

www.eurofedop.org
Brussels (Belgium), 13.05.2020



Het COVID-19 disaster in elderly care



I have decided to produce this article after many questions from European colleagues about the approach to Covid-19 in Belgium. How was it possible that, during one of Trump's press conferences, Belgium was put at the top of the list? And that the country had the highest number of deadly victims per 1 million of inhabitants worldwide?

To make things clear, I give the floor to [Prof. Jozef Pacolet](#) in this article. He is one of the most renowned specialists in the field of social security. He is also a most wanted expert within [EZA](#). He gives his analysis in this article on Covid-19 in elderly care in Belgium.

As [HIVA](#) professor, he also took part in a EUROFEDOP seminar where he gave a speech on the subject of "Towards a European pillar of social rights: Quo vadis? The overwhelming ambition for Social Europe".

Since many years, we have been depicting the situation of elderly care and other long-term care within the health care and social welfare sector. We came to the conclusion that we are a rich economy with a well-built health care sector and that long-term care for among others the elderly is part of that well-built health care.

In the management of the corona pandemic, one of the first measures taken was to put the residential care centres into lockdown. However, furthermore, it was striking to notice how week after week the corona experts had to discover the sector of long-term care. At first, the attention focussed on the hospitals. Day after day, the rest of the care sector had to make loud alarm-cries so that it would not be forgotten. First, the residential care centres made their voice heard, then all the caring and nursing staff of those centres and the care providers at home, the people working in institutions for the handicapped and the people employed in mental care institutions. Through the media, we could follow how those sectors were progressively discovered, how the number of Covid-19 deadly cases in the residential care centres was not at first but then profusely taken up in the statistics and how finally there were two epidemics that had to be fought: one in the total population and one in the residential care centres. It was felt by the sector as "adding an insult to injury" when it was decided to once again allow visits to residential care centres without first consulting the sector if this could be well organised.

A second observation we want to make is how quickly the idea of rationing was introduced into care. It already began weeks ago with the announcement that ethical guidelines had been drawn up for hospital care to decide who could still rely on receiving intensive care. Then there was the guideline of geriatric services about no longer bringing over persons from residential care centres to hospitals when those persons had

small survival chances or had already indicated themselves through “early care planning” that this was no longer their wish. Of course, considerations about which treatment is still justified and which is no longer so, are also made in normal times, and making such individual assessments remains in force, but still, it has additionally complicated the situation of residential care centres at a moment that they were in lack of sufficient (protection) means and had no additional equipment nor sufficient and appropriate staffing. They had to turn over again from care provision centre to hospital. Maybe the guideline of geriatric services about no longer bringing over persons with Covid-19 infection to hospitals could be rethought as one of the exit steps from the corona crisis.

In the meantime, the discussion has also started on the (economic) cost of the lockdown versus the benefits of the avoided deaths. At the outbreak of the corona crisis, the balance was clear to everyone. With the exit strategy, the benefits can be better weighed against the costs. But what is the value of a human life? We don't even know what the avoided deaths are, let alone the value that we want to associate with them. Pierre Pestieau quotes two studies on the preparedness to pay for good health care to save human lives: such preparedness is usually higher than assumed and increases with each year gained when one gets older.

Then what can be the cost of our health care? The total expenditure on health care in Belgium is 10.4 % of its GDP and in the US this is 16.9 % (OECD Health Statistics for 2018). According to the authors quoted by Pestieau, in time, the total expenditure in the US could even rise up to 30 % of its GDP. It is the price for good health care. But it is not a guarantee for good health care if we consider the already much higher level of expenditure on health care in the US due to the corona crisis. Both nationally and internationally, economists say that the rising economic cost should not be the main concern. Bringing the pandemic under control is more important. Let us consider the budgetary and economic cost that we will be faced with, as the premium that we wish to pay to protect us against this health disaster. And in ‘peace time’, we can then consider if our austerity policy does not contain a risk of rationing.

Finally, still two more thoughts. I have never been an enthusiastic supporter of regionalising more and more parts of health care in Belgium. But we have gradually installed ourselves in the successive reforms that our country has known. They have nevertheless not resulted in a trust-inspiring management of the current corona crisis. The lessons that we have to draw from this, are a concern for tomorrow. But when we will draw those lessons tomorrow, we could above all remember this verse in the Bible: “He who is without sin cast the first stone” (John 8:7).

Prof. Jozef Pacolet

HIVA publication 11.05.2020



www.eurofedop.org
Brussel (België), 13.05.2020



Het COVID-19-drama in de ouderenzorg



Dit artikel komt er na vele vragen van Europese collega's over de Covid-19 aanpak in België. Hoe was het mogelijk dat België op één van Trumps persconferentie gans bovenaan de lijst stond. En dat met wereldwijd hoogste aantal dodelijke slachtoffers per 1 miljoen inwoners?

Daarvoor laat ik in dit artikel [Prof. Jozef Pacolet](#) aan het woord. Eén van de meest gereputeerde specialisten sociale zekerheid. Hij is een veel gevraagde expert bij [EZA](#). Hij maakt zijn analyse van Covid-19 in de Belgische

ouderenzorg.

Als [HIVA](#) professor nam hij o.a. het woord op ons EUROFEDOP seminarie met als titel "Towards a European pillar of social rights: Quo vadis? The overwhelming ambition for Social Europe"

Vele jaren brachten wij de uitbouw van de ouderenzorg en overige langdurige zorg binnen de gezondheidszorg en welzijnzorg in beeld. We kwamen tot de conclusie dat we een rijke economie zijn die haar zorgsector goed heeft uitgebouwd, met inbegrip van de langdurige zorg voor onder meer de ouderen.

In het beheer van de coronapandemie was de lockdown van de woonzorgcentra één van de eerste maatregelen. Maar voor de rest viel het op hoe dat week na week de corona-experten de sector van de langdurige zorg moesten ontdekken. De aandacht ging vooral naar de ziekenhuizen. Dag na dag moest de rest van de zorgsector alarmkreten de wereld insturen om niet vergeten te worden. Eerst waren dat de woonzorgcentra, daarna alle verzorgenden die werkten in deze voorzieningen of in de thuiszorg, dan de voorzieningen voor de personen met een handicap en ook de geestelijke gezondheidszorg. Via de media kon men volgen hoe deze sectoren geleidelijk ontdekt werden, hoe men eerst niet en dan uitgebreid de COVID-19-overlijdens in de woonzorgcentra in de statistieken opnam en hoe men uiteindelijk sprak van twee epidemieën die bestreden moesten worden: één bij de totale bevolking en één in de woonzorgcentra. Het werd door de sector als 'insult to injury' aangevoeld toen beslist werd om bezoek terug toe te laten in de woonzorgcentra zonder eerst te overleggen met de sector of dit wel kon georganiseerd worden.

Een tweede vaststelling is hoe vlug we overschakelden op rantsoenering in de zorg. Het begon weken terug al met de aankondiging dat er ethische richtlijnen waren opgesteld voor de ziekenhuiszorg om te beslissen wie nog in aanmerking kwam voor intensieve behandeling. Nadien volgde de richtlijn van de geriatriediensten om personen in een woonzorgcentrum niet meer naar het ziekenhuis over te brengen indien zij geringe overlevingskansen hadden of zelf al via 'vroegtijdige zorgplanning' hadden aangegeven dit niet meer te wensen. Natuurlijk wordt ook in normale tijden de afweging gemaakt welke behandeling nog

verantwoord is en welke niet, en blijft die individuele afweging van kracht, maar toch heeft het de situatie van de woonzorgcentra extra bemoeilijkt op een moment dat zij niet over voldoende (beschermings)middelen of bijkomende uitrusting en personeelsomkadering konden beschikken. Zij moesten van een zorgvoorziening terug een ziekenhuis worden. Misschien kan men als één van de exitstappen uit de coronacrisis de richtlijn van de geriatriediensten om personen met COVID-19 niet meer over te brengen naar het ziekenhuis terugschreeven.

Ondertussen startte ook de discussie over de (economische) kost van de lockdown versus de baat van de vermeden overlijdens. Bij het uitbreken van de coronacrisis was de balans voor iedereen duidelijk. Bij de exitstrategie kan men beter de baten afwegen tegen de kosten. Maar wat is de waarde van een mensenleven? We weten niet eens wat de vermeden overlijdens zijn, laat staan welke waarde we er willen op plakken. Pierre Pestieau citeert twee studies over de bereidheid tot betalen voor een goede gezondheidszorg om mensenlevens te redden: die bereidheid is hoger dan doorgaans wordt aangenomen en stijgt ook voor elk gewonnen levensjaar naarmate men ouder wordt.

Wat mag onze gezondheidszorg dan kosten? De totale uitgaven voor de gezondheidszorg zijn in België 10,4% van het bbp en in de VS 16,9% (OECD Health Statistics voor 2018). In de VS zouden volgens de auteurs geciteerd door Pestieau, de totale uitgaven op termijn zelfs kunnen oplopen tot 30% van het bbp. Het is de prijs voor een goede gezondheidszorg. Maar het is geen garantie voor ook een goede gezondheidszorg als we de coronacrisis in de gezondheidszorg in de VS met nu al een veel hoger niveau van uitgaven bekijken. Zowel nationaal als internationaal zeggen economen dat de oplopende economische kost niet de voornaamste bekommernis moet zijn. Het onder controle brengen van de pandemie is belangrijker. Laat ons de budgettaire en economische kost die op ons afkomt, beschouwen als de premie die we wensen te betalen om ons te beschermen tegen deze gezondheidscatastrofe. En in 'vredestijd' kunnen we nagaan of ons beleid van austeriteit niet het risico inhoudt van rantsoenering.

Tot slot nog twee bedenkingen. Ik was nooit een enthousiast voorstander van het regionaliseren van steeds meer delen van de gezondheidszorg. Maar we hadden ons geleidelijk geïnstalleerd in de opeenvolgende staatsvormingen. Deze hebben evenwel niet geleid tot een vertrouwenwekkend beheer van deze coronacrisis. Welke lessen we hieruit moeten trekken, dat is een zorg voor morgen. Maar als morgen lessen zullen worden getrokken, kunnen we ons vooral deze vers uit de Bijbel herinneren: "Wie zonder zonde is, werpe de eerste steen" (Johannes 8:7).

Prof. Jozef Pacolet
HIVA publicatie 11.05.2020

