderling overleg inhoudt. Dit geeft hen een unieke sociale nabijheid, waardoor ze van dichtbij de behoeften van de bevolking kunnen volgen. Bovendien zijn de mutualiteiten niet op winst gericht en herinvesteren ze hun opbrengst in de vergoedingen en de diensten aan hun leden.

Het ziekenfondsmodel kent echter beperkingen van verschillende aard:

- De vrijwillige inschrijving blijft een obstakel voor het verwerven van een groter aantal leden in een context waarin de koopkracht van een huishouden, dat met verschillende behoeften wordt geconfronteerd, heel beperkt blijft. Vroeg of

laat vereist de overgang naar meer schaalvergroting de actieve betrokkenheid van de Staat en waarschijnlijk een vorm van verplichte aansluiting.

- De eerste jaren kampte de oprichting van een ziekenfondsmodel met een gebrek aan flexibiliteit en werd zijn complexiteit onderschat. Dit aspect verdween grotendeels doordat er in de partnerlanden afdelingen voor technische bijstand aan de mutualiteiten werden opgericht. In deze afdelingen maken de experts zich meester van de technieken van de ziekteverzekering.
- In veel Afrikaanse landen laat het zorgaanbod te wensen over, wat de huishoudens natuurlijk belemmert een deel van hun schaarse middelen te investeren in een bijdrage voor een mutualiteit.
- Hoe gering de bijdrage ook is, ze blijft een obstakel voor de dekking van de armste groepen (behoefigen). Om de universele dekking te realiseren, moeten de regeringen subsidiemechanismen voorzien die de aansluiting van de meest hulpbehoevenden vergemakkelijkt.
- Te vaak spelen de autoriteiten hun rol in de regeling van het zorgaanbod niet goed, wat met name resulteert in een anarchistische tariefbepaling. De mutualiteiten hebben mechanismen ingevoerd (tariefovereenkomsten, controle door adviserend geneesheren,...). Deze mechanismen hebben echter nog niet de nodige kritische massa bereikt om een reële impact op de kwaliteit en kost van de gezondheidsdiensten te hebben.
- Zelffinanciering is een utopie. De geschiedenis van de ziekenfondsbeweging in West-Europa herinnert ons eraan dat een aanvullende financiële steun bovenop de bijdragen van de leden een doorslaggevende politieke beslissing was in termen van toegang tot gezondheidszorg en sociale bescherming van de bevolking. Vandaag de dag worden externe geldschieters belast met het merendeel van de beheerskosten. Een beleid van subsidiëring door de Staat is noodzakelijk om de werking van de mutualiteiten en de aansluiting van de armsten te garanderen.

Zowel op Belgisch als op internationaal niveau komen vele ontwikkelingsactoren tussen in de gezondheidszorgsector. Terwijl velen tot op heden hun eigen visie op de organisatie van gezondheidszorg voorstelden, heeft het concept van “**universele ziektekostenverzekering**”, geïntroduceerd door de WGO in de Rapporten betreffende de wereldgezondheid van 2008 en 2010, alle actoren in staat gesteld zich aan te sluiten bij deze gemeenschappelijke visie op lange termijn. Maar de interventiestrategieën van deze actoren, evenals hun positie ten opzichte van mutualiteiten, zijn verschillend gebleven.

Hoewel verschillende organisaties de ziekenfondsbeweging in Afrika vanaf het begin hebben begeleid en aangemoedigd, is het ziekenfondsmodel ook zwaar bekritiseerd door andere actoren van de ontwikkelingssamenwerking.

De WGO beschouwt de mutualiteiten en meer in het algemeen alle mechanismen van facultatieve verzekering als “een noodzakelijke eerste stap”<sup>3</sup> als de economische en fiscale context slechts lage niveaus van belastinginning of vergoedingen voor verplichte verzekering toelaat.

#### 4.2. Rwanda, ‘goede leerling’ van de Wereldbank

Dit land is het voorbeeld dat door de Wereldbank naar voren wordt gebracht wat betreft de toegang van armen tot een ziekteverzekering.

In 1999 introduceerde de Rwandese regering, met steun van de Amerikaanse coöperatie (USAID), een pilootprogramma voor de ontwikkeling van mutualiteiten. In 2006 werd dit beleid op nationaal niveau ingevoerd: het aantal aansluitingen bij een mutualiteit steeg van 7% in 2003 naar 74% in 2013. Deze spectaculaire toename is toe te schrijven aan verschillende factoren:

- de verplichting voor alle burgers om bij een mutualiteit te zijn aangesloten, opgelegd vanaf 2008;
- de betaling van de premie door overheidssubsidies voor de armste huishoudens (die 27% van de leden vertegenwoordigen);
- de gelijktijdige toepassing van verschillende programma’s om de kwaliteit van de zorg te garanderen en de kosten te bedwingen, met name via financiering gebaseerd op resultaten.

Het Rwandese systeem wordt als een succes beschouwd, zelfs onder de critici tegenover mutualiteiten:

- de dekking is zeer hoog (meer dan 90% van de bevolking als we de verschillende stelsels combineren) en de risico’s worden op nationaal niveau gedeeld;
- het aandeel van rechtstreekse betalingen (OOP) in de financiering van de gezondheidszorg is van 28% naar 12% gedaald;
- het gebruik van gezondheidsdiensten is aanzienlijk gestegen (1,23 consultaties per persoon per jaar, wat hoger is dan de minimumnorm van de WGO);
- Rwanda heeft zijn gezondheidsindicatoren aanzienlijk verbeterd, in het bijzonder voor de gezondheid van kinderen.

Verschillende kenmerken wijken echter af van het ziekenfondsmodel of maken het moeilijk toepasbaar in andere landen:

- Afwezigheid van het aspect “sociaal-democratische beweging”: ook al zijn er op lokaal niveau comités van mutualiteiten die belast zijn met sensibilisering, het grootste deel van het beheer blijft in handen van de centrale regering.
- Dwang eigen aan een autoritair regime. De lokale autoriteiten moeten controleren of de verplichting van aansluiting bij een mutualiteit wordt nageleefd, elke districtsburgemeester tekent hiervoor een contract met de president van de republiek. Deze dwang wordt vervolgens op de bevolking uitgeoefend: diegene die de verplichting niet naleeft moet, bijvoorbeeld, onder dwang zijn vee verkopen om de vergoeding te betalen.
- Het systeem is sterk afhankelijk van externe financiële hulp die zorgt voor het betalen van de vergoeding van de armsten, de inclusie van de diensten van de referentieziekenhuizen of het ten laste nemen van de beheerskosten; wat duidelijke problemen oplevert wat betreft de duurzaamheid van het systeem.

Zoals andere internationale organisaties erkent de Wereldbank, in zijn “strategie van sociale bescherming voor Afrika” de ziekteverzekering als “een hulpmiddel voor het verbeteren van de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidsdiensten om de bevolking te beschermen tegen de financiële last van een ziekte”. Achter dit principiële engagement ten gunste van de sociale bescherming en de ziekteverzekering zijn echter verschillende elementen van de strategie van de Wereldbank zichtbaar:

- Deze strategie is zeker bedoeld om de landen te helpen om “de elementen te verschaffen die nodig zijn voor de oprichting van volledige en duurzame systemen van sociale bescherming”, maar alleen “op langere termijn” en vooral voor landen met een gemiddeld inkomen. Op dit moment wordt de sociale bescherming slechts beschouwd als een oplossing op korte termijn, die de armsten kan beschermen tegen de gevolgen van conjuncturele schokken en crisissen.
- De sociale vangnetten, en in het bijzonder de financiële overdrachten, worden naar voren gebracht en beschouwd als de meest efficiënte en doeltreffende programma’s.
- De burgermaatschappij wordt maar zelden vermeld, de sociale bewegingen (met name vakbonden) daarentegen zijn volledig afwezig.

Daarenboven blijkt de positie van de Wereldbank ten opzichte van mutualiteiten in de praktijk minder genuanceerd dan haar strategiedocument doet denken. Onlangs heeft de Wereldbank, in de DR Congo<sup>4</sup>, zich er tegen verzet dat de mutualiteiten worden vermeld in het nationaal beleid van sociale bescherming, zolang een onderzoek hun impact niet heeft geëvalueerd.

## 5. De internationale samenwerking van CM

Via haar activiteiten van internationale samenwerking wil CM de rol van de mutualiteiten in de systemen van gezondheidszorg ontwikkelen, hun impact op de nationale en internationale beleidsmakers versterken en bijdragen aan de oprichting van een solidaire, wereldwijde sociale bescherming, door de niet-gereguleerde privatisering en de commercialisering van de gezondheidszorg te verhinderen.

### 5.1. Technische bijstand aan partners

De Dienst internationale samenwerking en de Dienst Europese zaken van CM kunnen voor haar partners in het Zuiden en Centraal-Europa op verschillende domeinen het verschil maken. Terwijl de dagelijkse opvolging van onze partners in het Zuiden veeleer verzekerd wordt door onze collega’s van WSM, spelen de diensten meer de rol van expert van technische en thematische aspecten van een mutualiteit.

Deze insteek vond men ook terug in het mutualistische programma MASMUT waar de dienst internationale samenwerking intens aan heeft meegewerkt de afgelopen 3 jaren. Het programma dat van start is gegaan op 1 juli 2014 had als algemene doelstelling dat de mutualiteiten van Burundi, DRC, Burkina Faso, Senegal, Mali en Togo bijdragen tot een universele dekking van het ziekterisico.

Om deze doelstelling te bereiken werd op verschillende terreinen ingezet. Een belangrijk terrein was de technische ondersteuning van de verschillende mutualistische platformen. De expertise die de Belgische mutualiteiten hebben opgedaan doorheen de jaren werd gedurende het hele programma gebruikt en gedeeld met onze mutualistische partners in het Zuiden. Deze uitwisseling van expertise heeft er mee toe geleid dat de nationale platformen hun technische capaciteiten op vlak van het ziekenfondsbeheer en ziekteverzekering versterkt hebben en dit, via aangepaste opleidingen, maar ook via de uitwisseling van ervaring en de ontwikkeling van netwerken.

<sup>4</sup> Commentaires du Groupe Inter-Bailleurs de PS sur le Projet de Politique Nationale de Protection sociale en RDC, september 2015.

## Missie van de MCPN (CM van de provincie Namen) met de ziekenhuizen

De technische bijstand aan partners kan ook een concrete vorm aannemen via de regionale ziekenfondsen en de netwerken waarop ze in hun regio een beroep kunnen doen, zoals bijvoorbeeld dit recente project van het ziekenfonds Namen.

In 2013 heeft de MCPN het internationale partnerschap in DR Congo voortgezet door ervoor te kiezen de actie van een bijkantoor voor technische bijstand aan de mutualiteiten te ondersteunen, de CGAT (zie hoger) op het gebied van opkomst van een ziekenfondsmodel in DR Congo.

In de loop van de uitwisselingen en door opeenvolgende missies is het ons duidelijker geworden dat de opkomst van een sterk ziekenfondsmodel ook gedeeltelijk berust op een kwaliteitsvol en toegankelijk zorgaanbod. Hoe kunnen we een burger vragen zich aan te sluiten bij een mutualiteit als de zorg moeilijk toegankelijk of van slechte kwaliteit is?

We hebben de kans gehad om deze bevindingen te delen met de CHU-UCL-Namur, verzorgingsinstelling van het medisch-sociale netwerk dicht bij de MCPN. Gaandeweg ontstond het idee van een verkennende missie, met als doel eventuele samenwerkingen te bekijken op het gebied van gezondheid en mutualiteit. De missie die in april 2017 plaatsvond, wisselde ontmoetingen met zorgverstrekkers (gezondheidscentra, ziekenhuizen, ...) af met "mutualistische" ontmoetingen en werd kracht bijgezet door een gezamenlijke werkdag van CGAT, ziekenhuizen van Kinshasa, CHU-UCL-Namur en MCPN. Op basis van de sterke punten, verwachtingen en behoeften van eenieder, was het de bedoeling van deze dag om mogelijke samenwerkingspistes te ontwikkelen.

Uit de werkzaamheden volgen 3 assen van prioritaire samenwerking: de uitwisseling van praktijken op het gebied van zorg; de logistiek en de infrastructuur; de geneesmiddelen. In dit stadium analyseren de partners de resultaten die de missie heeft voortgebracht en moeten ze in de nabije toekomst in staat zijn om de eerste concrete samenwerkingsactiviteiten te ontwikkelen. Het staat echter wel vast dat het niet de bedoeling is om zich onmiddellijk in een "mammoetproject" te storten, maar om met kleine stappen te beginnen. Deze stappen zullen ook helpen bij het opbouwen en versterken van een wederzijds vertrouwen. Wordt vervolgd in de komende maanden ...

## 5.2. Capaciteitsversterking

De capaciteitsversterking is gelinkt aan technische en thematische ondersteuning voor de partners in het Zuiden en het Oosten. De thematiek van de capaciteitsversterkingen wordt in overleg met onze partners geïdentificeerd en georganiseerd. Het geeft mee structuur en bestendigheid aan onze mutualistische partners. De bedoeling van de capaciteitsversterking is dat er een verbetering van de algemene kennis van partners in het Zuiden en het Oosten wordt gecreëerd via technische en thematische opleidingen. De capaciteitsversterking en de vormingen die eraan gelinkt

zijn, beperken zich echter niet tot onze buitenlandse partners. Ook in België wordt er aan capaciteitsversterking gedaan door middel van vorming en sensibilisatie. Verschillende keren per jaar wordt er naar de CM-diensten en de Christelijke arbeidersbeweging toe een moment voorzien voor een thematische vorming (opleidingsparcours binnen LCM en de CM-Ziekenfondsen).

Naast interne capaciteitsversterking wordt hierrond ook gewerkt bij externen zoals BTC (Belgische Technische Coöperatie), COOPAMI (RIZIV), Internationale stuurgroepen,...

### Capaciteitsversterking voor de Malinese overheid

In het voorjaar van 2017 kreeg de Dienst internationale samenwerking, via onze partner UTM van Mali en MC Hainaut Oriental, de vraag of we een uitwisseling zouden kunnen organiseren voor een Malinese overheidsdelegatie.

Een delegatie van de 'CANAM' (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), het orgaan dat de verplichte ziekteverzekering in Mali beheert en organiseert, komt naar België om te leren hoe in België de sociale bescherming is georganiseerd. Tijdens de uitwisseling ligt het accent op de organisatie van de ziekenfondsen en hun rol in de ziekteverzekering binnen de sociale bescherming.

In Mali is men immers aan het werken aan het project 'Universele ziekteverzekering' wat betekent dat er een integratie zal plaatsvinden van de verplichte ziekteverzekering van de formele sector, de bijstandsregeling van de behoeftigen en het systeem van de niet-verplichte mutualiteiten voor de informele sector. Het is dus een uitgesproken kans voor ons om hen te tonen dat voor het uitbouwen van sociale bescherming het cruciaal is om samen te werken met middenveldorganisaties zoals mutualiteiten om de kwaliteit te garanderen.

Samen met Wereldsolidariteit hebben we verschillende experts van binnen en buiten LCM gemobiliseerd om de Malinese delegatie onder te dompelen in onze visie en expertise omtrent financieel beheer, communicatie en sociale dialoog, medische diensten, juridische aspecten, ... in de hoop dat ze die kennis gaan gebruiken tijdens het uitschrijven van hun nationaal plan omtrent universele ziekteverzekering.

## 5.3. Onderzoeken en beleidsbeïnvloeding

Zoals we in de inleiding hebben gezien, staat de universele dekking van de gezondheidszorg op de internationale agenda, de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling erkennen de rol van de sociale bescherming in de strijd tegen armoede en sociale ongelijkheid en verschillende Afrikaanse staten hebben hervormingen ingevoerd om de volledige bevolking tegen ziektekosten te dekken.

We moeten echter erkennen dat het ziekenfondsmodel vaak wordt miskend en/of bestreden. Vele internationale geldschieters die actief zijn in Afrika wijzen op andere benaderingen (financiering gebaseerd op prestaties, financiële overdrachten, exclusieve financiering van de gezondheidszorg door belastingen, ...) en zijn sceptisch over het nut van mutualiteiten in de Afrikaanse context. In Centraal-Europa heeft de afwezigheid van een ziekenfondsbeweging bijgedragen aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg met twee snelheden.

Het is dus belangrijk dat onze dienst relevante expertise kan verstrekken (rechtstreeks of door een beroep te doen op specialisten) over de universele ziektekostenverzekering en de rol van de mutualiteiten in een systeem van sociale bescherming.

### a. Werken in synergie

Dit onderzoekswerk kan uiteraard niet alleen door onze dienst worden gevoerd. We werken in het bijzonder samen met de dienst "Research & Development" van de Landsbond evenals, voor het Zuiden, de "beleids- en studiedienst" van Wereldsolidariteit die een belangrijke expertise heeft ontwikkeld over fatsoenlijk werk en sociale bescherming, met name ten opzichte van het normatief kader van de IAO. Afhankelijk van het thema, kunnen we ook samenwerken met MASMUT of met onderzoeksinstituten.



## b. Onderzoeken en kapitalisatie

Het onderzoekswerk en beleidsbeïnvloeding zijn nauw met elkaar verbonden: ons einddoel is te bewijzen dat de ontwikkeling van een mutualiteit relevant is in de context van de universele ziektekostenverzekering. We zien deze onderzoeken als hulpmiddelen voor onze partners bij hun politieke acties ten aanzien van hun beleidsmakers, evenals om in het Noorden en in het Zuiden een gemeenschappelijk pleidooi te houden over het belang van een sociaal en solidair gezondheidszorgsysteem.

Sinds de 25 jaar dat CM actief is in de internationale samenwerking, is de internationale context en de situatie van onze partners in het Zuiden en het Oosten natuurlijk sterk geëvolueerd. Maar we nemen waarschijnlijk niet genoeg de tijd om naar het verleden te kijken om de geboekte vooruitgang te meten, de hindernissen waarmee we werden geconfronteerd vast te stellen en er voor de toekomst lessen uit te trekken. De onderzoeken moeten ook gericht zijn op het naar voren brengen van de behaalde resultaten, de sterke en zwakke punten van onze samenwerkingspartnerschappen en op het verspreiden van de “geleerde lessen” om bij te dragen aan de strategische reflectie voor de toekomst.

### **Voorbeeld: Onderzoek naar het potentieel van mutualiteiten in de DRC**

De Congolese autoriteiten hebben een duidelijke doelstelling. Ze willen dat alle Congolezen vóór 2025 van een minimale sociale bescherming kunnen genieten. Om dit te verwezenlijken, willen ze de dekking van alle leden van de informele sector – vertegenwoordigt ongeveer 80% van de bevolking – aan mutualiteiten toevertrouwen. Sommige geldschietters van internationale fondsen, met name de Wereldbank, zijn evenwel niet overtuigd van de doeltreffendheid van de mutualiteiten in de Democratische Republiek Congo (DRC) en pleiten voor een aanpassing van dit beleid.

Omdat we met wetenschappelijke argumenten willen reageren op dit scepticisme, heeft het platform van Congolese mutualistische organisaties “POMUCO” in samenspraak met CM en WSM en in het kader van het programma van MASMUT opdracht gegeven tot een onderzoek om de mutualiteiten in de DRC te beoordelen en om hun potentiële rol in de UHC te benadrukken.

Dit onderzoek werd toevertrouwd aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) in Antwerpen en vond plaats van april 2016 tot december 2016. Het onderzoeksteam van het ITG heeft daartoe samengewerkt met leden van het platform POMUCO, de School voor Volksgezondheid van de universiteiten van Kinshasa en Bukavu, de Chaire de Dynamique Sociale van Kinshasa, Wereldsolidariteit en de dienst Internationale samenwerking van LCM.

Het doel van dit onderzoek was de manier en de nodige middelen voor het versterken en professionaliseren van de mutualiteiten te onderzoeken, zodat deze actief kunnen bijdragen aan de universele ziektekostenverzekering in de DRC. De verschillende succesfactoren en obstakels werden dus verzameld om tot een lijst met aanbevelingen te komen om de mutualiteiten te kunnen ontwikkelen als pijler van de universele ziektekostenverzekering. In samenwerking met het nationaal mutualistisch platform POMUCO, WSM en andere leden van het programma van MASMUT organiseerde de dienst internationale samenwerking in februari 2017 een workshop met een voorstelling van de resultaten.

In tweede instantie hebben we dit onderzoek gebruikt om, met ondersteuning van de directieleden (Jean-Pierre Descan, Michael Callens en Tom Joos) en van onze collega's van WSM en het ACV, politieke acties te ondernemen ten aanzien van de Congolese bevoegde instanties (Ministerie van Volksgezondheid, Ministerie van tewerkstelling, arbeid en sociale bescherming, ...), evenals ten aanzien van de geldschietters van internationale fondsen (UNICEF, Wereldbank, ...).

## **5.4. Educatie over solidair wereldburgerschap**

### a. Sensibilisering en vorming

De activiteiten van voorlichting en van educatie vormen een aanvulling op de projecten die door CM in het Zuiden en Centraal-Europa worden geleid. Ze zijn bedoeld voor onze collega's en vrijwilligers, dragers van verandering op maatschappelijk niveau, en ons doelpubliek bestaat uit de verschillende actoren van CM: het personeel, de bewegingen,

de vrijwillige leden van het algemeen bestuur en de raad van bestuur en de leden in het algemeen. Deze activiteiten maken deel uit van een langdurig proces van sensibilisering, bewustwording en een aansporing tot actie en onze benadering wil de kritische geest stimuleren, evenals de thematische verscheidenheid, de samenwerking in partnerschap, de educatie door de deelname aan en oprichting van interactieve ruimtes voor vorming. De evenementen die de regionale Christelijke Mutualiteiten sinds enkele jaren organiseren, zoals het Fête des Partenariats in Doornik, Africa Fonck in Luik,

Festiv’Africa in Brussel, Avondloop voor Guinee in de regio van Waas & Dender, spelen een volwaardige rol in dit proces.

Hiervoor is ook een actieve deelname aan verschillende netwerken nodig: het netwerk van CM (dienst communicatie, opleiding, beweging), het netwerk van structuren van WSM (Commission Nord / Noordraad, werkgroep campagne) en van Beweging.net (het vroegere ACW), en nog anderen op nationaal en/of regionaal niveau (Plateforme d’action Santé & Solidarité, BeCause-Health, CNCD-11.11.11).

#### Met deze activiteiten streven we ernaar om:

- Bij te dragen aan een betere voorlichting van ons publiek wat betreft de activiteiten van de internationale samenwerking van CM.
- Bij te dragen aan de verbetering van het vermogen van ons publiek om bij te dragen tot een meer eerlijke en solidaire wereld.
- ‘Het internationale binnen te brengen’ bij CM en ondersteuning te bieden aan de regionale ziekenfondsen.
- De ervaringen van CM op het gebied van internationale samenwerking met andere instellingen te delen.

#### [b. Inleefreis naar Togo en Benin](#)

Van 14 tot 27 november 2016 ging een groep vaste medewerkers van lidorganisaties van de Christelijke Arbeidersbeweging op inleefreis en uitwisselingsreis bij de partners van Wereldsolidariteit (WSM) en van CM in Togo en Benin. In totaal waren er negen vertegenwoordigers van CM, ACV, CIEP, KAJ, Equipes Populaires en Wereldsolidariteit (WSM). Dit was voor hen de gelegenheid om de mutualistische actoren van deze twee landen te ontmoeten.

*“De ontmoeting met de Togolese en Beninse mutualistische partners van WSM en CM was als het ware een gelegenheid om het verleden van onze eigen sociale geschiedenis te aanschouwen. Deze reis heeft ons niet alleen toegelaten om de sociaal-gezondheidskundige realiteit van deze landen aan te roeren en te bekijken wat we kunnen doen om deze te verbeteren, maar ook om de strijd op te merken van diegenen die de mutualistische beweging in België meer dan 150 jaar geleden hebben opgericht”. Dit bericht Naima Regueras, medewerkster van de dienst R&D van LCM.*

De ziekenfondsbeweging ontstond in Togo en Benin aan het begin van de jaren '90, ten gevolge van de crisis van de CFA-frank. In die tijd devalueerde de munt aanzienlijk en de kosten van levensonderhoud explodeerden, met inbegrip van de prijs van gezondheidszorg en geneesmiddelen. Om de groeiende ontoegankelijkheid van de gezondheidszorg aan te pakken, zetten de maatschappelijke, lokale en internationale actoren zich ervoor in om een zorgverzekeringssysteem, gebaseerd op solidariteit, op te richten.

Ook al is de context niet dezelfde, de ontwikkeling van de eerste Togolese en Beninse mutualiteiten herinnert ons toch aan het ontstaan van de ziekenfondsbeweging in België. Zoals bij ons zijn het in het begin lokale initiatieven, kleine structuren van vrije toetreding, die zich later verenigen. Ze worden uitsluitend gefinancierd door vergoedingen van de leden en bieden een beperkt, maar groeiend, aantal diensten. 80% van de werknemers maakt in deze landen deel uit van de informele sector en geniet niet van een ziektekostenverzekering die door de Staat wordt georganiseerd (in tegenstelling tot ambtenaren en werknemers in de privésector) of kan geen particuliere verzekering nemen. Zich aansluiten bij een mutualiteit vormt dus voor deze werknemers een unieke gelegenheid, gebaseerd op solidariteit, om zich tegen ziekte te verzekeren. Het huidige aandeel van de Beninse en Togolese bevolking die echter door dit type verzekering is gedekt, blijft bijzonder laag. In Benin bijvoorbeeld, zijn slechts 45.000 personen (op een totale bevolking van 11 miljoen inwoners) bij een mutualiteit aangesloten. Ook in België moesten de werknemers overtuigd worden van het feit dat solidariteit de beste optie was om zich collectief te beschermen tegen de risico’s van het leven. De aansluiting van leden is trouwens de eerste uitdaging waar de werknemers (vaak vrijwilligers) van de mutualiteiten van Togo en Benin voor staan. Immers, wanneer de inkomens bijzonder laag zijn, is het wellicht geen prioriteit om zich aan te sluiten bij een mutualiteit en een vergoeding te betalen voor een risico dat men nog niet ondergaat ...

Vervolgens moeten we, om tariefzekerheid voor de leden te verzekeren, de zorgverleners overtuigen om mee te werken en overeenkomsten af te sluiten die de toe te passen tarieven en het vergoedingsniveau dat door de mutualiteit wordt toegekend, vastleggen. We herinneren ons de stakingen van 1963, tijdens dewelke de Belgische zorgverleners protesteerden tegen de oprichting van een systeem van medisch-mutualistische akkoorden en overeenkomsten. Ook in Togo en Benin lopen de mutualistische actoren tegen de terughoudendheid van de zorgverleners aan, die dergelijke akkoorden als een bedreiging van hun vrijheid van beroepsbeoefening beschouwen. Als gevolg hiervan worden leden van een mutualiteit in deze landen niet altijd goed ontvangen door de zorgverleners. Het feit dat het systeem in België al meer dan 50 jaar bestaat, betekent niet dat het niet in gevaar is. In november vorig jaar dreigden verschillende beroepsverenigingen ermee de tariefakkoorden voor 2017 te verbreken na de aankondiging van het te besparen bedrag voor de gezondheidsuitgaven van datzelfde jaar, namelijk meer dan 900 miljoen, beslist door minister Maggie De Block, wat tariefzekerheid van de Belgische leden in gevaar brengt.

Ten slotte, terwijl de Togolese en Beninse mutualiteiten nood hebben aan ondersteuning en erkenning van hun overheden om zich verder te ontwikkelen, moeten de Belgische ziekenfondsen, om hun taak naar behoren te vervullen, hun meerwaarde blijven aantonen aan onze beleidsmakers en de bevolking als intermediaire instantie van betaling en co-beheerder van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar ook

als begeleider van hun leden om hun rechten te doen gelden en hun belangen als patiënten te verdedigen.

*“Of de strijd zich nu hier afspeelt of in Afrika, deze reis heeft ons doen beseffen dat de strijd die elk land levert, niet zo verschillend is. Indien daarginds nog veel moet worden opgebouwd, mogen we hier onze strijd nooit opgeven door naïef te geloven dat onze sociale vooruitgang voor altijd is verworven.”*

## 5.5. De mobilisatie, van lokaal naar internationaal

De mobilisatie maakt het mogelijk tot actie over te gaan om een situatie te veranderen, dankzij een collectieve actie door een groepering van actoren. Deze actie betreft het tegemoet komen aan behoeften, het oplossen van problemen, het verbeteren van de levensomstandigheden, het aanpassen van werkwijzen, enz.

Inzake mobilisatie streeft de internationale samenwerking het volgende na:

- De strijd en oplettendheid tegenover vrijhandelsovereenkomsten die ons en onze partners in het Oosten en Afrika aangaan (CETA, TTIP, TISA, EPO, ...);
- De benadrukking van het belang om bij te dragen aan het verbeteren van de sociale gezondheidsdeterminanten (deelname aan de Biënnale ‘Samen voor gezondheid’, aan het netwerk Agroecology in action, ...);
- De opvolging van de campagne “Sociale bescherming voor iedereen” en de deelname aan de campagnes van WSM (Campagne voor een rechtvaardig migratiebeleid, Schone Kleren).

### De mobilisatie tegen de CETA

Gezien de dringende politieke agenda is het in 2016 vooral de **CETA** (vrijhandelsovereenkomst tussen de EU en Canada) die de hoofdrol speelt, het meeste werk werd hierbij door de ziekenfondsen intermutualistisch verricht. Een analyse van de teksten werd verstrekt, waarbij CETA werd vergeleken met de resolutie van het Europees Parlement (juli 2015) betreffende de TTIP (vrijhandelsovereenkomst tussen de EU en de Verenigde Staten). In oktober moest de tekst van de interpretatieve verklaring geanalyseerd worden. Op vlak van beleidsbeïnvloeding werden contacten gelegd met parlementsleden op verschillende niveaus en werden vragen opgesteld voor de hoorzittingen. In februari namen we deel aan de consultatie van de betrokken partijen, in samenwerking met het IMA. Wat betreft de communicatiestrategie, hebben we een campagne voorbereid met de titel **“Gezondheidszorg mag geen privilege zijn”**. Door middel van verschillende tools - webpagina (<http://participer.stop-ttip.be/groups/17>), videospots, affiches, folders – konden we op grote schaal sensibiliseren en de mobilisatie in september voorbereiden.

Op het interne niveau (Nationaal Intermutualistisch College - NIC) werden informatiebrieven opgesteld om de verschillende ziekenfondsen op de hoogte te houden over de ontwikkelingen binnen dit dossier. Op nationaal en regionaal niveau werden een opleiding tot “tussenpersoon” en informatiebijeenkomsten georganiseerd. CM heeft ook deelgenomen aan infomomenten en debatten in de communicatie met de media (pers, radio, TV) en aan openbare evenementen (soirée CNCD Etterbeek, tussenkomst en deelname aan de debatten op Manifiesta, ...).

CM heeft zich ook aangesloten bij andere netwerken die de grootste organisaties van het maatschappelijk middenveld verenigen voor het pleidooi tegen de CETA-TTIP. Met het **Verbond van 4 mei**, hebben we een gemeenschappelijke verklaring uitgewerkt: “Transatlantische verdragen: het Belgisch maatschappelijk middenveld verenigt zich tegen deze verdragen van niet-democratische deregulering”, hebben we een seminarie over de CETA georganiseerd en per thema analysedocumenten opgesteld. Ten slotte werd tweemaal een open brief naar de regering en de Belgische parlementen gestuurd (juni en september 2016). In een **brede coalitie**, gecoördineerd door CNCD ([www.stopttip.be](http://www.stopttip.be)), hebben we vooral acties met betrekking tot meningsuiting en maatschappelijke mobilisatie gevoerd. Het hoogtepunt was ongetwijfeld de **manifestatie van 20 september** waarop ongeveer 500 vertegenwoordigers van CM de rangen van het blok “gezondheid” versterkten en meestapten met 15.000 andere demonstranten.