

Sociale bescherming in lage- en middeninkomenslanden: valt er wat te leren uit de Belgische case?

Het instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) te Antwerpen organiseert al een aantal jaar een eenjarige opleiding tot Master in Public Health (MPH)¹. Het gaat om een internationale opleiding voor (telkens) een 40-tal gezondheidszorgwerkers afkomstig uit Afrika, Azië en Latijns Amerika. Zij vormen een divers publiek van professionals in de gezondheidszorg in hun respectievelijke thuislanden. De groep van studenten wordt bewust beperkt gehouden om intensieve interactie mogelijk te maken, met de docenten, maar ook en vooral onderling.

Eén van de cursusonderdelen is een 3-weken durend lespakket dat focust op de ontwikkeling en analyse van programma's van sociale bescherming in de gezondheid in lage- en middeninkomenslanden. Concepten en kaders worden aangereikt om sociale bescherming te bestuderen. Er wordt nogal wat aandacht besteed aan de geschiedenis en het functioneren van het Belgische sociale zekerheidssysteem, en meer bepaald de pijlers ziekteverzekering en sociale bijstand. Het lespakket omvat een mix van interactieve lessen, met bijvoorbeeld werkbezoeken aan het Belgisch 'terrein' (het RIZIV, de federale overheidsdienst sociale zaken, een ziekenfonds...), gastcolleges door Belgische specialisten in de armoedebestrijding, een ontmoeting met ervaringsdeskundigen in de armoede en de sociale uitsluiting, een paneldebat met Vlaamse politici, en tot slot een groepsworkshop waarbij de studenten zich buigen over de sociale bescherming in hun eigen context.

Deze zachte 'confrontatie' met het Belgische systeem van sociale bescherming in de gezondheid is bedoeld om onze studenten te laten nadenken over hun eigen systemen van sociale bescherming, en bruikbare lessen mee naar huis te nemen. In de interactie met de studenten beklemtonen we onder meer het belang van waarden om keuzes te maken: solidariteit en billijkheid (*equity*), maar ook inspraak van de bevolking en een rationeel gebruik van de per definitie schaarse middelen. Deze keuzes zijn fundamenteel politiek² en worden dan achteraf vertaald in beleid en beheer.

Impressies van onze internationale studenten

We zijn al een decennium betrokken bij dit lespakket, en kunnen dus stilaan terugblikken. Wat zijn de vaakst voorkomende indrukken, commentaren en lessen die onze internationale studenten formuleren?

In eerste instantie zijn onze studenten natuurlijk onder de indruk van de grote mate van herverdeling in ons systeem die leidt tot een (al bij al) solidaire en doeltreffende sociale zekerheid. Ze zijn zich bewust van de lange geschiedenis van onze sociale zekerheid en het belang hierin van sociale bewegingen die 'van onderuit' sociale zekerheid (mee) afgedwongen hebben. Wat vandaag bestaat is het resultaat van keuzes en beslissingen (organisatorisch, financieel, institutioneel) die lang geleden genomen werden: men verandert dus niet zo maar van 'pad' van de ene dag op de

¹ Zie het luik onderwijs op <https://www.itg.be/>

² Zie ook het begrip 'Transformatieve Sociale Bescherming': Michielsen J *et al.* (2010). Social protection in health: the need for a transformative dimension. *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 15, N°6, pp 654-658.

andere³. De cruciale rol van de overheid en sociale partners, in de ontwikkeling, bescherming en beheer van dit systeem wordt ook duidelijk. Onze internationale studenten beseffen, zeker na afloop van de drie weken durende module, dat sociale bescherming om meer gaat dan louter ‘techniciteit’ en dat maatschappelijke discussies en politieke keuzes bepalend (horen te) zijn. Een bepaald niveau van sociale bescherming is bovendien niet noodzakelijk definitief. Sociale bescherming kan verder versterkt worden, maar ook afgebouwd, naargelang de gemaakte keuzes⁴. In dit verband vormt het (stilaan ‘traditionele’) debat met politici (van Groen, Sp-a, CD&V, Open VLD en N-VA) een belangrijke ervaring waarbij studenten merken dat het wel degelijk mogelijk is om met politici die met overtuiging en kennis van zaken spreken, een beschaafd en constructief debat te voeren over partijgrenzen heen. Niet onbelangrijk als output, wetende dat ‘politiek’ bij vele studenten een bijzonder negatief beeld oproept...

Veel studenten stellen zich echter ook vragen bij de doelmatigheid van ons ‘fantastisch’ systeem. Is onze sociale zekerheid niet te gul? Is en blijft dit allemaal betaalbaar? Wat met mogelijke misbruiken, en de eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg? Eventueel overgebruik/misbruik van onze sociale zekerheid wordt genuanceerd door te wijzen op het ondergebruik van sociale bescherming (zie bijv. de problematiek van *non-take up* van sociale rechten⁵), waarvan zelfs vele beleidsmakers zich niet voldoende bewust zijn.

Deze bedenkingen hoeven niet te verbazen gezien het feit dat formele geïnstitutionaliseerde systemen van sociale bescherming zich in vele landen nog in een embryonaal stadium bevinden, zeker in lage-inkomenslanden. Weliswaar is er internationaal al enige tijd een duidelijk “momentum” merkbaar voor universele dekking van de gezondheidszorg (*Universal Health Coverage (UHC)* ⁶), met als orgelpunt recent nog een universeel gedragen [politieke verklaring over UHC](#) op de Algemene Vergadering van de VN, en dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Directeur-Generaal Wereldgezondheidsorganisatie) als belangrijkste pleitbezorger, er blijft in veel landen nog een hele weg te gaan op dit vlak. Zeker in de landen van de meeste van onze studenten, proberen kleinschalige informele arrangementen van sociale bescherming, gekenmerkt door o.a. een sterke sociale controle, het vacuüm op te vullen, zo goed en zo kwaad als kan.

Is er nog ruimte voor internationale solidariteit in een snel veranderende wereld?

Vanzelfsprekend stellen de studenten en docenten zich ook samen de vraag hoe het nu verder moet. In veel ‘landen van herkomst’ is het institutioneel en organisatorisch raamwerk van sociale bescherming op zijn minst deels nog een *copy-paste* van de architectuur van Europese sociale zekerheidssystemen – een erfenis van de kolonisatie. Franstalig Afrika zal bijvoorbeeld (nog) vaker de voorkeur geven aan sociale ziekteverzekering (het Bismarck model), terwijl Engelstalig Afrika in vele gevallen eerder opteert voor een systeem gefinancierd door algemene belastingen (het Beveridge model). Het beseft groeit dat er nood is om modellen te ontwikkelen die aangepast zijn aan lokale culturele, sociale, politieke en economische realiteiten, waarbij we zoeken naar nuttige

³ Wilsford D (1994). Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. *Journal of Public Policy*, 14,3:251-283.

⁴ Zie de verwijzing naar de opkomende populariteit van broodfondsen in Nederland bij zelfstandigen die door de mazen van het net in de klassieke sociale zekerheid vallen, en in deze fondsen een alternatief verzekeringsmodel zien. Sociale zekerheid in onzekere tijden. In: Fundamenten. Sociale zekerheid in onzekere tijden. Matthias Somers (red.). Minerva, www.denktankminerva.be

⁵ Zie <https://socialsecurity.belgium.be/nl/nieuws/non-take-van-rechten-27-06-2016>

⁶ Zie https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/

lessen uit het Noorden en het Zuiden. Een illustratie van het mooie concept van *reverse innovation*⁷, waarbij Noord kan leren van Zuid, is bijvoorbeeld de kracht van het collectief in sub-Sahara Afrika (dat contrasteert met de vaak geïndividualiseerde samenlevingsvormen die wij kennen sinds een aantal decennia), met cultureel ingebedde vormen van netwerking, overleg en consensusopbouw steunend op uitgebreide familiale en groeps-gebonden relaties. Zonder meer een troef in de zoektocht naar een breed maatschappelijk gedragen sociaal contract voor een solidaire en inclusieve sociale bescherming, ook al is het soms niet evident om de sprong te maken naar het “nationale” niveau.

Een en ander is ook nauw verbonden met de kwestie van internationale solidariteit, die vele vragen oproept, zeker ook in dit tijdsgewricht – en niet alleen bij de studenten. De internationale mobilisatie van middelen en aandacht via VN-instituties (die vandaag helaas flink aan legitimiteit en invloed inboeten) en via grootschalige publiek-private samenwerkingsmechanismen voor de aanpak van gezondheidsproblemen zoals HIV/Aids, van tuberculose en malaria, wordt erkend en op prijs gesteld. Het toont aan dat een globale aanpak van problemen niet onmogelijk is, al merken studenten fijntjes op dat de Westerse solidariteit pas echt een flinke versnelling hoger lijkt te schakelen wanneer het gaat om (infectie)ziekten die zich ook wel eens naar Westerse landen zouden kunnen verspreiden (zie de case van Ebola⁸, cf. ook de interessante bespreking daarover door de welbekende Nederlandse socioloog Abram de Swaan⁹). Deze dubbelzinnigheid ontgaat onze studenten natuurlijk niet, zonder dat ze daarom in cynisme vervallen.

Maar laten we met een paar toekomstgerichte bedenkingen en vragen besluiten. Ook al is de idee op dit ogenblik niet bepaald hip, waarom geen ruimere (complementaire) vorm van globale sociale bescherming overwegen, bovenop de systemen die bestaan op nationaal (en eventueel sub-nationaal/lokaal) niveau, of er in opbouw zijn? Waarom niet meer herverdeling op wereldschaal, waarbij elk land zou bijdragen naargelang financiële draagkracht en aanspraak zou kunnen maken op globale solidariteit naargelang nood, zoals bv. ontwikkeld in de recente ‘Global Public Investment’ nota van Jonathan Glennie¹⁰? Dit strookt met de idee, niet zo nieuw trouwens en weliswaar ‘bepert’ tot de gezondheidszorg, van een globaal gezondheidsfonds¹¹. Toegegeven, dit idee heeft al betere tijden gekend - zelfs de wereld van de globale gezondheidszorg bleek niet immuun voor de revival van het nationale niveau de jongste jaren. De meeste globale gezondheidszorg-instellingen weten dat lage-inkomenslanden op middellange termijn globale steun moeten blijven krijgen, want de eigen financiering van UHC volstaat er allerm minst, zelfs niet om een basispakket van gezondheidszorg te kunnen garanderen. Diezelfde instellingen en organisaties zijn ook doorgaans de eersten om te pleiten voor ‘globale publieke goederen’, met een belangrijke rol daarbij weggelegd voor globale financiering: bv. inzake structurele voorbereiding op mogelijke pandemieën (*Pandemic preparedness*¹²).

⁷ Syed SB, Dadwal V & Martin G (2013). Reverse innovation in global health systems: Towards global innovation. *Globalization and Health*,9:36.

⁸ Zie <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5856330/>

⁹ De Swaan A (1998). Project for a beneficial epidemic: On the collective aspects of contagion and prevention. In: Pieter Streefland (ed.), Problems and potential in international health; transdisciplinary perspectives. Amsterdam: Spinhuis/Royal Tropical Institute, pp. 35-50.

¹⁰ Een dergelijke universele benadering, die de (verouderde?) Noord-Zuid dichotomie overstijgt is coherent met het concept van *Global Public Investment* ontwikkeld door Jonathan Glennie van het Joep Lange instituut: zie <https://www.ioeplangeinstituut.org/wp-content/uploads/2019/09/Global-Public-Investment-EXECUTIVE-SUMMARY.pdf>

¹¹ Zie de notie van *Global Health Fund* ontwikkeld door o.a. Gorik Ooms en Rachel Hammonds: <https://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/197444#>

¹² Yamey G *et al* (2017). Financing of international collective action for epidemic and pandemic preparedness. *The Lancet*,5,8:PE742-E744.

Met ons pleidooi voor een dergelijke globale aanpak willen we uiteraard geen abstractie maken van het feit dat ook in 'rijkere' landen, met *gemiddeld* een hoger inkomen per capita dan in lage- en middeninkomenslanden, de spanning tussen arm en (super)rijk reëel is, en oploopt, met o.a. een toename van het precariaat¹³ en een middenklasse die in veel landen onder druk komt. Het onderscheid tussen 'Noord' en 'Zuid' vervaagt, ook al is het nog lang niet verdwenen.

Zou een globaal (co-)gefinancierde en georganiseerde sociale bescherming niet billijk zijn, en bovendien op middellange termijn ook niet in het belang van het Noorden? Globale solidariteit hoeft niet per se in tegenspraak te zijn met de bestaande systemen van sociale bescherming uitgebouwd op het niveau van de natiestaat. Beiden kunnen (en moeten) elkaar aanvullen.

We beseffen echter maar al te goed dat dergelijk pleidooi (voor een bijkomende globale 'laag' van sociale bescherming) maar kans maakt als mensen het gevoel hebben dat de sterkste schouders (superrijken, multinationals, ...) op faire wijze bijdragen aan belastingstelsels overal ter wereld. Een *conditio sine qua non*, als het ware. Nu het eind van het neoliberalisme in [zicht](#) is, lijkt er ons wel degelijk een opportuniteit om de slinger op dit vlak terug wat meer in evenwicht te brengen.¹⁴

Tot slot, solidariteit gaat over ethiek, maar natuurlijk ook over welbegrepen eigenbelang. Met de huidige vragen omtrent migratie en klimaat is dat voor zowel het Zuiden als het Noorden een hoogst urgente vraag.

Hesitating to act because the whole vision might not be achieved, or because others do not yet share it, is an attitude that only hinders progress (Mahatma Gandhi)

Bart Criel, Willem van de Put, Kristof Decoster

Departement Volksgezondheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen

¹³ Zie Standing G (2016). *The Precariat. The New Dangerous Class*. Bloomsbury.

¹⁴ Slavoj Žižek (2018). *Like a Thief in Broad Daylight: Power in the Era of Post-Humanity*. Allen Lane, London