

Academiejaar

2023 - 2024

De aansprakelijkheid van en de rechtshandhaving door de overheid tijdens de COVID-19-pandemie:

Vergelijkend onderzoek tussen België, India en Zweden

Elena Butaye

Master in de rechten

Meesterproef Thesis

Module **Burgerlijk Recht**

Promotor

Prof. dr. Thierry Vansweevelt

1^e assessor

Prof. dr. Marta Łotoczuk

2^e assessor

Prof. dr. Christophe Lemmens

Aantal tekens : 164.853



Universiteit Antwerpen
| **Faculteit Rechten**

Voorwoord

Met veel trots stel ik u mijn meesterproef voor. Deze meesterproef is het kroonstuk van mijn carrière als rechtenstudent aan de Universiteit Antwerpen. Dit is het resultaat van maandenlang onderzoek, lezen, herlezen, schrijven en herschrijven om uiteindelijk tot dit finale resultaat te komen. Bedankt aan mijn ouders en zus voor jullie onvoorwaardelijke steun de afgelopen jaren. Grote dank ook aan Fien en Louise voor het nalezen van deze meesterproef.

Graag wil ik mijn promotor, professor Thierry Vansweevelt, bedanken. Samen bedachten we het thema van dit onderzoek, in een rechtstak die ons nauw aan het hart ligt: het gezondheidsrecht. Bedankt voor uw begeleiding tijdens mijn schrijven en de feedback en tips die ik van u mocht ontvangen.

Daarnaast bedank ik graag bij voorbaat prof. Christophe Lemmens en prof. Marta Łotoczuk om de tijd te nemen om deze meesterproef na te lezen.

Ten slotte wil ik graag ook USOS vzw bedanken om mij de kans te geven deel uit te maken van een uitwisseling in India. Hierdoor was ik in de mogelijkheid lessen te volgen aan de National Law University te Delhi en daarnaast stage te lopen bij Hoffmann Law Associates te Ranchi, Jharkhand. In India kreeg ik tevens de mogelijkheid om bronnenonderzoek te doen voor deze meesterproef. Bedankt voor deze fantastische ervaring!

Inhoudsopgave

VOORWOORD.....	2
HOOFDSTUK I. INLEIDING.....	5
AFDELING 1. JURIDISCHE PROBLEEMSTELLING	5
AFDELING 2. ONDERZOEKSVRAAG/VRAGEN	6
AFDELING 3. ONDERZOEKSMETHODE EN VERANTWOORDING.....	7
HOOFDSTUK II. HET GRONDRECHT OP (TOEGANG TOT) GEZONDHEIDSZORG	8
AFDELING 1. EEN GRONDWETTELIJK BESCHERMD RECHT?	8
§1. België.....	8
§2. India	9
§3. Zweden	11
AFDELING 2. HET RECHT OP TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG	12
§1. Financiële toegang tot de gezondheidszorg.....	13
A. Een gelaagd gezondheidsbeleid.....	13
B. Sociale Zekerheidsvoorzieningen	15
AFDELING 3. HET RECHT OP GEZONDHEIDSZORG.....	16
§1. De waarborgen van gezondheidszorg.....	17
AFDELING 4. ‘RIGHT TO HEALTH’ IN INTERNATIONAALRECHTELIJKE CONTEXT.....	18
§1. Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie	19
§2. IVESCR.....	19
§3. Herzien Europees Sociaal Handvest.....	21
§4. Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens.....	21
AFDELING 5. CONCLUSIE	22
HOOFDSTUK III. HET RECHT OP GEZONDHEIDSZORG TIJDENS DE COVID-19-PANDEMIE..	23
AFDELING 1. HET WETGEVEND KADER TIJDENS CRISISBEHEER.....	23
§1. Grondwettelijk kader in noodsituaties (?).....	23
§2. Bevoegdheden inzake bestrijding van de COVID-19-pandemie.....	24
A. België	24
B. India	26
C. Zweden.....	29
AFDELING 2. DE AANPAK VAN SURGE CAPACITY VOOR GEZONDHEIDSSYSTEMEN	32
§1. Ruimte (“Space”).....	32
A. Ziekenhuisbedden.....	32
B. Triage	36
§2. Personeel (“Staff”)	37
A. De gezondheidszorgbeoefenaars	37
§3. Benodigdheden (“Supplies”)	40
A. Gelijke toegang tot vaccins?.....	40

B. Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM).....	45
§4. Systemen (“Systems”).....	47
A. Teleconsultatie.....	47
AFDELING 3. CONCLUSIE	50
HOOFDSTUK IV. DE RECHTEN VAN DE PATIËNT TIJDENS DE COVID-19-PANDEMIE	52
AFDELING 1. DE RECHTEN VAN DE PATIËNT	52
AFDELING 2. HET ONTZEGGEN VAN GEZONDHEIDSZORG AAN NIET-BESMETTE COVID-19-PATIËNTEN.....	52
AFDELING 3. DE TOEGANG VAN BEZOEKERS TOT ZORGINSTELLINGEN TIJDENS DE COVID-19-PANDEMIE	54
AFDELING 4. CONCLUSIE	57
HOOFDSTUK V. DE AANSPRAKELIJKHEID	58
AFDELING 1. DE AANSPRAKELIJKHEID VAN DE ARTS EN HET ZIEKENHUIS	58
AFDELING 2. DE AANSPRAKELIJKHEID VAN DE OVERHEID.....	62
§1. België.....	62
§2. India	63
§3. Zweden	64
CONCLUSIE	67
BIJLAGE 1 : BIBLIOGRAFIE	69
BIJLAGE 2 : BEKNOPT SAMENVATTING.....	78

Hoofdstuk I. Inleiding

Afdeling 1. Juridische probleemstelling

1. “Besmettingen en ziekenhuisopnames blijven stijgen”¹, “Experts willen dringend strengere coronamaatregelen: ‘Huisartsen verzuipen en ook ziekenhuizen raken overbelast’”², “Geen tekenen van ziekte in geïsoleerd Zweden”³, “India neemt maatregelen om te voldoen aan de vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen”⁴.

2. Voormelde krantenkoppen zijn slechts enkele voorbeelden van wat maandenlang, wereldwijd, werd bediscussieerd in het nieuws. Op woensdag 11 maart 2020 bestempelde de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) de uitbraak van het Sars-CoV-2-virus, ook wel COVID-19 (**C**oronavirus **D**isease-**19**) genoemd, voor het eerst als een pandemie.⁵ Het zou dus klaarblijkelijk gaan over een ‘wereldwijde verspreiding’ van een nieuwe ziekte die voldoende ernstig is en een grote impact heeft op het gebied van volksgezondheid.

3. In december 2019 kwam men in de Chinese stad Wuhan voor het eerst in aanraking met een toenemend aantal ernstige longontstekingen, waarvan de oorzaak nog niet verklaard kon worden. Ondanks het feit dat de Chinese overheid in actie kwam om de verspreiding van het virus tegen te gaan, verspreidde het zich als een lopend vuurtje. Met als gevolg hiervan, meldde men aan de WGO dat het zou gaan om een aandoening die een internationale bedreiging voor de volksgezondheid kan vormen volgens de International Health Regulations (IHR).⁶ Op 11 maart 2020 benoemde de WGO de situatie officieel als een pandemie.

4. Wereldwijd is er sprake van meer dan 775 miljard (bevestigde) besmettingen. Heel wat besmette patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis. De afdeling intensieve zorg werd in een mum van tijd

¹ W. SAENEN, “Besmettingen en ziekenhuisopnames blijven stijgen”, *De Standaard* 3 maart 2021, https://www.standaard.be/cnt/dmf20210303_92027943.

² W. ROMMERS, “Experts willen dringend strengere coronamaatregelen: ‘Huisartsen verzuipen en ook ziekenhuizen raken overbelast’”, *De Standaard* 3 oktober 2020, https://www.standaard.be/cnt/dmf20201003_96273174.

³ J. NILSSON, “Inga tecken på sjukdom hos isolerade svenskar”, *Svenska Dagbladet* 13 februari 2020, <https://www.svd.se/a/9vQ3P5/inga-tecken-pa-sjukdom-hos-isolerade-svenskar>.

⁴ P. PAUL, “India races to meet personal protective equipment demand”, *The Indian Express* 5 April 2020, <https://indianexpress.com/photos/india-news/coronavirus-covid-19-personal-protective-equipment-6348024/>.

⁵ T. A. GHEBREYESUS, “WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19”, 11 maart 2020, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

⁶ R. COUTINHO, *Epidemieën en pandemieën*, Amsterdam, Atheneum – Polak & Van Genneep, 2021, 144-163.

bezet en diende snel te worden uitgebreid. Daarenboven werden dus heel wat artsen, met een andere specialisatie, alsook verpleegkundigen, vrijwilligers etc. ingezet om extra ziekenhuiscapaciteit te creëren. Niet-dringende ingrepen werden uitgesteld. De vraag rijst dan of het wel juridisch verantwoord was om heel wat ‘niet-dringende’ zorg uit te stellen, waarbij als gevolg dus het recht op toegang tot gezondheidszorg aan heel wat patiënten werd ontzegd. Het was de taak van de overheid om te voorzien in redelijke maatregelen om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan, maar tevens te zorgen voor een doeltreffend beleid omtrent de (toegang tot de) gezondheidszorg en de behandeling van het virus. Niet efficiënt, zo bleek.

Afdeling 2. Onderzoeksvraag/vragen

5. Deze meesterproef zal trachten een antwoord te bieden op de vraag: “Werd het recht op (toegang tot de) gezondheidszorg gewaarborgd tijdens de COVID-19-pandemie en kan de overheid bij nalatigheid aansprakelijk gesteld worden?” Dit onderzoek wordt geleid door volgende onderzoeksvragen:

- *Wat houdt het recht op toegang tot de gezondheidszorg in en wanneer is er sprake van nalatigheid indien de toegang tot gezondheidszorg niet wordt verleend?*
- *Welke wetgeving/maatregelen werd(en) er genomen tijdens de COVID-19-pandemie, opdat het recht op (toegang tot de) gezondheidszorg werd gewaarborgd?*
- *Werden de rechten van de patiënt voldoende gewaarborgd in de gezondheidszorg tijdens de COVID-19-pandemie?*
- *Vanaf wanneer kan de overheid aansprakelijk gesteld worden voor diens nalatigheid in het voorzien van de nodige gezondheidszorg tijdens een pandemie?*

Afdeling 3. Onderzoeksmethode en verantwoording

6. Enerzijds wordt de klassieke juridische methode gebruikt. Dit, om de rechtsgrond van het recht op toegang tot de gezondheidszorg tijdens pandemie (*hoofdstukken II en III*), alsook de rechten van de patiënt tijdens COVID-19-pandemie in de gezondheidszorg (*hoofdstuk IV*), weer te geven. Het is enorm belangrijk om vanuit een sterke basis te beginnen en te achterhalen welke wetgeving er reeds is. Aangezien het gaat over een internationale gezondheidscrisis, speelde de WGO een enorm belangrijke rol.

7. De keuze van een rechtsvergelijking tussen België, India en Zweden is zeer interessant. Alle drie de landen hanteerden een eigen aanpak om te ‘vechten’ tegen het coronavirus. In België vaardigde men enorm veel wetgeving uit: wetten, ministeriële besluiten, koninklijke besluiten etc. Dit was in India niet het geval en men handelde daar vanuit verouderde wetgeving. In India komt het aan de staten afzonderlijk toe om een degelijk gezondheidsbeleid uit te vaardigen en te handhaven. De *Epidemic Diseases Act 1897* en de *Disaster Management Act 2005* zorgden voor een wetgevende basis in India om op te treden in rampsituaties. Zweden daarentegen voerde een mitigatiestrategie in. De bevolking werd aan de hand van niet-dwingende maatregelen gevraagd hun gedrag aan te passen en verantwoordelijk om te gaan met elkaar. Het hanteren van een goede hygiëne was hierbij enorm belangrijk, maar een lockdown werd niet ingevoerd.

8. Het belang van het recht op (toegang tot de) gezondheidszorg lijkt met deze pandemie weeral bevestigd. Het garanderen van zorgcontinuïteit tijdens een crisis van dergelijke omvang brengt veel vragen met zich mee. Overheden doen er alles aan om de volksgezondheid te allen tijde te beschermen. Echter blijkt vaak in de praktijk dat er nog veel werk is aan het effectief garanderen van toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen.

9. Aangezien er een enorme veelheid aan bronnen bestaat over dit onderwerp, werd in deze meesterproef een selectie van de belangrijkste informatie verwerkt.

Hoofdstuk II. Het grondrecht op (toegang tot) gezondheidszorg

Afdeling 1. Een grondwettelijk beschermd recht?

§1. België

10. Ieder heeft recht op ‘bescherming van de gezondheid’. Met deze bewoording, verankert de Belgische wetgever in artikel 23, lid 3, 2° Belgische Grondwet⁷ (Gw.) het recht op gezondheid. De WGO omschrijft gezondheid als “*Een toestand van volkomen welzijn, zowel lichamelijk als geestelijk en sociaal. Het gaat met andere woorden dus niet enkel over de afwezigheid van een ziekte of een gebrek*”.⁸ Uit de bewoording van art. 23 Gw. kan er niet letterlijk ‘recht op gezondheidszorg’ worden gelezen.

11. In een antwoord op een prejudiciële vraag⁹, die werd gesteld aan het toenmalige Arbitragehof (nu: Grondwettelijk Hof), bevestigt het Hof dat art. 23, lid 3, 2° Gw niet verder preciseert wat het recht op ‘bescherming van de gezondheid’ nu werkelijk inhoudt. De wetgever kreeg dus de belangrijke taak om inhoud te geven aan het recht op gezondheidszorg. Uit een arrest van het Grondwettelijk Hof¹⁰ volgt wel dat het de taak van de wetgever is om de sociale, economische en culturele rechten te waarborgen, rekening houdend met de “overeenkomstige plichten”.

12. Enkel de verdrags- en grondwetsbepalingen waarin het recht op gezondheidszorg wordt omschreven, kunnen als positiefrechtelijke grondslagen in aanmerking worden genomen.¹¹ Het begrip recht op gezondheid, *ex art.* 23, lid 3, 2° Gw. en het recht op gezondheidszorg zijn verweven en maken beiden een grondwettelijk verankerd recht uit. Een efficiënt en duurzaam gezondheidssysteem, dat degelijke gezondheidszorg kan voorzien, is vereist om een goede gezondheid aan eenieder te garanderen. Gezondheidszorg vormt dan ook een cruciaal aspect in onze samenleving.¹²

13. Uit art. 23, lid 3, 2° Gw, alsook uit internationale bronnen volgt dat er een positieve (zorg)verplichting geldt voor de overheid ten aanzien van haar burgers. De Belgische staat heeft

⁷ Art. 23 Gw.: “*Ieder heeft het recht een menswaardig leven te leiden (...) Die rechten omvatten inzonderheid; (...) 2° het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand (...).*”

⁸ Constitution of the World Health Organization 1946, adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June Until 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States.

⁹ Arbitragehof 26 april 2007, nr. 66/2007, *A.GrwH* 2007 (prejudiciële vraag), afl. 2, 827, nr. B.10.2.

¹⁰ GwH 30 September 2021, nr. 127/2021, *APT* 2021, 2021, afl. 4, 714.

¹¹ F. LOUCKX, *Staat en gezondheidszorg*, Brussel, Larcier, 2015, 14-27 (hierna: F. LOUCKX, *Staat en gezondheidszorg*).

¹² T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Handboek Gezondheidsrecht*, Vol. II, Antwerpen, Intersentia, 2022, 229 (hierna: T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Handboek Gezondheidsrecht*, II).

namelijk de verplichting haar burgers te beschermen en dient daarbij eenieders recht op gezondheid te erkennen. Solidariteit en gelijke toegang tot de gezondheidszorg zijn hierbij onmisbare begrippen voor EU-landen, zoals België.

14. Uit art. 23, lid 3, 2° Gw. volgt dat de overheid verplicht dient op te treden wanneer het grondrecht op gezondheid van eenieder wordt bedreigd door de aanzienlijke impact van een gezondheids crisis, zoals de COVID-19-pandemie, die het bestaande gezondheidssysteem zou kunnen doen instorten.¹³ Dit artikel geeft burgers de mogelijkheid om een actief handelen van de overheid te eisen, bijvoorbeeld in het geval een gezondheids crisis hun recht op gezondheid bedreigt.¹⁴

§2. India

15. India is een soevereine, socialistische, seculiere en democratische republiek.¹⁵ India is een unie van staten.¹⁶ Territoriaal bestaat zij uit 28 deelstaten en 8 uniegebieden¹⁷. Het federale systeem in India verdeelt de wetgevende bevoegdheden volgens de: ‘*Union List*’¹⁸, ‘*States List*’¹⁹ en ‘*Concurrent List*’²⁰.

16. De Indische Grondwet voorziet in een lijst met exclusieve wetgevende bevoegdheden voor zowel de unie als de deelstaten.²¹ In het zevende schema, lijst II van de Indische Grondwet, staat dat de volksgezondheid valt onder de bevoegdheid van de deelstaten.²² Dit wil zeggen dat het aan die deelstaten toekomt om te voorzien in een beleid aangaande de volksgezondheid, sanitaire voorzieningen, ziekenhuizen en apotheken. Zij dragen voor deze gezondheidsgerelateerde diensten de eindverantwoordelijkheid.

17. Deel III van de Indische Gw., de fundamentele rechten, zijn afdwingbare burgerlijke en politieke rechten. Het recht op gezondheid kan impliciet worden afgeleid uit art. 21 Indische Gw.²³ Dit artikel

¹³ Wetsontwerp betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie, *Parl.St.* Kamer 2021, nr. 1951/001, 4.

¹⁴ RvS (alg.verg.) 30 oktober 2020, nr. 248.819, *APT* 2021, afl. 3, 482, noot C. DERAVE.

¹⁵ Preamble Indian Constitution (IC).

¹⁶ Art. 1 IC.

¹⁷ Part. VIII IC.

¹⁸ Part V IC.

¹⁹ Part VI IC.

²⁰ “Concurrent”, letterlijk ‘Samenloop’, betekent dat zowel de centrale overheid als de staten over bepaalde onderwerpen gezamenlijk kunnen optreden; zie ook : Lijst III bij de Indische Grondwet, zevende schema.

²¹ N. SAHOO, “An examination of India’s Federal System and its Impact on Healthcare”, *ORF Issue Brief* 2016, afl. 160, 1-12.

²² Art. 246 IC, Seventh Schedule: List II: State List, nr. 6: “Public health and sanitation; hospitals and dispensaries”.

²³ Art. 21 IC: “Protection of life and personal liberty. No person shall be deprived of his life or personal liberty except according to procedure established by law”.

waarborgt het recht op leven en de persoonlijke vrijheid. Het Hooggerechtshof van India oordeelde dat het recht op gezondheid en medische zorg een fundamenteel recht uitmaakt onder art. 21 Indische Gw., in samenlezing met de artikelen 39(e), 41 en 43 Indische Gw.²⁴

18. In de zaak *Mohd. Ahmed (Minor) vs. Union of India & Ors*²⁵ en tal van andere zaken²⁶ bevestigde het Hof van Beroep te Delhi dat het recht op gezondheid een facet uitmaakt van art. 21 Indische Gw. Het Hof benadrukte dat de overheid verplicht is toegang tot gezondheidsfaciliteiten te waarborgen en de daarbij horende goederen en diensten moet voorzien. Het waarborgen van toegang tot gezondheidszorg maakt een kernverplichting uit. In principe kan hier niet van worden afgeweken,²⁷ behoudens in geval van de openbare orde, nationale veiligheid en de volksgezondheid. Dergelijke beperkingen dienen redelijk en proportioneel te zijn.²⁸ Art. 21 Indische Gw. wordt gezien als dé bevestiging van het rechtsstaatbeginsel (*rule of law*).²⁹

19. Uit de artikelen 38; 39 (e) en 47 van de Indische Gw. kan tevens worden afgeleid dat het recht op gezondheid, dan wel impliciet, werd verankerd door de Indische grondwetgever. Deze artikelen maken deel uit van deel IV van de Indische Gw.: ‘De Richtlijnbeginselen van het Staatsgebied’. In principe zijn dit niet-afdwingbare sociaal-economische rechten.³⁰ Echter oordeelde het Hooggerechtshof te Delhi dat voornoemde sociaal-economische rechten deel uitmaken van art. 21 Indische Gw. en dus tevens deel uitmaken van deel III van de Indische Gw.³¹

20. In art. 38 Indische Gw. verwijst de wetgever vooral naar ‘*het welzijn van het volk*’³², terwijl art. 39 Indische Gw. vooral de beginselen aanhaalt voor de Indische Staat om een degelijk beleid te voeren. Art. 39 (e) Indische Gw. specificceert dat ‘*de gezondheid en kracht van arbeiders, ongeacht of het gaat*

²⁴ Supreme Court of India, *State of Punjab & Ors vs. Mohinder Singh Chawla*, 17 december 1996; Supreme Court of India, *Vincent Panikurlangara vs. Union of India & Ors.*, 3 maart 1987.

²⁵ The High Court of Delhi, *Mohd. Ahmed (Minor) vs. Union of India & Ors.*, 17 april 2014, randnr. 50.

²⁶ Supreme Court of India, *Consumer Education & Research Center vs. Union of India & Others*, 27 januari 1995; Supreme Court of India, *Paschim Banga khet Mazdoor Samity vs. State of West Bengal*, 6 mei 1996.

²⁷ The High Court of Andhra Pradesh, *Karukola Simhachalan vs. Union of India*, 28 januari 2022, randnrs. 86 en 129.

²⁸ Art. 21 IC (Editorial Comment), - <http://indiankanoon.org/doc/11637805/>.

²⁹ R., SINGH, en J.S., MANN, (eds.), *Corruption in governance*, Delhi, Centre for Transparency and Accountability in Governance, 2015, 8.

³⁰ Part IV IC ‘Directive Principles of State Policy’; M.K. TIWARI en S.S. PARMAR, “Of Semiotics, the Marginalised and Laws During the Lockdown in India”, *Int. J. Semiot Law* 2022, afl. 35, 981.

³¹ Supreme Court of India, *Francis Coralie Mullin vs. The Administrator, Union Territory of Delhi*, 13 januari 1981, randnr. 7.

³² Art. 38 IC: “*State to secure a social order for the promotion of welfare of the people. (...)*”

over mannen of vrouwen of kinderen, niet mag worden misbruikt of gemanipuleerd (...)’³³. Vooral art. 47 Indische Gw. spreekt expliciet over ‘het verbeteren van volksgezondheid’. Daarbij dient de Indische Staat ‘de verhoging en verbetering van de levensstandaard van zijn bevolking en het verbeteren van de volksgezondheid als primaire plicht te beschouwen’.³⁴ Het is een primaire plicht voor de staat om gezondheid te waarborgen.³⁵

§3. Zweden

21. Zweden heeft vier fundamentele wetten, die samen de Grondwet uitmaken.³⁶ De ‘wet op de regeringsvorm’³⁷ (RF), ‘de wet op de troonopvolging’³⁸, ‘de wet op de persvrijheid’³⁹ en ‘de wet op de vrijheid van meningsuiting’⁴⁰. In Zweden bestaat er geen expliciet grondwettelijk recht op gezondheid(szorg).⁴¹ Desondanks werd er impliciet in RF 1:2, lid 2 opgenomen dat “*het persoonlijke, economische en culturele welzijn van het individu fundamentele doelen van openbare activiteit zijn. Het recht op gezondheid én het voorzien van gunstige voorwaarden om een goede gezondheid te bevorderen, zijn bijzondere plichten van de openbare instellingen*”.

22. De *Hälso- och sjukvårdslag 2017:30* (wet op gezondheidszorg en medische diensten) is een wet die werd uitgevaardigd op nationaal niveau.⁴² De wet tracht gelijke zorg en gelijke toegang tot de gezondheidszorg aan eenieder te garanderen. Daarnaast omschrijft de wet ook hoe gezondheidszorg georganiseerd en gefinancierd moet worden.⁴³ Deze wet kan beschouwd worden als de belangrijkste wet die de gezondheidszorg regelt. Hoofdstuk 2, §1 van diezelfde wet verduidelijkt wat onder de toepassing van het begrip ‘gezondheidszorg’ moet worden verstaan: gezondheidszorg van goede kwaliteit en goede standaard (1), die voldoet aan de behoefte van de patiënt zijn continuïteit en veiligheid (2), die

³³ Art. 39 IC: “*Certain principles of policy to be followed by the State. The State shall, in particular, direct its policy towards securing (...) (e) that the health and strength of workers, men and women, and the tender age of children are not abused (...)*”.

³⁴ Art. 47 IC: “*Duty of the State to raise the level of nutrition and the standard of living and to improve public health. The State shall regard the raising of the level of nutrition and the standard of living of its people and the improvement of public health as among its primary duties (...)*”.

³⁵ The High Court of Delhi, Mohd. Ahmed (Minor) vs. Union of India & Ors., 17 april 2014, randnr. 22.

³⁶ T. MATTSSON, “Constitutional Rights for Children in Sweden” in T. HAUGLI, A. NYLUND, R. SIGURDSEN en L.R.L. BENDIKSEN (eds.), *Children’s constitutional rights in the Nordic countries*, Leiden, Brill, 2019, 103-119.

³⁷ Regeringsformen 1974:152.

³⁸ Successionsakten 1810.

³⁹ Tryckfrihetslagen 1949:105.

⁴⁰ Grundlagen om yttrandefrihet 1991:1469.

⁴¹ M. GREEN en T. MATTSSON, “Health, Rights and the State” in *Scandinavian Studies in Law* 2017, afl. 62, 177-197 (Hierna: M. GREEN en T. MATTSON, “Health, Rights and the State”).

⁴² Parlementaire wet (*Riksdag*).

⁴³ Ch. 4 *Hälso- och sjukvårdslag 2017:30*.

voortbouwt op de zelfbeschikking en integriteit van de patiënt (3), die goed contact tussen patiënt en gezondheidspersoneel bevordert (4) en gemakkelijk toegankelijk is (5).⁴⁴

23. Hoewel de overheid wettelijk verplicht is om het recht op gezondheid(szorg) te voorzien, zijn er weinig afdwingbare rechten beschikbaar voor patiënten die ontevreden zijn over hun zorg.⁴⁵ Zweden heeft wel voorzien in een nationaal toezichthoudend agentschap: *Inspektionen för vård och omsorg* (de inspectie voor gezondheidszorg en sociale zorg, hierna: IVO). Het bureau van de IVO kan een onderzoek starten na klachten van patiënten, als gevolg van bijvoorbeeld een gebrekkige behandeling.⁴⁶

24. Hoewel ook op de Zweedse overheid de statelijke (zorg)plicht⁴⁷ rust om de bevolking te voorzien van medische zorg, zijn er in de praktijk weinig mogelijkheden om deze rechten af te dwingen voor burgers die niet tevreden zijn met de toegediende zorg.⁴⁸

Afdeling 2. Het recht op toegang tot de gezondheidszorg

25. Vooraleer het grondrecht op gezondheidszorg te bespreken, is het noodzakelijk om eerst toegang te krijgen tot die gezondheidszorg. Dit gaat gepaard met hoe een gezondheidssysteem wordt gefinancierd. Ook geografische, socio-economische,... elementen hebben invloed op de toegang tot de gezondheidszorg. Door een onaangepaste overheidsfinanciering kunnen barrières ontstaan die een gelijke toegang bemoeilijken.⁴⁹

26. De Europese Unie speelt een enorm belangrijke rol inzake gezondheid⁵⁰, ten opzichte van de maatregelen die werden genomen door de lidstaten.⁵¹ Zowel uit artikel 35 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie⁵² (HGEU), als artikel 11 van het Herzien Europees Sociaal Handvest⁵³ (HESH), volgt dat het recht ‘op *gelijke toegang* tot preventieve gezondheidszorg’ erkend

⁴⁴ 5:1 Hälso- och sjukvårdslag 2017:30.

⁴⁵ M. GREEN en T. MATTSSON, “Health, Rights and the State”, 193.

⁴⁶ <https://www.ivo.se/beratta-for-ivo/>

⁴⁷ Werkdocument van de diensten van de Commissie (Comm.). Verslag over de rechtsstaat 2021. Landenhoofdstuk over Zweden bij het document Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement, de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de regio's, 20 juli 2021, SWD(2021) 725 final (“Werkdocument Commissie 2021”).

⁴⁸ M. GREEN en T. MATTSSON, “Health, Rights and the State”, 193.

⁴⁹ R. BAETEN, S. SPASOVA en B. VANHERCKE, “Toegang tot de gezondheidszorg in de EU: de trend is positief, maar de ongelijkheden hardnekkig” in J. COENE, P. RAEYMAECKERS e.a. (eds.), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2019*, Leuven, Acco, 2019, 187.

⁵⁰ J. MEEUSEN, “Unietrouw: een concept van verantwoordelijkheid en solidariteit in breed Europees verband”, in M. ADAMS e.a., *Verantwoordelijkheid en recht*, Mechelen, Kluwer, 2008, 495-504.

⁵¹ Art. 168 VWEU.

⁵² Art. 35 HGEU, *Pb.C. EU* 303/17, 14 December 2007.

⁵³ HESH 3 mei 1996, *BS* 10 mei 2004.

wordt als fundamenteel mensenrecht.⁵⁴ Dit blijkt uit de voorbereidende werken van het HGEU, waaruit volgt dat art. 35 HGEU moet worden begrepen door een samenlezing van art. 11 HESH en art. 152 EG-Verdrag.⁵⁵ Hoe dan ook komt de invulling van de toegang tot de gezondheidszorg toe aan de lidstaten, waaronder dus België en Zweden, zolang zij in overeenstemming zijn met de internationale medische normen.

§1. Financiële toegang tot de gezondheidszorg

27. Doordat medische zorg steeds duurder wordt, ligt de drempel voor sommige mensen of gezinnen zeer hoog om effectief toegang te krijgen tot gezondheidszorg.⁵⁶ Zowel België⁵⁷, India⁵⁸ als Zweden⁵⁹ hebben de moeilijke taak om maatregelen te nemen die tot doel hebben medische zorg, voor bepaalde groepen dan wel in bepaalde gevallen, te bekostigen.

A. Een gelaagd gezondheidsbeleid

28. Het gezondheidsbeleid in België heeft een gedecentraliseerd karakter. Het is versnipperd tussen enerzijds de federale staat, en anderzijds, de gemeenschappen.⁶⁰ Om toegang tot gezondheidszorg te garanderen, voorziet het Belgisch Socialezekerheidsrecht in een sterk uitgebouwd kader. Zo speelt het solidariteitsprincipe⁶¹ een grote rol in België.

29. In Zweden is de gezondheidszorg gelaagd georganiseerd. Het algemeen beleid en toezicht zijn hierbij nationale verantwoordelijkheden, maar de gezondheidszorg zelf is gedecentraliseerd naar de regio's en gemeenten.⁶² Ten eerste is er op Zweeds nationaal niveau het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken. De regio's en gemeenten staan respectievelijk in voor de financiering, het organiseren

⁵⁴ A.D. EXTER, *European Health Law*, Antwerpen-Appeldoorn, Maklu Uitgevers N.V., 2017, 112 (Hierna: A.D. EXTER, *European Health Law*).

⁵⁵ CHARTE 4473/00 CONVENT 49, Brussel 11 oktober 2000.

⁵⁶ BAETEN, R., *Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot de gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden*, Brussel, European Social Observatory 2021, 176.

⁵⁷ RIZIV en DOKTERS VAN DE WERELD, *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Waterloo, Wolters Kluwer België, 2014; J. VAN LANGENDONCK, Y. JORENS, F. LOUCKX en Y. STEVENS, *Handboek Socialezekerheidsrecht*, Antwerpen, Intersentia 2020, 357.

⁵⁸ N. SAHOO, "An examination of India's Federal System and its Impact on Healthcare", *ORF Issue Brief* 2016, afl. 160, 1-12.

⁵⁹ Ch. 8 Hälso- och sjukvårdslag 2017:30.

⁶⁰ S. LIERMAN, "Rechtsbronnen in de gezondheidszorg", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, I, 3-44.

⁶¹ W. VAN EECKHOUTTE, *Handboek Belgisch Sociaal Recht. II. Handboek Belgisch Socialezekerheidsrecht*, Mechelen, Wolters Kluwer, 2017, 23-57.

⁶² N. JANLÖV, S. BLUME, A.H. GLENNGÅRD, K. HANSPERS, A. ANELL en S. MERKUR., "Sweden. Health system review 2023", *Health Systems in Transition* 2023, Vol. 25, nr. 4, xx-xxi (hierna: N. JANLÖV e.a., "Sweden. Health system review 2023")

en voorzien van degelijke gezondheidszorg, dan wel gezondheidszorg voor ouderen en mindervaliden.⁶³ De gezondheidszorg wordt voor 56% gefinancierd door gemeentelijke en regionale belastingen, betaald door inwoners.⁶⁴ Daarnaast wordt 25,2% van de gezondheidszorg gefinancierd op nationaal niveau.⁶⁵

30. In een commissierichtlijn⁶⁶ verduidelijkt de commissie dat onder het recht op toegang tot de Zweedse gezondheidszorg het enerzijds gaat om een balans tussen zorgbehoeften van de patiënten en anderzijds, de capaciteit en het middel van de zorg om daaraan te voldoen. Toegankelijke zorg betekent dat de zorg goed bereikbaar is en dat interventies binnen een redelijke termijn plaatsvinden. Sinds 2010 kent Zweden een nationale ‘zorggarantie’, waarin staat hoe lang iemand op zorg moet wachten. Er zijn namelijk enorm lange wachttijden, waardoor de patiënten er slechte toegankelijkheid ervaren.

31. Doordat de inwoners er belastingen betalen, kan gezondheidszorg worden voorzien voor iedereen die werkt of woont in Zweden.⁶⁷ Het ‘Solidariteitsprincipen’ (*solidariteitsprincipe*) en ‘Principen om universalitet’ (*universaliteitsprincipe*)⁶⁸ spelen een grote rol. Alle inwoners van Zweden hebben toegang tot gezondheidszorg(diensten), respectievelijk ongeacht hun inkomen of sociale status. De *Försäkringskassan* (Bureau Sociale Zekerheid) zorgt voor de uitvoering en de compensatie van de zorgkosten.

32. Zoals eerder aangehaald, komt het in India aan de staten toe om te voorzien in degelijke gezondheidszorg. De federale regering draagt daarentegen wel de meeste verantwoordelijkheid in de besluitvorming.⁶⁹ De financiering van ziekenhuisvoorzieningen, voorzieningen voor eerstelijnszorg⁷⁰ en ESIC⁷¹ wordt volledig gedragen door de staten.⁷² Zoals in België en Zweden, is ook in India het

⁶³ *Ibid.*, nr. 4, xx.

⁶⁴ Werkdocument van de diensten van de Europese Commissie (Comm.). *Werkgelegenheid, sociale zaken en inclusie. Uw socialezekerheidsrechten in Zweden*. Europese Unie, juli 2012, (6) 1-37.

⁶⁵ N. JANLÖV e.a., “Sweden. Health system review 2023”, 69-70; daarnaast wordt 13% gefinancierd door OOP (out-of-pocket payments), 4,6% door andere regionale en gemeentelijke inkomsten en 1,1% door private financiering.

⁶⁶ Dir. 2020:81, Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, 13 augustus 2020.

⁶⁷ 8:2,(1) Hälso- och sjukvårdslag 2017:30.

⁶⁸ M. GREEN en T. MATTSSON, “Health, Rights and the State”, 192.

⁶⁹ N. SAHOO, “An examination of India’s Federal System and its Impact on Healthcare”, *ORF Issue Brief* 2016, afl. 160, 2.

⁷⁰ WHO, “Primary Health Care”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> .

⁷¹ Employees’ State Insurance Corporation. Dit is in India een sociale zekerheidsorgaan onder eigendom van het Ministerie van arbeid en werkgelegenheid.

⁷² ARORA, G.K. en GUMBER, A., “Globalisation and healthcare financing in India: some emergencing issues”, *Public Finance and Management* 2005, Vol. 5, nr. 4, 571.

universaliteitsprincipe van toepassing. De NHP⁷³ bevestigt dat systemen en diensten zodanig worden ontworpen, dat ze beschikbaar zijn voor de gehele bevolking, zonder enige vorm van discriminatie.

33. Aangezien meer dan 65% van de Indische bevolking op het platteland woont, is India er nog niet in geslaagd om de toegankelijkheid van de gezondheidszorgdiensten voor eenieder te garanderen in de praktijk.⁷⁴ Daarnaast dient de infrastructuur van de gezondheidszorg dringend verbeterd te worden. Hoewel er in theorie reeds verschillende maatregelen zijn genomen, lijkt de uitvoering ervan nog te mooi om waar te zijn. Deze twee problemen belemmeren de effectieve toegang tot gezondheidszorg van eenieder en dienen dringend geoptimaliseerd te worden.

B. Sociale Zekerheidsvoorzieningen

34. In Europa kunnen we voor de gezondheidszorgsystemen een onderscheid maken tussen enerzijds, het Bismarck-model en anderzijds, het Beveridge-model. Dat eerste model functioneert als een (verplichte) verzekering, dat gefinancierd wordt via sociale werknemers- en werkgeversbijdragen van de actieve bevolking.⁷⁵ De Belgische ziekteverzekering volgt het Bismarck-model. Zweden daarentegen gedraagt zich in het Beveridge-model. Dit model is erop gericht een ziekteverzekering te voorzien, gefinancierd door middel van belastingen. In dit model zijn de meeste ziekenhuizen eigendom van de overheid en wordt de gezondheidszorg meer gezien als een mensenrecht.

35. Ondanks dat er in India sprake is van verschillende ziekteverzekeringsprogramma's⁷⁶ is er, voornamelijk in de landelijke gebieden, sprake van het 'Out-Of-Pocket-Model'. Dit houdt in dat de patiënt onmiddellijk en zelf betaalt voor zijn medische zorgen, zonder tussenkomst van de verzekering.⁷⁷ Als gevolg van de hoge kosten die gepaard gaan met het aanbod van medische zorg, zijn heel wat mensen in de onmogelijkheid om voor dergelijke kosten te betalen.⁷⁸

⁷³ National Health Policy 2017.

⁷⁴ C. SEGHAL, H. BAID en P. CHAKRABORTY, "Medical Technology. Shaping healthcare for all in India", *Report Confederation of Indian Industry and Deloitte* 2017, 1-19.

⁷⁵ M. PEETERS, "Europa niet langer van het (ziekenhuis)bed: ziekenhuizen en de wetgeving overheidsopdrachten", *T.Gez.* 2009-10, afl. 5, 275.

⁷⁶ Men tracht een universele gezondheidsdekking te bekomen (Universal Health Coverage (UHC) door het nemen van initiatieven, zoals: Ayushman Bharat Yojana, Central Government Health Scheme, Nutrition Supplementation Schemes, etc.

⁷⁷ PNHP, "Health care systems - Four basic models", https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php.

⁷⁸ A. GROVER e.a., "Developing Standard Treatment Workflows – way to universal healthcare in India", *Front Public Health* 2023, 1-8.

36. Zowel in België als in Zweden is er sprake van een ziekteverzekering, respectievelijk de ‘verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’⁷⁹ en de ‘*sjuk- och föräldraförsäkring*’⁸⁰ (ziektelasten- en ouderschapsverzekering). Het gaat om een verplichte verzekering, die toegankelijk is voor al wie ingeschreven is in het register van de natuurlijke personen⁸¹, dan wel de inwonenden⁸². De verzekering dekt een groot deel van de medische kosten, waaronder ziekenhuisopnames, doktersbezoeken en geneesmiddelen. Zelfs indien een persoon niet voorafgaand is ingeschreven bij een zorgverzekeraar krijgt deze in geval van nood medische zorg toegewezen.

37. India is een laatkomer wat betreft het bundelen van de sociale zekerheidsrechten. ‘The Code on Social Security’⁸³ werd in 2019 voorgesteld in het parlement en trad in werking in 2020. De wetgever trachtte te voorzien in een wetgevend kader aangaande de socialezekerheidsrechten van werknemers en bedienden. Art. 2.(78) Code on Social Security verzekert uitdrukkelijk de toegang tot gezondheidszorg. Het Ministerie van Arbeid en Werkgelegenheid is verantwoordelijk voor de wetgeving met betrekking tot sociale zekerheid van werknemers.⁸⁴

Afdeling 3. Het recht op gezondheidszorg

38. Zoals eerder vermeld, wordt het recht op gezondheidszorg niet *expressis verbis* uitgedrukt in de Belgische grondwet, noch in de Indische of Zweedse grondwet. Het recht op gezondheidszorg kan als onderdeel van het bredere ‘recht op gezondheid’ worden beschouwd. Zo vormt het recht op gezondheidszorg samen met tal van andere gezondheidsdeterminanten⁸⁵ de hoogst haalbare standaard van gezondheid.⁸⁶ Naast het louter voorzien van gezondheidszorg, zijn ook sanitaire voorzieningen, toegang tot onderwijs, toegang tot drinkbaar water, etc. allemaal onderdelen van het recht op gezondheid.

⁷⁹ Gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen 14 juli 1994, *BS* 6 september 1994.

⁸⁰ Socialförsäkringsbalk 2010:110.

⁸¹ Art. 32, 15° Ziekteverzekeringwet; J. VAN LANGENDONCK e.a., *Handboek Socialezekerheidsrecht*, Antwerpen, Intersentia 2020, 361.

⁸² Werkdocument van de diensten van de Europese Commissie (Comm.). *Werkgelegenheid, sociale zaken en inclusie. Uw socialezekerheidsrechten in Zweden*. Europese Unie, juli 2012, 5.

⁸³ Code on Social Security 2020; voornoemde wet is een consolidatie van The Employees’ Compensation Act 2005, The Employees’ State Insurance Act 1948, The Employees’ Provident Funds and Miscellaneous Provisions Act 1952, The Employment Exchanges Act 1959, The Maternity Benefit Act 1961, The Payment of Gratuity Act 1972, The Cine Workers Welfare Fund Act 1981, The Building and Other Construction Workers Welfare Cess Act 1996 en Unorganized Workers’ Social Security Act 2008.

⁸⁴ Art. 246 IC, Seventh Schedule: List III Concurrent List, nr. 23; <https://labour.gov.in/constitutional-provision>.

⁸⁵ WHO, “Social determinants of health”, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

⁸⁶ Preambule Grondwet WGO; OHCHR en WHO, The right to health, *Fact Sheet no. 31*, 2008, 1-57.

§1. De waarborgen van gezondheidszorg

39. Vanaf dat iemand de toegang werd verleend tot de gezondheidszorg, dient de gezondheidszorg zelf uiteraard kwaliteitsvol te zijn. Ten eerste moet iedere burger afzonderlijk de mogelijkheid hebben om aanspraak te maken op verzorging bij ziekte.⁸⁷ Zoals vermeld in randnr. 36, voorzien België en Zweden in een geneeskundige bijstand. Een patiënt moet de mogelijkheid hebben om een zorgverlener aansprakelijk te stellen, indien er medische fouten worden gemaakt. Een volmachtbesluit om een arts immuniteit te verlenen tijdens de pandemie zou hieraan afbreuk doen (zie: *infra*).

40. Daarnaast rust er op de Belgische, Zweedse en Indische overheid een statelijke (zorg)plicht om tijdige en passende gezondheidszorg te waarborgen. Het uitbouwen van een degelijke infrastructuur aan gezondheidszorgvoorzieningen is hierbij vereist. Dergelijke gezondheidszorgvoorzieningen dienen een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid te bieden aan elk individu.

41. De Ziekenhuiswet⁸⁸ is in België van belang, daar in art. 2, §1 Ziekenhuiswet wordt benadrukt dat een ziekenhuis als instelling voor de gezondheidszorg geldt en ziekenhuizen een opdracht vervullen van het algemeen belang. Een continuïteitsvereiste, wat wil zeggen dat er op ieder ogenblik opgetreden moet kunnen worden, is een *conditio sine qua non* opdat de Ziekenhuiswet van toepassing is.⁸⁹ Hoewel Zweden niet voorziet in een uitdrukkelijke ‘ziekenhuiswet’, worden dezelfde principes gehanteerd in de *Hälso- och sjukvårdslag*. Zo ook wordt er veel aandacht besteed aan de continuïteitsvereiste van de zorginstellingen.⁹⁰

42. In India is een soortgelijke wet die gedetailleerde informatie bevat over de registratie en regulering van medische instellingen. De “Clinical Establishments Act”⁹¹ behandelt onderwerpen zoals de oprichting van de Nationale Raad voor klinische instellingen, registratievoorwaarden, het waarborgen van continuïteit in de zorg, met name in noodsituaties⁹², etc.

43. Ten slotte is een overheid verplicht de volksgezondheid te beschermen. De openbare gezondheid moet gewaarborgd worden. Tijdens de COVID-19-pandemie voerden de overheden maatregelen in, ter

⁸⁷ *Parl. St.* Senaat BZ 1991-91, nr. 100-2.4°.

⁸⁸ Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen 10 juli 2008, *BS* 17 november 2008.

⁸⁹ F. DEWALLENS, “De Gezondheidszorgvoorzieningen”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, I, 71.

⁹⁰ 5:4 *Hälso- och sjukvårdslag* 2017:30.

⁹¹ Clinical Establishments (registration and regulation) Act 2010 (CEA 2010).

⁹² Art. 2, (o) CEA 2010.

bescherming van diens bevolking. Denk hierbij aan het voorzien van voldoende ICU, mondkmaskers, ziekenhuisbedden,...⁹³

Afdeling 4. ‘Right to Health’ in internationaalrechtelijke context

44. Het recht op gezondheid, zoals omschreven door de WGO, werd sterk bekritiseerd omwille van het feit dat deze definitie veel te ruim is (*supra* rn. 10). Een ‘recht op gezondheid’ kan niet worden gevorderd. Maar, een recht op gezondheidszorg, dat tevens toegang tot die gezondheidszorg garandeert, daarentegen wel, stelt EXTER⁹⁴.

45. Ook in internationale verdragen zal het recht op gezondheidszorg niet vaak *expressis verbis* worden geformuleerd.⁹⁵ Pas indien het recht op gezondheidszorg kan worden teruggevonden in grondwetteksten en/of bindende verdragen, zal er pas sprake zijn van een grondrecht.⁹⁶ In wat volgt zal een beperkt aantal bronnen worden besproken. Het gaat over een niet-limitatieve lijst die het recht op (de toegang tot de) gezondheid(szorg) bespreekt. Het zou ons te ver leiden om alle mogelijke bronnen te behandelen.⁹⁷

46. De WGO en het bureau van de Hoge Commissaris voor Mensenrechten (OHCHR) creëerden met *Fact Sheet no. 31*⁹⁸ een verkort rapport aangaande het recht op gezondheid. Er dient benadrukt te worden dat het recht op gezondheid een inclusief recht is. Dit wil zeggen dat het recht op gezondheid veel verder reikt dan het louter garanderen van toegang tot de gezondheidszorg, of het voorzien van ziekenhuizen.⁹⁹ Het recht op gezondheid houdt daarnaast ook rechten en vrijheden in. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het voorzien van voldoende voedsel, werken in gezonde omstandigheden, gendergelijkheid etc.

⁹³ ECSR, *Statement of interpretation on the right to protection of health in times of pandemic*, 21 april 2020, 3.

⁹⁴ A.D. EXTER, *European Health Law*, 107-132.

⁹⁵ F. LOUCKX, *Staat en gezondheidszorg*, 17.

⁹⁶ J. VELAERS, *De Grondwet en de Raad van State Afdeling Wetgeving: vijftig jaar adviezen aan wetgevende vergaderingen in het licht van de rechtspraak van het Arbitragehof*, Antwerpen, Maklu, 1999, 224.

⁹⁷ Zo dient ook vermeld te worden: Verdrag 19 december 1979 inzake de Uitbanning van alle vormen van Discriminatie van Vrouwen, BS 5 november 1985; Alma-Ata Verklaring 1978; Art. 24 IVRK.

⁹⁸ OHCHR en WHO, *The right to health, Fact Sheet no. 31*, 2008, 1-57.

⁹⁹ Ó NÉILL, C., “An introduction to health rights as they apply in global landscapes” in Ó NÉILL, e.a., *Routledge handbook of global health rights*, Londen en New York, Routledge, 2021, 4-5.

§1. Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie

47. *In se* is het HGEU¹⁰⁰ geen verdrag. Bijgevolg voldoet het dus niet aan de formele criteria opdat het als positiefrechtelijke grondslag van het grondrecht op gezondheidszorg zou gelden. Desalniettemin, kan aan het Handvest dezelfde rechtskracht en juridische waarde worden gegeven als een verdrag¹⁰¹, volgens art. 6, §1, lid 1 van het Verdrag betreffende de Europese Unie (VEU)¹⁰².¹⁰³ Het Handvest is gericht op de instellingen, organen en instanties van de Europese Unie.¹⁰⁴

48. Zowel België als Zweden hebben ingestemd met het VEU, met als gevolg dat ook het HGEU dezelfde juridische waarde heeft voor beide staten. Het recht op gezondheidszorg kan bijgevolg voor beide lidstaten worden beschouwd als grondrecht.

49. Zoals eerder vermeld, waarborgt art. 35 HGEU een gelijke toegang tot de preventieve gezondheidszorg. Daarenboven garandeert dit artikel expliciet het recht op medische verzorging. Zowel België als Zweden krijgen de bevoegdheid een beleid uit te werken, via nationale wetgeving, waarbij een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd dient te worden.

§2 IVESCR

50. Zowel België¹⁰⁵, India¹⁰⁶ als Zweden¹⁰⁷ zijn verdragsstaten bij het Internationaal Verdrag betreffende de Economische, Sociale en Culturele rechten¹⁰⁸. Art. 12 IVESCR garandeert “*the right to the highest attainable standard of physical and mental health*”. In het Nederlands wordt dit ietwat merkwaardig vertaald als “*het recht van eenieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid*”. Maar het gaat wel degelijk om de ‘hoogst haalbare standaard’ van gezondheid, met verplichtingen voor staten om maatregelen te nemen die daaraan te voldoen¹⁰⁹. Zo komt het aan de

¹⁰⁰ Handvest van de grondrechten van de Europese Unie 12 december 2007, *Pb.C.* 83, 30 maart 2010.

¹⁰¹ Art. 1, lid 3 VEU: Het Verdrag betreffende de Europese Unie heeft dezelfde rechtskracht als het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie.

¹⁰² Verdrag betreffende de Europese Unie 7 februari 1992, *Pb.C.* 306, 17 december 2007.

¹⁰³ F. LOUCKX, *Staat en gezondheidszorg*, 18; T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, II, 231.

¹⁰⁴ Art. 51.1. HGEU.

¹⁰⁵ Gehandtekend op 10 december 1968. Geratificeerd en toetreding op 21 april 1983.

¹⁰⁶ Geratificeerd en toetreding op 10 april 1979.

¹⁰⁷ Gehandtekend op 29 september 1967. Geratificeerd en toetreding op 6 december 1971.

¹⁰⁸ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 19 december 1966, *BS* 6 juli 1983.

¹⁰⁹ Art. 12, lid 2 ECOSOC-Verdrag.

lidstaten toe om omstandigheden te scheppen die elk in geval van ziekte voorzien in geneeskundige bijstand en verzorging.¹¹⁰

51. Uiteraard komt dit in conflict te staan wanneer we verkeren in situaties van schaarste, zoals de COVID-19-pandemie, waarbij niet iedereen de mogelijkheid tot toegang tot gezondheidszorg zal krijgen. De lidstaten hebben volgens dit artikel dan ook de plicht om epidemische ziekten te voorkomen. Met *General Comment no. 14*¹¹¹ specificeerde het Comité van Economische, Sociale en Culturele rechten wat dit betekent: de lidstaten zijn gehouden om programma's op te stellen om de bevolking te immuniseren tegen de voornaamste besmettelijke ziekten¹¹². Denk hierbij aan het toedienen van vaccins, versoepeling van intellectuele eigendomsrechten op vaccins en medicatie¹¹³ etc.

52. Daarnaast somt *General Comment no. 14* tevens belangrijke waarden op die onmisbaar zijn voor het bereiken van die hoogst haalbare standaard van gezondheid. Het gaat onder meer over beschikbaarheid van gezondheidsfaciliteiten (1), toegankelijkheid van die gezondheidsfaciliteiten (2), aanvaardbaarheid van gezondheidsfaciliteiten en respect (3) en tenslotte moet er sprake zijn van degelijke kwaliteit (4).¹¹⁴

53. Uit art. 12 IVESCR volgt dat het aan de lidstaten toekomt om op nationaal niveau een strategie en actieplan uit te werken indien de volksgezondheid in het gedrang komt. Dit artikel is een belangrijke grondslag voor het nemen van maatregelen tijdens de COVID-19-pandemie. Zowel de Belgische, Zweedse als Indische overheid zijn door dit artikel zelfs verplicht maatregelen te nemen tegen bedreigingen die door epidemiologische data worden aangetoond.¹¹⁵

¹¹⁰ Art. 12, lid 2, d) ECOSOC-Verdrag.

¹¹¹ CESCR, General Comment no. 14, *The right to highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, tweeëntwintigste zitting (2000), E/C.12/2000/4 dd. 11 augustus 2000, 21 p. ('CESCR General Comment no. 14').

¹¹² CESCR General Comment no. 14, nrs. 36, 44(b).

¹¹³ CESCR, *Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social, and cultural rights*, E/C.12/2020/1 dd. 17 april 2020, nr. 21 ('CESCR Statement 2020').

¹¹⁴ CESCR General Comment no. 14, 3-5.

¹¹⁵ F. DEWALLENS, C. LEMMENS, S. LIERMAN, F. LOUCKX, A. VIJVERMAN EN T. VANSWEEVELT, "COVID-19 en gezondheidsrecht: een eerste analyse", *T.Gez.* 2020, nr. 1, 18-19 (hierna: F. DEWALLENS e.a., "Een eerste analyse").

§3. Herzien Europees Sociaal Handvest

54. Het HESH¹¹⁶ kan worden omschreven als een mensenrechtenverdrag, opgesteld door de Raad van Europa. Het HESH bevat enerzijds doelstellingen die de lidstaten moeten bereiken. Anderzijds dienen partijen zich ook gebonden te achten door de in het Handvest opgesomde verplichtingen. Zowel België als Zweden hebben het Handvest gehandtekend en geratificeerd en zijn bijgevolg gehouden aan de verplichtingen, zoals opgesomd in het Handvest.

55. Deel I, punt 11 HESH schept het recht voor eenieder om gebruik te maken van alle voorzieningen die hem in staat stellen in een zo goed mogelijke gezondheid te verkeren. Deel II, art. 11, §3 HESH somt de daartegenoverstaande plichten op zodat burgers gebruik kunnen maken van alle voorzieningen die hem in staat stellen in een zo goed mogelijke gezondheid te verkeren. De partijen van het Handvest dienen maatregelen te nemen die de oorzaken van een slechte gezondheid zoveel mogelijk zouden wegnemen (1), voorzieningen treffen op het terrein van voorlichting en onderwijs inzake gezondheid (2) en epidemische, endemische en andere ziekten zoveel mogelijk te voorkomen (3).¹¹⁷

56. Als partijen bij het HESH, zijn België en Zweden verplicht om tijdens de COVID-19-pandemie maatregelen te treffen, ter verzorging van slachtoffers. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het voorzien van voldoende ziekenhuisbedden, het ter beschikking stellen van mondmaskers, het voorzien van eenheden voor intensieve verzorging, het instaan voor een vaccinbeleid, het opleggen van een lockdownbeleid etc.¹¹⁸

§4. Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens

57. Art. 25 van de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens¹¹⁹ (UVRM) bevestigt dat *'eenieder recht heeft op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen (...) medische zorg en de noodzakelijke sociale diensten (...) in geval van ziekte (...)'*. Er moet echter in acht worden genomen dat de UVRM een niet-bindende verklaring is en dus niet in rechte kan worden afgedwongen. De UVRM wordt vandaag de dag beschouwd als internationaal gewoonterecht.¹²⁰

¹¹⁶ HESH 3 mei 1996, BS 10 mei 2004.

¹¹⁷ Art. 11 HESH.

¹¹⁸ ECSR, *Statement of interpretation on the right to protection of health in times of pandemic*, 21 april 2020, 3.

¹¹⁹ UVRM 10 december 1948.

¹²⁰ A.D. EXTER, *European Health Law*, 112.

Afdeling 5. Conclusie

58. In België wordt het recht op gezondheid niet *expressis verbis* vastgelegd in de Grondwet. Er zijn wel mechanismen zoals het solidariteitsbeginsel en een sterk uitgebouwd sociaal zekerheidsstelsel die streven naar een gelijke toegang tot de gezondheidszorg voor eenieder. Wanneer het recht op gezondheid wordt bedreigd door een moeilijk te beheersen COVID-19-pandemie, dient de overheid haar positieve verplichting na te komen.

59. De Indische rechtbanken bevestigen dat het recht op gezondheid een facet uitmaakt van art. 21 Indische Gw., ook al wordt dit hier niet expliciet vermeld. Hoewel gezondheidszorg als fundamenteel recht wordt beschouwd, blijft de praktische toegang tot de gezondheidszorg een uitdaging in India voor de plattelandsbevolking en kwetsbare groepen.

60. In Zweden is er geen expliciet recht op gezondheid, maar zijn de wetgeving en beleidsmaatregelen gericht op het verzekeren van gelijke toegang tot gezondheidszorg. Het gedecentraliseerde en door belastingen gefinancierde gezondheidszorgsysteem rust op het *Solidariteitsprincipen* en *Principen om Universalitet*.

61. Ondanks de verschillen bij de drie landen, streven zij alle drie naar het verzekeren van een gelijke toegang tot gezondheidszorg voor iedereen. De internationale verdragen zorgen hierbij voor een sterke juridische basis. Art. 12 IVESCR legt de overheid op degelijke maatregelen te voorzien tijdens een pandemie, opdat de ‘*highest attainable standard of physical and mental health*’ wordt bereikt en gegarandeerd aan eenieder.

Hoofdstuk III. Het recht op gezondheidszorg tijdens de COVID-19-pandemie

Afdeling 1. Het wetgevend kader tijdens crisisbeheer

§1. Grondwettelijk kader in noodsituaties (?)

62. Door de snelle verspreiding van het coronavirus, kwam elke overheid voor een moeilijke opdracht te staan: een (snelle) beleidsreactie op de pandemie. Dergelijke uitdagingen gaan veel verder dan gezondheidssystemen en instellingen.¹²¹ Er dient een degelijk normerend beleid te worden uitgewerkt, dat tevens proportioneel, adequaat en noodzakelijk is.

63. Sommige landen hebben een grondwet die uitdrukkelijk voorziet in een noodtoestand. Denk hierbij bijvoorbeeld aan Frankrijk.¹²² Helaas beschikken België noch Zweden over een Grondwet die voorziet in specifieke regels aangaande de noodtoestand bij epidemieën.¹²³ De Indische Grondwet voorziet daarentegen in een volledig hoofdstuk met ‘*Emergency Provisions*’¹²⁴ (noodbepalingen). Het komt dan aan de President toe om een noodverklaring uit te roepen. Echter, geldt dergelijke noodtoestand enkel in geval van oorlog, externe agressie¹²⁵ of interne onrust.¹²⁶ Hoewel de COVID-19-pandemie wel eens omschreven werd als ‘*en guerre face à un ennemi invisible*’, lijkt dit niet overeen te komen met de noodtoestand die de Indische grondwetgever voor ogen had. “*Health emergencies*” zijn niet voorzien.

64. De Belgische Grondwet voorziet niet in een specifiek wetgevend kader in noodtoestand.¹²⁷ Art. 187 Gw. benadrukt uitdrukkelijk dat de Grondwet noch geheel, noch ten dele kan worden geschorst. Art. 105 Gw. bevestigt dat de koning geen andere macht heeft dan die welke de Grondwet en bijzondere wetten hem uitdrukkelijk toekennen. Art. 78 BWHI kan als tegenhanger van art. 105 Gw. worden beschouwd, wat betreft het aanwerven van de bijzondere machten.¹²⁸

¹²¹ T. ISAAC en R. SANDANDAN, “COVID-19, public health system and local governance in Kerala”, *Economic and Political Weekly* 2020, afl. 55, 35-40.

¹²² Artt. 16, *in fine* en 36 Constitution française.

¹²³ K. BINDER e.a., “States of Emergency in response to coronavirus crisis: Situation in certain Member States”, *European Parliament Research Service* 2020, PE 649.408, 2; Werkdocument Commissie 2021, *supra* vn. 47.

¹²⁴ Part XVIII IC.

¹²⁵ Dit was bijvoorbeeld het geval voor de India-China oorlog van oktober-november 1962.

¹²⁶ Art. 352, lid 1 IC.

¹²⁷ K. BINDER e.a., *supra* vn. 123.

¹²⁸ F. BOUHON en E. SLAUTSKY, “Toekenning, uitoefening van en toezicht op bijzondere machten binnen de deelstaten: gecontrasteerde praktijken om het hoofd te bieden aan de eerste golf van de COVID-19-pandemie”, *TvW* 2020, afl. 4, 261-271.

65. Hoewel hoofdstuk 15 RF voorziet in een wettelijk kader indien er oorlog uitbreekt, is er nergens een noodtoestand te vinden in de Zweedse Grondwet in het geval van een gezondheids crisis, zoals de COVID-19-pandemie. Zo is de regering, in toestand van oorlog, verplicht om de taken van de *Riksdag* (Zweeds Parlement) uit te voeren.¹²⁹ Om toch te voorzien in een degelijk juridisch kader tijdens de COVID-19-pandemie, werden maatregelen getroffen door middel van aanbevelingen.¹³⁰

§2. Bevoegdheden inzake bestrijding van de COVID-19-pandemie

A. België

66. De gefragmenteerde structuur in België was uiteraard geen evidentie bij het uitbreken van de COVID-19-pandemie. Tijdens de COVID-19-crisis stonden dan ook drie beginselen centraal: het exclusiviteitsbeginsel (1), het legaliteitsbeginsel (2) en het evenredigheidsbeginsel (3).¹³¹

67. In principe is crisisbeheer een federale bevoegdheid, doch het maakt geen exclusieve bevoegdheid uit.¹³² Wanneer een bepaalde gebeurtenis cumulatief aan de voorwaarden van art. 2 KB 18 april 1988¹³³ voldoen, kunnen we spreken van een ‘crisis’ met als gevolg dat het Nationaal Crisiscentrum (NCCN) in actie zal schieten. Zowel het NCCN als de FOD Volksgezondheid beheerden de permanente crisisstructuren. De federale fase van crisis nam aanvang op 12 maart 2020 en eindigde op 14 maart 2022.¹³⁴ Hoewel het crisisbeheer dus federaal zit, werden de gemeenschappen enorm veel betrokken tijdens de COVID-19-crisis. Zo kwam het bijvoorbeeld aan de federale overheid toe om de ziekenhuizen te verplichten een noodplan op te maken, terwijl de gemeenschappen mochten instaan voor de concrete invulling en goedkeuring hiervan.¹³⁵ Vanaf oktober 2020 deed het Overlegcomité dienst als *de facto* besluitvormend orgaan.

68. Art. 5, §1, I, lid 1, 8° BWHI stelt uitdrukkelijk dat “*het aan de gemeenschappen toekomt om te voorzien in een gezondheidsbeleid betreffende de activiteiten, diensten en initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg*”.¹³⁶ Er dient benadrukt te worden dat het gaat over de preventie van aandoeningen en

¹²⁹ 15:5 RF.

¹³⁰ Werkdocument Commissie 2021, *supra* vn. 47.

¹³¹ C. BEHRENDT en M. VRANCKEN, *Beginselen van het Belgisch staatsrecht*, Brugge, die Keure, 2022, 443.

¹³² J. VELAERS, “Constitutionele lessen uit de COVID-19-crisis”, *TBP* 2021, afl. 9, 532-552.

¹³³ KB 18 april 1988 betreffende de oprichting van het Coördinatie- en Crisiscentrum van de Regering, *BS* 4 mei 1988.

¹³⁴ OESO, “Evaluatie van de Belgische respons op COVID-19”, 2023, <https://www.oecd.org/governance/evaluatie-van-de-belgische-respons-op-covid-19-brochure.pdf>, 11.

¹³⁵ S. LIERMAN, “Rechtsbronnen in de gezondheidszorg”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, I, 12.

¹³⁶ Artt. 38, 128 en 130 Gw. juncto Art. 5, §1, I, lid 1, 8° BWHI.

ziektes die verbonden kunnen worden aan diensten, inrichtingen etc. en niet zozeer over de reglementering hiervan.¹³⁷ Zo komt het toe aan gemeenschappen vaccinaties te organiseren en te promoten¹³⁸, maar de reglementering hiervan is een federale bevoegdheid.

69. De civiele bescherming en de civiele veiligheid zijn cruciale aspecten van maatregelen die door de federale overheid als noodzakelijk worden beschouwd betreffende het voortbestaan van de bevolking.¹³⁹ Op 18 maart 2020 werd een ministerieel besluit (MB)¹⁴⁰ uitgevaardigd, waarmee men trachtte een COVID-19-beleid in te voeren. Dit MB vond zijn grondslag in art. 4 van wet op de civiele bescherming¹⁴¹, artikelen 181, 182 en 187 van de wet op de civiele veiligheid¹⁴² en artikelen 11 en 42 van de wet op het politieambt¹⁴³.¹⁴⁴

70. Op vrijdag 27 maart 2020 werden maar liefst twee wetten aangenomen die machtiging verlenen aan de Koning om maatregelen te nemen in strijd tegen de verspreiding van het COVID-19-virus ('bijzondere machtenwetten').¹⁴⁵ Met de inwerkingtreding van de COVID-I-wet¹⁴⁶ en de COVID-II-wet¹⁴⁷, beschikte de regering over bijzondere machten om de verdere verspreiding van het coronavirus verder tegen te gaan. Zo werd de regering bevoegd geacht voor het nemen van maatregelen aangaande de handhaving van de volksgezondheid en de openbare orde. In totaal werden er 47 bijzondere machtenbesluiten¹⁴⁸ uitgevaardigd op grond van de voormelde COVID-I en COVID-II-wetten. Maar liefst 13 van deze bijzondere machtenbesluiten¹⁴⁹ hadden betrekking op de volksgezondheid.

¹³⁷ P. POPELIER en J. VAN NIEUWENHOVE, "De bevoegdheidsverdeling en de coördinatie tussen de bevoegde overheden in de strijd tegen de COVID-19-pandemie", *TvW* 2020, afl. 4, 303-313.

¹³⁸ Art. 43 Decreet 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, *BS* 3 februari 2004.

¹³⁹ Adv.RvS 68.936/AV 7 april 2021 over een voorontwerp van wet 'betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie', randnr. 32.

¹⁴⁰ MB 18 maart 2020 houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken, *BS* 18 maart 2020.

¹⁴¹ Wet 31 december 1963 betreffende de civiele bescherming, *BS* 16 januari 1964.

¹⁴² Wet 15 mei 2007 betreffende de civiele veiligheid, *BS* 31 juli 2007.

¹⁴³ Wet 5 augustus 1992 betreffende het politieambt, *BS* 22 december 1992.

¹⁴⁴ Zie hierover: P. POPELIER, "Crisisbeheer per ministerieel besluit", *TvW* 2020, afl. 4, 282-291.

¹⁴⁵ K. BINDER, e.a. *supra* vn. 123; T. MOONEN en J. RIEMSLAGH, "Bijzondere machten tijdens een pandemie: analyse en evaluatie van de wetten van 27 maart 2020", *TvW* 2020, afl. 4, 248-260.

¹⁴⁶ Wet 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (I), *BS* 30 maart 2020.

¹⁴⁷ Wet 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II), *BS* 30 maart 2020.

¹⁴⁸ T. MOONEN en J. RIEMSLAGH, "Regeren in tijden van COVID-19. In één week van lopende zaken naar bijzondere machten", *De Juristenkrant* 2020, afl. 407, 8-9; Adv. RvS 67.142/AV 25 maart 2020 houdende het wetsvoorstel dat machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19.

¹⁴⁹ KB nrs. 8, 10, 20, 21, 28-29 en 33-35; zie ook KB nrs. 9 en 16, die respectievelijk werden ingetrokken bij KB nrs. 26-27; T. MOONEN en J. RIEMSLAGH, "Bijzondere machten tijdens een pandemie: analyse en evaluatie van de wetten van 27 maart 2020", *TvW* 2020, afl. 4, 248-260.

71. Op grond van art. 3 COVID-II-wet mogen geen ministeriële besluiten worden aangenomen die in strijd zijn met de sociale bescherming. KB nr. 20¹⁵⁰ en KB nr. 28¹⁵¹ voorzien in de mogelijkheid tot het nemen van tijdelijke maatregelen in strijd tegen de COVID-19-pandemie én ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Er wordt specifiek aandacht gegeven aan de financiële aspecten van de zorgverlening en meer bepaald aan het waarborgen van de rechtszekerheid.¹⁵²

72. De Risk Management Group¹⁵³ (RMG) en de Risk Assessment Group¹⁵⁴ (RAG) werden opgericht om de situaties op te volgen en actie te ondernemen bij de eerste COVID-19-gevallen. Zo konden zij maatregelen nemen en boden zij hulp aan voor het opzetten van tijdelijke opvangstructuren, voor mensen die besmet zijn geraakt door het COVID-19-virus. Het zou hierbij gaan om patiënten die niet dienden te worden gehospitaliseerd, maar die ook niet thuis konden blijven, omdat ze nog een besmettingsgevaar vormden.¹⁵⁵

73. Op 14 augustus 2021 trad de Pandemiewet¹⁵⁶ in werking, die een meer stevige juridische basis vormde voor de vrijheidsbeperkingen tijdens een epidemische noodsituatie. Naast alle voornoemde organen, werden er nog tal van andere operationele en wetenschappelijke overlegorganen, op nationaal niveau, opgericht.¹⁵⁷

B. India

74. Op India rust een positieve zorgplicht, waarbij de overheid actief streeft naar het verbeteren van de gezondheid van de burgers. Het bieden van medische voorzieningen en het verstrekken van adequate medische faciliteiten zijn verplichtingen voor een welvaartsstaat.¹⁵⁸ India voorziet daarom ook in

¹⁵⁰ KB nr. 20 dd. 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, *BS* 19 mei 2020 (“KB nr. 20”).

¹⁵¹ KB nr. 28 dd. 23 juni 2020 betreffende de wijziging van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, *BS* 5 juni 2020.

¹⁵² KB nr. 20.

¹⁵³ Een wetenschappelijke groep die op basis van het advies van de RAG maatregelen neemt om de volksgezondheid te beschermen. Deze groep wordt voorgezeten door de FOD Volksgezondheid.

¹⁵⁴ Een wetenschappelijke groep die het risico analyseert voor de bevolking op basis van wetenschappelijke en epidemiologische gegevens. Zij wordt voorgezeten door Sciensano.

¹⁵⁵ Art. 30 KB nr. 20.

¹⁵⁶ Wet betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie dd. 14 augustus 2020, *BS* 20 augustus 2021.

¹⁵⁷ Zie voor een uitgebreid overzicht : FOD Volksgezondheid, *Blikvanger Gezondheidszorg Covid-19: periode maart 2020 – juni 2021*, Brussel, Directoraat-generaal gezondheidszorg, 2021, 37 p.

¹⁵⁸ The High Court of Andhra Pradesh, Karukola Simhachalan vs. Union of India, 28 januari 2022, randnr. 129.

wetgeving en programma's die gericht zijn op de bescherming en bevordering van het recht op gezondheid. Zo is er sprake van de *National Health Policy 2017*, waarbij het doel is het informeren, het verduidelijken, versterken en prioriteit geven aan de rol van de overheid bij het vormgeven van gezondheidssystemen.¹⁵⁹ Daarnaast is er ook bijvoorbeeld de *National Health Mission 2005* (NHM)¹⁶⁰, die voorziet in een toegang tot gezondheidszorg voor meer kwetsbaren.

75. Op 24 maart 2020 kondigde Narendra Modi, de minister-president van India, een complete lockdown af over heel India voor 21 dagen.¹⁶¹ Deze nationale lockdown werd door de regering opgelegd op grond van art. 6, (2), (i) van de *Disaster Management Act 2005* (DMA)¹⁶². Oorspronkelijk werd de DMA uitgevaardigd met het oog op het regelen van rampsituaties. Hierbij zou de wet voornamelijk ingeroepen worden bij natuurlijke rampen, zoals aardbevingen, cycladen, etc.¹⁶³ Door het begrip 'ramp', zoals art. 2(d) DMA omschrijft¹⁶⁴, ruim in te vullen, achtte de nationale regering zich bevoegd een nationale lockdown af te kondigen op deze grond.

76. De statelijke overheden deden een beroep op de *Epidemic Diseases Act 1897* (EDA), om een lockdownbevel uit te vaardigen.¹⁶⁵ Het is voornamelijk art. 2 EDA dat de deelstaten toelaat om bijzondere maatregelen te nemen en voorschriften vast te stellen met betrekking tot gevaarlijke epidemische ziekten. Zo beriep de staat Telangana zich bijvoorbeeld op art. 2 EDA om de 'Telangana-epidemieziekteverordening (COVID-19)'¹⁶⁶ uit te vaardigen. Deze verordening geeft een heel aantal organen de bevoegdheid om maatregelen te nemen om het coronavirus te bestrijden.¹⁶⁷ Daarnaast droeg

¹⁵⁹ Art. 1 National Health Policy 2017.

¹⁶⁰ NHM omvat twee delen: NRHM (National Rural Health Mission) en de NUHM (National Urban Health Mission).

¹⁶¹ N. HEBBAR, "PM Modi announces 21-day lockdown as COVID-19 toll touches", *The Hindu* 24 maart 2020, <https://www.thehindu.com/news/national/pm-announces-21-day-lockdown-as-covid-19-toll-touches-10/article61958513.ece>.

¹⁶² In samenspraak met de artikelen 188, 269, 270 en 271 Indian Penal Code 1860 en art. 144 of the Code of Criminal Procedure 1973.

¹⁶³ G. BHATIA, "COVID-19 and Court Symposium : India: COVID-19, the Executive and the Judiciary," 26 juli 2021, <https://opiniojuris.org/2021/07/26/covid-19-and-courts-symposium-india-covid-19-the-executive-and-the-judiciary/>.

¹⁶⁴ Art. 2(d) DMA 2005: "disaster" means a catastrophe, mishap, calamity or grave occurrence in any area, arising from natural or manmade causes, or by accident or negligence which results in substantial loss of life or human suffering or damage to, and destruction of, property, or damage to, or degradation of, environment, and is of such a nature or magnitude as to be beyond the coping capacity of the community of the affected area".

¹⁶⁵ M.K. TIWARI en S.S. PARMAR, "Of Semiotics, the Marginalised and Laws During the Lockdown in India", *Int. J. Semiot Law* 2022, afl. 35, 977-1000.

¹⁶⁶ The Telangana Epidemic Disease (COVID-19) Regulation 2020 (TEDR 2020).

¹⁶⁷ Art. 4 TEDR 2020.

de verordening de ziekenhuizen op om alle COVID-19-gevallen te rapporteren en hiervan melding te maken.¹⁶⁸

Ook de deelstaat Karnataka achtte zich bevoegd om op grond van art. 2 EDA de ‘Karnataka Epidemieziektewet (COVID-19)’¹⁶⁹ uit te vaardigen. Deze wet liet de regering van Karnataka bijvoorbeeld toe om personen te inspecteren die de staat binnenkwamen door de lucht, per spoor, over de weg, schip of enige andere wijze, of mensen die in quarantaine of isolatie zaten etc.¹⁷⁰ Zo omvat de voornoemde wet tevens een verbod om de maatregelen ter bestrijding van het coronavirus te miskennen.

77. In India komt het aan de deelstaten toe om wetgeving op te stellen op het gebied van de volksgezondheid.¹⁷¹ Bij sommige deelstaten was er reeds sprake van zulke wetten. Zo bijvoorbeeld was er reeds heel wat wetgeving uitgaande van verschillende deelstaten inzake de volksgezondheid, zoals de Madhya Pradesh Public Health Act¹⁷², de Travancore-Cochin Public Health Act¹⁷³ en de Himachal Pradesh Vaccination Act¹⁷⁴. De EDA liet de deelstaten toe om maatregelen te nemen ter bestrijding van het coronavirus en de bescherming van de volksgezondheid. Echter kan worden geconcludeerd dat de EDA te beperkt is in zijn omvang om een epidemie, zoals COVID-19, te regelen. Zo bevat de EDA heel wat lacunes over de technische en praktische mechanismen voor de controle en het beheer van een epidemie en is deze wet niet allesomvattend.¹⁷⁵ Een meer pragmatische en adequate regelgeving is vereist.

78. Zowel de centrale overheid, als de deelstaatoverheden vaardigden ‘*Standard Operating Procedures*’ (werkinstructies, hierna: SOP) en richtlijnen uit.¹⁷⁶ Zo werden er heel wat richtlijnen uitgevaardigd door verschillende instellingen, zoals het Ministerie van Binnenlandse Zaken, Ministerie van Volksgezondheid en Welzijn, Nationale Autoriteit betreffende rampenbeheersing, Indische Raad van Medisch Onderzoek, etc.

¹⁶⁸ Art. 6 TEDR 2020.

¹⁶⁹ Karnataka Epidemic Diseases (COVID-19) Act 2020 (KEDA 2020).

¹⁷⁰ Art. 4, (2), (b) KEDA 2020.

¹⁷¹ Art. 246 Constitution of India, Seventh Schedule: List II: State List, nr. 6: “*Public health and sanitation; hospitals and dispensaries*”.

¹⁷² Madhya Pradesh Public Health Act 1949.

¹⁷³ Travancore-Cochin Public Health Act 1955.

¹⁷⁴ Himachal Pradesh Vaccination Act 1968.

¹⁷⁵ K., KUMAR e.a., “Covid-19 and the legislative response in India: The need for a comprehensive health care law”, *Journal of Public Affairs* 2021, 1-8.

¹⁷⁶ Bijvoorbeeld: MOHFW en GOVERNMENT OF INDIA, “Summary of Guidelines. COVID-19”, <https://arogya.maharashtra.gov.in/pdf/covidupload38.pdf>.

79. Door het snel veranderende karakter van de pandemie en de snelheid waarmee de SOP werden uitgevaardigd, was er geen tijd om de effectiviteit van de implementatie van de SOP te evalueren. Overheidsinstellingen en gezondheidszorgsystemen moesten zich enorm snel aanpassen. Maar net omdat er een gebrek was aan coördinatie tussen de publieke instanties, veroorzaakte dit een veelheid aan reacties van verschillende overheidsapparaten.¹⁷⁷

C. Zweden

80. In tegenstelling tot heel wat andere Europese landen die een lockdown invoerden, koos Zweden voor een totaal andere aanpak. Er dient benadrukt te worden dat Zweden voor het oplossen van juridische problemen enorm veel belang hecht aan een combinatie van de beginselen van formalisme en pragmatisme. Met andere woorden wordt het juridisch denken gesitueerd tussen het formalistisch vasthouden aan het geschreven recht enerzijds, en het praktisch redeneren om een juridisch probleem op te lossen, anderzijds.¹⁷⁸

81. De *Folkhälsomyndigheten* (Agentschap voor Volksgezondheid) speelde een enorm belangrijke rol tijdens de COVID-19-pandemie voor het coördineren van maatregelen¹⁷⁹ en het nemen van de nodige aanbevelingen¹⁸⁰ tegen de verspreiding van besmettelijke ziektes.¹⁸¹ De verantwoordelijke van de *Folkhälsomyndigheten*, de directeur-generaal¹⁸², diende een staatsepidemioloog aan te stellen. Anders Tegnell, voormalig staatsepidemioloog, koos voor een bestrijdingsstrategie die erin bestond te leren leven met het coronavirus. Hij was ervan overtuigd dat het virus zich in elk geval zou verspreiden en het quasi-onmogelijk zou zijn om het virus op afstand te houden.¹⁸³

Ook de *Myndighet för samhällskydd och beredskap* (Agentschap voor Civiele Bescherming en Noodplanning) en de *Socialstyrelsen* (Nationale Gezondheids- en Welzijnsraad) waren belangrijke administratieve agentschappen ten tijde van de COVID-19-pandemie. Zij zijn respectievelijk verantwoordelijk voor het ondersteunen van paraatheid bij ongevallen, crisissen en civiele

¹⁷⁷ S. SINGH, “Policy Response to Pandemic” in I. DE, S. CHATTOPADHYAY e.a., *COVID-19 pandemic, public policy, and institutions in India. Issues of labour, income, and human development*, New York, Routledge, 2022, 23.

¹⁷⁸ H. WENANDER, “Sweden: Non-binding rules the pandemic – Formalism, Pragmatism and Some Legal Realism”, *European Journal of Risk Regulation* 2021, afl. 12, 127-130 (Hierna: H. WENANDER, “Non-binding rules”).

¹⁷⁹ Art. 5 Förvaltningslag 2017:900.

¹⁸⁰ Art. 5 Förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten 2013:1020.

¹⁸¹ 1:7 Smittskyddslag 2004:168; H. WENANDER, “Non-binding rules”, 130.

¹⁸² Artt. 21 en 23 Förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten 2013:1020.

¹⁸³ Y. AUCANTE, *The Swedish experiment. The COVID-19 response and its controversies*, Bristol, Bristol University Press, 2022, 2.

bescherming¹⁸⁴ en de paraatheid bij noodsituaties in de gezondheidszorg¹⁸⁵. De *Länsstyrelsen* (provinciale bestuursraden) staan in voor het toezicht op de naleving van de aanbevelingen, richtlijnen, etc.¹⁸⁶

82. In principe ligt de grondwettelijke functie van het aannemen van *Lag* (wetgeving) bij de *Riksdag* (parlement).¹⁸⁷ De *Riksdag* heeft wel de mogelijkheid om wetgevende bevoegdheden te delegeren aan de regering, indien dit wordt voorzien in een wet.¹⁸⁸ Dit neemt dan de vorm aan van een *Förordning* (Verordening). Zulke bevoegdheden kunnen nog eens worden ‘onder-gedelegeerd’ aan administratieve colleges. In principe is het niet mogelijk dat de *Riksdag* de macht geeft aan de regering, voor wat betreft het inperken van grondwettelijke rechten. Teneinde het coronavirus te bestrijden, werd wel voorzien in een uitzondering. Zo kreeg de regering de bevoegdheid om maatregelen te nemen, door bijvoorbeeld de vrijheid op vergadering, dan wel de vrijheid op demonstratie, in te perken.¹⁸⁹ Zo vaardigde de regering de ‘Verordening betreffende het verbod op het houden van openbare bijeenkomsten en openbare evenementen’¹⁹⁰ uit als maatregel ter bestrijding van de COVID-19-pandemie.

83. Over het algemeen vormden de *Smittskyddslag 2004:168* (wet infectiepreventie) en de *Ordningslag 1993:1617* (gedragsverordening) de centrale wetgevende basis ter bestrijding van het coronavirus. De *Smittskyddslag* tracht vooral het individu voorop te stellen en voorziet vooral in vrijwillige en preventieve maatregelen. Deze wet verplicht de burger om zelf redelijke maatregelen te nemen, opdat de verspreiding van infectieziekten kan worden voorkomen.¹⁹¹ Art. 9:4 *Smittskyddslag* voorziet in de mogelijkheid voor de *Riksdag* om bevoegdheden te delegeren aan de regering, opdat zij *föreskrifter* (regelingen) kunnen treffen. Echter is deze wet niet voldoende toereikend om een grondslag te bieden teneinde de COVID-19-pandemie te bestrijden.¹⁹² Hoewel deze wet mogelijkheden kan opleggen aan individuen en het zelfs mogelijk maakt om een quarantaine in te voeren, werd hiervan geen gebruik gemaakt.¹⁹³ Op 2 april 2020 werd een wetsvoorstel gestemd om de ziekte ‘COVID-19’ op te nemen in de *Smittskyddslag*.¹⁹⁴ Dit werd dan ook aangenomen, met als gevolg dat men zich op deze

¹⁸⁴ Art. 1 Förordning med instruktion för Myndigheten för samhälskydd och beredskap 2008:1002.

¹⁸⁵ Art. 1a Förordning med instruktion för Socialstyrelsen 2015:284.

¹⁸⁶ Regeringsbeslut S2020/07620, Uppdrag att följa efterlevnaden av rekommendationer, råd och riktlinjer som utfärdats för att minska smittspridning av det virus som orsakar sjukdomen covid-19, 14 oktober 2020.

¹⁸⁷ 1:4 RF.

¹⁸⁸ 8:1 RF.

¹⁸⁹ 2:15 Ordningslag 1993:1617.

¹⁹⁰ Förordning om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar 2020:114.

¹⁹¹ 2:1 Smittskyddslag 2004:168.

¹⁹² P. JONASON en T. LARUE, “The Parliament in the time of the coronavirus. Sweden”, *Robert Schuman Foundation Study* 2020, 4.

¹⁹³ 3:12 Smittskyddslag 2004:168.

¹⁹⁴ Prop. 2019/20:144, Covid-19 och ändringar i smittskyddslagen, 2 april 2020; Lag 2020:430 om ändring i smittskyddslagen, 4 juni 2020.

wet kon beroepen ter bestrijding van het coronavirus. De *Ordningsslag* beschermt de publieke volksgezondheid.

84. Op 16 april 2020 kende de *Riksdag* tijdelijke noodbevoegdheden toe aan de regering. Dit gebeurde via een amendering¹⁹⁵ van de *Smittskyddslag*. Zo zou er meer macht toekomen aan de uitvoerende macht, opdat zij meer specifieke maatregelen konden nemen. De regering kreeg hiermee een tijdelijke machtiging om bepaalde publiekrechtelijke *förordningen* uit te vaardigen over speciale maatregelen met betrekking tot de burgers en de verschillende regio's, ter bestrijding van het coronavirus.

85. De Zweedse strategie was voornamelijk gebaseerd op het uitvaardigen van niet-bindende aanbevelingen ten aanzien van de burgers. Aanbevelingen kunnen worden omschreven als standaardregels, waarvan de autoriteiten kunnen afwijken, indien de situatie dit vereist.¹⁹⁶ Het ging bijvoorbeeld over aanbevelingen om sociale afstand te bewaren, een goede hygiëne te hanteren, proberen te werken van thuis uit, geen risicogroepen te besmetten bij ziekte, onnodige reizen te vermijden, etc.¹⁹⁷ Door het nemen van dergelijke maatregelen, werd het nemen van verantwoordelijkheid door elk individu afzonderlijk benadrukt.

86. Op 30 juni 2020 werd door de Zweedse regering een *Coronakommissionen* (Nationale COVID-19-commissie) opgericht. Diens taak was om te rapporteren over de maatregelen die de regering nam. Zij publiceerde enkele rapporten, zoals over de ouderenzorg in pandemie¹⁹⁸ waaruit volgde dat Zweden tekort was geschoten in het beschermen van kwetsbare ouderen.

87. Net doordat men de individuen centraal stelde en hen een groot vertrouwen gaf, waren de burgers meer geneigd dergelijke aanbevelingen nagenoeg na te leven. De burgers hadden veel vertrouwen in de overheidsinstanties, waardoor ook de overheid erop kon vertrouwen dat de burgers hun adviezen zouden opvolgen.¹⁹⁹ Uit een bevraging van het Agentschap voor Volksgezondheid bleek dat maar liefst 80%

¹⁹⁵ Prop. 2019/20:155, 7 april 2020.

¹⁹⁶ H. WENANDER, "Non-binding rules", *supra* vn. 178, 136.

¹⁹⁷ Prop. 2019/20:155, "Tillfälliga bemyndiganden i smittskyddslagen med anledning av det virus som orsakar COVID-19", 7 april 2020; N., BENTZEN e.a., "States of Emergency in response to coronavirus crisis: Situation in Member States III", *European Parliament Research Service* 2020, PE 651.972, 10.

¹⁹⁸ CORONAKOMMISSIONEN, *Äldreomsorgen under pandemin*, Stockholm, Norstedts Juridik, 2020, SOU 2020:80 Delbetänkande.

¹⁹⁹ H. WENANDER, "Non-binding rules", 140.

van de bevolking zich gedroeg volgens de aanbevelingen, om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan.²⁰⁰

88. Op 10 januari 2021 trad uiteindelijk toch een tijdelijke COVID-19-wet²⁰¹ in werking, die geldig zou zijn tot september 2021. De wet werd aangenomen op voorstel van de regering, dat een aanvulling zou zijn op de *Smittskyddslag*. Zo werd de regering in de mogelijkheid gesteld om maatregelen te nemen ter preventie van infectieverspreiding, zonder dat activiteiten onnodig dienden te worden beperkt.²⁰²

Afdeling 2. De aanpak van *Surge Capacity* voor gezondheidssystemen

89. Op 6 april 2020 publiceerde de WGO een richtlijn²⁰³ om de piekcapaciteit (hierna: ‘surge capacity’) aan te pakken. Surge capacity kan omschreven worden als ‘*het vermogen van gezondheidssysteem om een plotselinge en onverwachte toevloed aan patiënten te beheersen*’. Er heerste een grote bezorgdheid over de aanpak van capaciteit in gezondheidszorgsystemen om te reageren op het coronavirus. De WGO hanteert een plan dat de 4 S’en van Surge Capacity verbindt.

§1. Ruimte (“Space”)

90. Onder ruimte of structuur vallen de ziekenhuizen, ziekenhuisbedden, maar evengoed triagecentra of omgevingen die worden opgezet, specifiek voor noodsituaties.

A. Ziekenhuisbedden

91. Zoals vermeld in randnr. 56 dienen België en Zweden, als zijnde verdragsstaat bij het HESH, maatregelen te treffen die de verzorging van slachtoffers als doel hebben. Het garanderen van voldoende ziekenhuisbedden valt hier bijgevolg onder.

92. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) geeft met onderstaande tabel²⁰⁴ een overzicht weer van de middelen die beschikbaar zijn voor het leveren van

²⁰⁰ E.M. BENNET, “Beteende, oro och informationsbehov. Genomförda och pågående undersökningar under covid-19”, *Folkhälsomyndigheten* 2020, nr. 20.101.

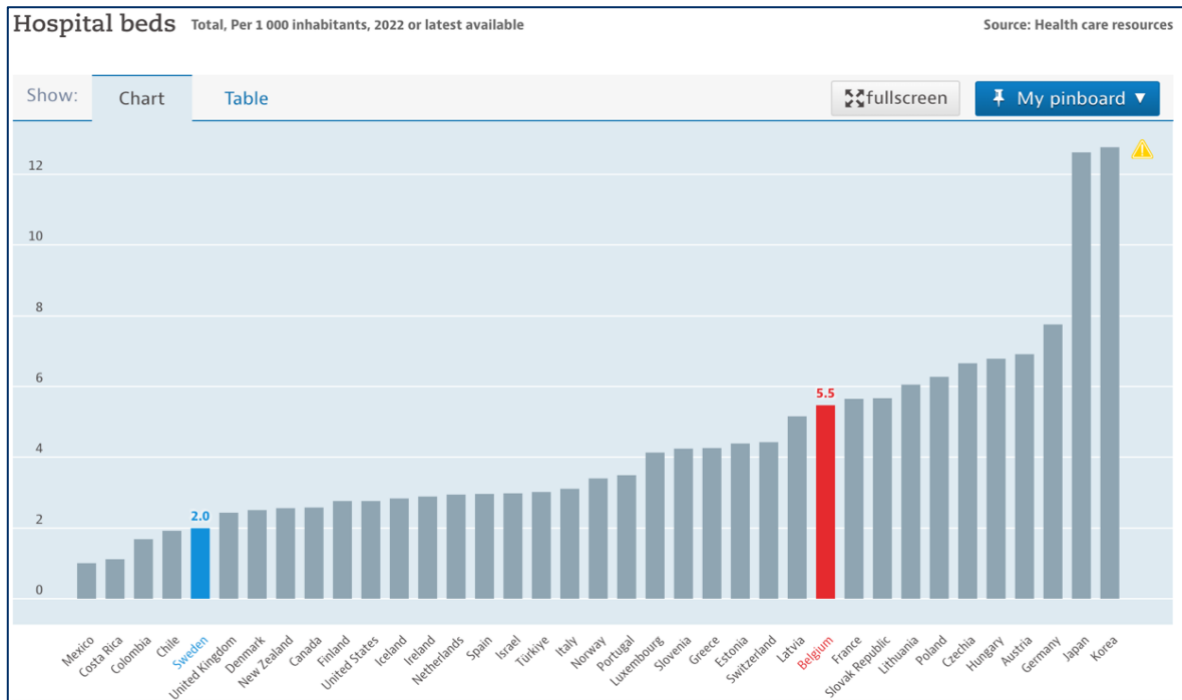
²⁰¹ En tillfällig covid-19-lag 2020/21:SoU23.

²⁰² *Ibid.*

²⁰³ WHO, *Strengthening the health systems response to COVID-19. Creating surge capacity for acute and intensive care*, Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2020, WHO/EURO:2020-670-40405-54163.

²⁰⁴ India wordt niet weergegeven in de grafiek, daar zij geen lid zijn van de OESO.

diensten aan ziekenhuispatiënten, in termen van ziekenhuisbedden.²⁰⁵ Dit wordt gemeten in aantal bedden per duizend inwoners.



93. De grafiek geeft een gemiddelde weer van de periode die zich uitstrekt van 2019-2022. Opvallend is het verschil tussen Zweden en België, die respectievelijk 2,0 en 5,5 ziekenhuisbedden voorzien per 1000 inwoners.

94. België richtte op 6 maart 2020 het comité Hospital & Transport Surge Capacity²⁰⁶ (HTSC) op. Dit overlegorgaan nam effectieve en adequate beheersingsmaatregelen op het niveau van ziekenhuizen en transportcapaciteit van patiënten.²⁰⁷ Daarnaast diende het comité problemen inzake capaciteit, instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in ziekenhuizen te behandelen. Het comité diende de resultaten te rapporteren aan de RMG, evenals aan de ziekenhuizen, weliswaar zonder dat dit bindend is voor die laatste. Daarnaast ontwierp het HTSC een faseringsplan voor de ziekenhuizen, met oog op het garanderen van voldoende capaciteit in de ziekenhuizen zelf.²⁰⁸

²⁰⁵ OECD, *Hospital beds (Indicator)*, 2024, doi: 10.1787/0191328e-en.

²⁰⁶ <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/comite-hospital-transport-surge-capacity-htsc>; zie ook: F. DEWALLENS e.a., “Een eerste analyse”, *supra* vn. 115, 25.

²⁰⁷ Wet 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolgde de COVID-19-pandemie, BS 13 november 2020.

²⁰⁸ OESO, Evaluatie van de Belgische respons op COVID-19, 2023, <https://www.oecd.org/governance/evaluatie-van-de-belgische-respons-op-covid-19-brochure.pdf>, 26.

95. HTSC vaardigde op regelmatige tijdstippen nationale richtlijnen uit aan algemene en universitaire ziekenhuizen.²⁰⁹ Zo dienden ziekenhuizen het aantal opnames van patiënten te registreren en passende maatregelen in te voeren opdat zij hun capaciteit niet zouden overschrijden.

96. In principe dient elk Belgisch ziekenhuis over een ziekenhuisnoodplan (ZNP) te beschikken.²¹⁰ Dit plan kan worden ingeschakeld, om een plotse stroom aan patiënten op te vangen zonder dat de zorg voor de al opgenomen patiënten in het gedrang komt. Het probleem was dat veel ziekenhuizen nog niet beschikten over een ZNP op het moment dat het coronavirus uitbrak.²¹¹ Op 17 maart 2020 werd er een bijkomende capaciteit op de “Intensieve Zorgen” (ICU²¹²) gecreëerd. Niet-intensieve bedden dienden te worden vrijgemaakt à rato van 3 tot 4 bedden per intensieve zorg bed. Op 25 maart was ongeveer 60% van de ziekenhuisbedden gereserveerd voor ICU.²¹³ Daarnaast werden recovery-afdelingen en ‘gewone’ afdelingen geheel of gedeeltelijk aangepast, opdat zij ook dienst zouden doen als afdelingen voor ICU.²¹⁴

97. De OESO concludeerde in hun rapport dat de Belgische ziekenhuizen snel reageerden op de pandemie door extra capaciteit te creëren voor de intensieve zorgen. De ziekenhuizen werden geïnformeerd door dagelijkse rapporten van andere ziekenhuizen met intensieve zorgen. Als gevolg hiervan was een snelle respons mogelijk.²¹⁵

98. Zweden staat er in het algemeen voor bekend te beschikken over een enorm lage capaciteit van ziekenhuisbedden. Zoals blijkt uit bovenstaande grafiek beschikt Zweden maar over 2,0 ziekenhuisbedden per 1000 inwoners, wat enorm laag is en zelfs flink onder het OESO-gemiddelde ligt. Ook over de hoeveelheid ICU scoort Zweden enorm laag. Wel dient opgemerkt te worden dat in Zweden de capaciteit ICU werd verdubbeld tijdens de pandemie, ten opzichte van vóór de pandemie.²¹⁶

²⁰⁹ Voor een overzicht: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_335A_Brieven%20HTSC%20naar%20de%20ziekenhuizen.pdf.

²¹⁰ Bijlage A, III, 14° KB Ziekenhuisnormen.

²¹¹ C. VAN DE VOORDE e.a., *Synthese; Het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie*, KCE Report 335As, Brussel, 2020.

²¹² Intensive Care Units

²¹³ FOD VOLKSGEZONDHEID, *Blikvanger Gezondheidszorg Covid-19: periode maart 2020 – juni 2021*, Brussel, Directoraat-generaal gezondheidszorg, 2021, 19.

²¹⁴ KB nr. 20.

²¹⁵ OESO, “Evaluation of Belgium’s Covid-19 Responses. Fostering trust for a more resilient society”, 2023, https://read.oecd-ilibrary.org/governance/evaluation-of-belgium-s-covid-19-responses_990b14aa-en#page138, 141.

²¹⁶ J. BAUER e.a., “Access to intensive care in 14 European countries: a spatioal analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19”, *Intensive Care Med* 2020, afl. 46, 2028.

99. Hoewel Zweden over de gehele lijn te maken kreeg met een heel aantal COVID-19-gevallen, werd de beschikbare capaciteit van ziekenhuisbedden niet overschreden²¹⁷. Dit dient kritisch te worden geanalyseerd. Zo zouden patiënten, in de omgeving van Stockholm, die ouder waren dan 80 jaar; een BMI > 40; of lijden aan een chronische aandoening, niet mogen worden opgenomen in het ziekenhuis, omdat zij ‘een kleinere kans hadden op herstel’. Wat opvallend is, is dat ondanks het feit dat ziekenhuizen lieten weten dat zij hun grenzen hadden bereikt, de *Fölkhälsomyndigheten* en de regering bleven beweren dat er wel degelijk genoeg ICU beschikbaar waren.²¹⁸ De geheimhouding en het gebrek aan informatie wekten veel argwaan bij de bevolking.

100. De *Svenska Intensivvårdregistret* (Zweedse Intensievezorgregister, hierna: SIR) ontvangt en registreert gegevens over patiënten die op de intensieve zorgen terecht komen. Vooral in het voorjaar van 2020 en het voorjaar van 2021 piekt het aantal patiënten op intensieve zorgen.²¹⁹ Tijdens de COVID-19-pandemie steeg de capaciteit van de ICU met 80% door het toenemend aantal besmette patiënten.²²⁰

101. Enorm schrijnend is het aantal voorziene ziekenhuisbedden in India: 1,6/1.000 inwoners²²¹ en voor ICU slechts 0,23/1.000 inwoners.²²² Voor het hoogst bevolkte land ter wereld, zijn dit hallucinante cijfers die huiveren naar verbetering. De gezondheidszorgsystemen in India kampen vandaag de dag nog altijd met tekorten aan slechte infrastructuur, slechte kwaliteit van de zorg, een tekort aan gezondheidszorgbeoefenaars, etc. In India was er reeds voor de COVID-19-pandemie sprake van een tekort aan artsen, ziekenhuisbedden en apparatuur. Opvallend is dat voornamelijk plattelandsgebieden (wat dus 65-68% van de bevolking uitmaakt!) slachtoffer zijn van tekortkomingen in de gezondheidszorg.²²³

²¹⁷ E., BERGER e.a., “A country-level analysis comparing hospital capacity and utilization during the first COVID-19 wave across Europe”, *Health Policy* 2021, afl. 12, 4-5.

²¹⁸ N. BRUSSELAERS e.a., “Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden”, *Humanities and Social Sciences Communications*, 2022, afl. 91, 6; G. VÖGEL, “Sweden’s Gamble. The country’s pandemic policies came at a high price – and created painful rifts in its scientific community”, *Science Magazine* 2020, <https://www.science.org/content/article/it-s-been-so-so-surreal-critics-sweden-s-lax-pandemic-policies-face-fierce-backlash>.

²¹⁹ SIR, “Antal som intensivvårdas med COVID-19 per dag”, https://portal.icuregsw.org/siri/sv/report/corona_covid-dagligen.

²²⁰ OECD, “State of Health in the EU. Sweden. Country Health Profile”, 2021, 11, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_sv_english.pdf.

²²¹ WHO, “Hospital beds (per 10.000 population), 5 maart 2024 (last updated), [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)).

²²² A. RAMAKRISHNAN en N. RAMAKRISHNAN, “Critical Care Delivery in India: Stats, State(s) and Strategies”, *Indian J. Crit Care Med* 2023, afl. 4, 1.

²²³ A. KUMAR e.a., “COVID-19: Challenges and its consequences for rural health care in India”, *Public Health Pract* 2020, doi: 10.1016/j.puhip.2020.100009.

102. Ook in India werd de capaciteit in de ziekenhuizen erg op de proef gesteld. Tijdens de eerste golf werden ziekenhuizen al overspoeld en werd niet-COVID-zorg al quasi-volledig uitgesteld. Maar omdat er toen een enorme lockdown werd ingevoerd, was het besmettingsrisico lager. Met de tweede golf stortte het gezondheidssysteem ineen. Na verloop van tijd konden gewoonweg geen nieuwe COVID-patiënten meer worden opgenomen, wegens een prangend tekort aan ziekenhuisbedden en ICU.²²⁴

B. Triage

103. In het kader van de COVID-19-pandemie werden in België triage- en afnamecentra²²⁵ opgericht. De triagecentra zijn niet alleen opgericht om overbelasting van de spoeddiensten te vermijden, maar ook om te voorkomen dat te veel patiënten een consultatie bij de huisarts zouden inplannen en zo anderen zouden besmetten. In dergelijke triagecentra wordt een patiënt, die mogelijk besmet is met het coronavirus, eerst onderzocht door een arts. Bijgevolg bepaalt die arts dan of het noodzakelijk is om de patiënt door te verwijzen naar de spoedgevallendienst, de patiënt een COVID-19-test te laten doen of thuis te laten uitzieken. De afnamecentra werden opgericht om te voldoen aan de noden van bevolkingsscreening en te voldoen aan de testvraag. Het gaat over personen die in aanraking zijn gekomen met een hoog-risicocontact.²²⁶

104. Door een snelle stijging aan besmette gevallen raakten de Indische ziekenhuizen vol en waren andere maatregelen vereist. Chennai, de hoofdstad van de deelstaat Tamil Nadu, was een van de weinige staten die een patiëntvriendelijke strategie bedacht. De Greater Chennai Corporation en de Health and Family Welfare Department vaardigden protocols²²⁷ uit, die onder andere voorzagen in het uitbouwen van triagecentra.

105. Ook in Zweden werden stappen ondernomen om triagecentra uit te bouwen. De *Socialstyrelsen* gaven instructies²²⁸ voor triage op locatie. Er werden triagetenten gebouwd, buiten de spoeddienst, die patiënten onderzochten. Na onderzoek werden patiënten zonder symptomen doorverwezen naar de

²²⁴ M., KAPOOR e.a., “Impact of COVID-19 on healthcare system in India: A systematic review”, *Journal of Public Health Research* 2023, vol. 12, afl. 3, 2.

²²⁵ Hoofdstuk 2 KB nr. 20.

²²⁶ FOD VOLKSGEZONDHEID, *Blikvanger Gezondheidszorg Covid-19: periode maart 2020 – juni 2021*, Brussel, Directoraat-generaal gezondheidszorg, 2021, 11.

²²⁷ COVID-19 Case Management Protocol van 26 mei 2021, <https://static1.squarespace.com/static/6094ad67239edc19d37abb83/t/60a5c892775afc3733c8ff02/1621477531561/tn145.pdf>; Protocol for Triage in Primary Health Care Setting van 6 augustus 2021, https://cms.tn.gov.in/sites/default/files/go/hfw_e_342_2021.pdf.

²²⁸ Socialstyrelsen, “Yttre triage för gående patienter på akutmottagning (covid-19)”, 17 juli 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/kunskapsstod/covid19-yttre-triage-for-gaende-patienter-akutmottagning-instruktion.pdf>.

spoedeisende hulp van een ziekenhuis en patiënten met symptomen werden verder onderzocht in de triagetenten. Dit om het besmettingsgevaar te minimaliseren.

§2. Personeel (“Staff”)

106. Personeel gaat over goed opgeleide, bekwame en onder toezicht staande gezondheidszorgbeoefenaars. Zij dienen te beschikken over de nodige specialisatie en opleiding. Niet alleen kwaliteit is belangrijk, maar ook kwantiteit: er dienen voldoende gezondheidswerkers beschikbaar te zijn tijdens een noodsituatie.

A. De gezondheidszorgbeoefenaars

107. België vaardigde op 29 april 2020 een koninklijk besluit (KB)²²⁹ uit opdat men op zo veel mogelijk gezondheidszorgbeoefenaars beroep kon doen, ter behoud van de continuïteit van de zorgverstrekking tijdens een pandemie. Met dit KB werd art. 28/1 ingevoegd bij de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dit artikel liet het toe gezondheidszorgbeoefenaars, die beschikken over het nodige visum, op te vorderen om gezondheidszorg te verstrekken in het kader van de COVID-19-pandemie. Dit besluit had werking tot 31 december 2020. Indien de beroepsbeoefenaar in kwestie een opvorderingsbevel ontving, was deze ook verplicht deze na te komen. Bij weigering kon de beroepsbeoefenaar zelfs straf- en/of tuchtrechtelijk gesanctioneerd worden.²³⁰

108. Daarnaast werden ook enkele financiële maatregelen genomen ter ondersteuning van de gezondheidswerkers. Zo maakte de federale overheid 1 miljoen euro vrij als financiële steun voor de ziekenhuizen, ter ondersteuning van de strijd tegen het coronavirus.²³¹

109. De Zweedse *Coronakommissionen* deden in hun rapport enkele aanbevelingen teneinde de gezondheidszorgbeoefenaars te beschermen. Het gaat hier over het voorzien van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, ter bescherming van de gezondheidszorgbeoefenaars. Daarnaast diende psychosociale hulp te worden aangeboden, opdat zij begeleid werden met de stress die zijn ervaren.

²²⁹ KB nr. 16 van 29 april 2020 tot uitvoering van art. 5, §1, 2° van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de koning om maatregelen te nemen in strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II), met het oog op opvordering van gezondheidszorgbeoefenaars, *BS* 4 mei 2020.

²³⁰ Art. 28/1, §6 Wet 10 mei 2015.

²³¹ FOD Volksgezondheid, “COVID-19. Federale financiële steun voor de ziekenhuizen”, 20 maart 2020, <https://www.health.belgium.be/nl/news/covid-19-federale-financiele-steun-voor-de-ziekenhuizen> .

Ten slotte dienden maatregelen te worden geïmplementeerd om de werkdruk te verlichten en de zorgverleners te ondersteunen opdat zij kwaliteitsvolle zorg aan de patiënten konden leveren.²³²

110. Uit recentelijk onderzoek in Zweden²³³ werden voornoemde maatregelen onderzocht om na te gaan of de personeelscapaciteit in het ziekenhuis effectief vergrootte. Het personeel moest overwerken²³⁴, vakanties en/of studies werden ingekort, personeel van andere afdelingen werden weggehaald uit de gezondheidszorg waar de vraag lager was. Er werd over de gehele lijn extra personeel ingezet, zodat meer gespecialiseerd personeel de ernstig zieke patiënten kon behandelen.²³⁵

111. Personeelsleden van bepaalde afdelingen werden overgeplaatst naar eenheden die meer capaciteit nodig hadden.²³⁶ De anesthesisten werden als eersten ingezet op de ICU-afdeling. Er werd ook extern tijdelijk personeel aangenomen.²³⁷ Men deed een beroep op vrijwilligers die ‘makkelijkere’ taken konden overnemen, zoals schoonmaak, het voeren van patiënten, etc.²³⁸

112. Op 22 april 2020 vaardigde het Modi-kabinet een verordening uit op grond van art. 123 Indische Gw. Deze verordening amendeerde de EDA 1897, opdat zorgverleners beter beschermd zouden worden. Sinds de opkomst van het coronavirus, vonden er heel wat incidenten plaats ten aanzien van zorgverleners. Zo werden heel wat zorgverleners aangevallen: dokters werden bekogeld met stenen, geslagen met stokken, etc.²³⁹

113. De *Epidemic Diseases Amendment Act 2020* voorzag in bepalingen ten goede van die zorgverleners. De amendering had voornamelijk betrekking op afdeling 3 van de EDA: de bestraffing. Zo zou eenieder die geweld pleegt, of aanzet tot geweld, ten aanzien van zorgverleners gestraft worden

²³² CORONAKOMMISSIONEN, *Äldreomsorgen under pandemin*, Stockholm, Norstedts Juridik, 2020, SOU 2020:80 Delbetänkande, 452.

²³³ R.G., ROSENBÄCK en A., SVENSSON, “Resilience in keeping the balance between demand and capacity in the COVID-19-pandemic, a case study at a middle-sized hospital”, *BMC Health Services Research* 2023, afl. 23, 5.

²³⁴ Art. 9 Arbetstidslag 1982:673 (Wet op de Arbeidstijden).

²³⁵ R., ROSENBÄCK e.a., “Hospital Staffing during the COVID-19 pandemic in Sweden”, *Healthcare* 2022, afl. 10, 2116, 3.

²³⁶ CORONAKOMMISSIONEN, *supra* vn. 232.

²³⁷ NATIONELLA VÅRDKOMPETENSRÅDET, “Pandemin och kompetensförsöringen. Lärdomar och åtgärdsförslag efter coronavåren”, 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pandemin-och-kompetensforsorjningen-analys.pdf>.

²³⁸ R., ROSENBÄCK, *supra* vn. 235, 3-5.

²³⁹ A. ALTSTEDTER, B. SHRIVASTAVA en D. PANDYA, “Doctors come under attack in India as coronavirus stigma grows”, *Bloomberg L.P.* 2020.

met een gevangenisstraf en een geldboete.²⁴⁰ Indien daarenboven zware verwondingen worden toegebracht, konden de straffen nog hoger oplopen.²⁴¹

114. India heeft altijd al een tekort gehad aan gezondheidszorgbeoefenaars.²⁴² Volgens de cijfers van de WGO waren er in 2020 zo'n 0,73 artsen per 1.000 inwoners.²⁴³ Net doordat er een enorm tekort is aan persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor zorgverleners, stonden zij vaak op de eerste rij om zelf besmet te raken. Met als gevolg dat dit geleid heeft tot een aanzienlijk aantal overlijdens van de gezondheidswerkers.

115. Het MoHFW trof een verzekeringsregeling voor gezondheidswerkers die vechten tegen COVID-19, met ingang van 30 maart 2020 voor 90 dagen (en later verlengd op 20 april 2021, voor 1 jaar).²⁴⁴ Op deze manier trachtte men het motivatieniveau van gezondheidswerkers te stimuleren. De regeling dekt het verlies van mensenlevens als gevolg van een COVID-19-besmetting en het overlijden door een ongeval te wijten aan een COVID-infectie. Het gaat over een nationaal initiatief, met als gevolg dat alle deelstaten hiervan gebruik konden maken.

116. Ten slotte had de Indische regering ook enkele maatregelen genomen teneinde gezondheidszorgbeoefenaars op te leiden om capaciteitsopbouw in de gezondheidszorg mogelijk te maken. Zo werden (virtuele) trainingen gegeven aan artsen, verpleegkundigen, vrijwilligers etc. met betrekking tot COVID-19-gerelateerde onderwerpen. Hiervoor maakte men gebruik van het iGOT-platform²⁴⁵ om verschillende personeelsleden op te leiden. Daarnaast zette men ook bijvoorbeeld studenten verpleegkunde/geneeskunde in, om het tekort op te vangen.²⁴⁶

²⁴⁰ Art. 3, lid 2 (i) EDA 2020.

²⁴¹ Art. 3, lid 3 EDA 2020.

²⁴² WHO, "The Health Workforce in India", *Human Resources for Health Observer Series* 2016, afl. 16.

²⁴³ WHO, "Global Health Workforce Statistics Database", <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce> (laatst geüpdated 12 januari 2023).

²⁴⁴ MoHFW, "Pradhan Mantri Garib Kalyan Package: Insurance Scheme for Health Workers Fighting COVID-19",

<https://www.mohfw.gov.in/pdf/FAQPradhanMantriGaribKalyanPackageInsuranceSchemeForHealthWorkersFightingCOVID19.pdf>.

²⁴⁵ <https://igotkarmayogi.gov.in/#/>.

²⁴⁶ SOP for reallocation residents/PG students and nursing students as part of hospital management of COVID-19, F.No. V-16020/73/2020-INI-I.

§3. Benodigdheden (“Supplies”)

117. Gezondheidszorgsystemen dienen te allen tijde over de nodige voorraden te beschikken. Het gaat meer specifiek over specifieke apparatuur voor zowel noodhulp, patiëntenzorg, als veiligheid van de gezondheidszorgbeoefenaars. Het voorzien van degelijke medicatie en vaccins vallen hieronder. Ook ander medisch materiaal, zoals mondmaskers, zijn van belang geweest in de COVID-19-pandemie.

A. Gelijke toegang tot vaccins?

118. Het CESCR benadrukte²⁴⁷ dat uit de samenlezing van art. 15.b. ECOSOC-Verdrag en art. 27.2 UVRM volgt dat elke persoon het recht heeft op toegang tot een vaccin teneinde het coronavirus te bestrijden, dat tevens veilig en effectief is, en gebaseerd is op wetenschappelijk vermogen. Daarnaast volgt tevens uit art. 12 ECOSOC-Verdrag en randnr. 44, (b) *General Comment nr. 14* dat de staat de verplichting heeft om voor de nodige immuniteit te zorgen tegen de belangrijkste infectieziekten en maatregelen dient te nemen om epidemieën te voorkomen. Het comité benadrukt daarbij dat COVID-19-vaccins niet enkel dienen te worden geproduceerd, maar dat ze tevens (economisch) toegankelijk moeten zijn voor eenieder. De toegankelijkheid van vaccins dient logischerwijze te worden gegarandeerd zonder enige vorm van discriminatie.

119. In de praktijk lijkt het effectief verkrijgen van een vaccin moeilijker. Het comité benadrukt²⁴⁸ dat voornamelijk inheemse bevolking, asielzoekers en vluchtelingen het meest worden benadeeld tijdens een pandemie. Vooral in India lijkt dit problematisch, daar 64% van de 1,47 miljard Indische mensen op het platteland wonen. In België en Zweden is dit respectievelijk 2% en 12%, wat een pak lager is.²⁴⁹

120. Uiteraard is elke staat verplicht om hun maximaal beschikbare middelen in te zetten, voor de volledige verwezenlijking van de garantie van het recht op gezondheid.²⁵⁰ In de praktijk zullen staten, wanneer zij een vaccin hebben ontwikkeld, prioriteit geven aan de eigen bevolking. Het gevaar hiervan is dat dit een monopolie in de hand werkt, wat indruist tegen het recht op gezondheid voor eenieder. Het

²⁴⁷ CESCR, Statement on universal and equitable access to vaccines for the coronavirus disease (COVID-19) dd. 15 december 2020, E/C.12/2020/2, randnr. 2.

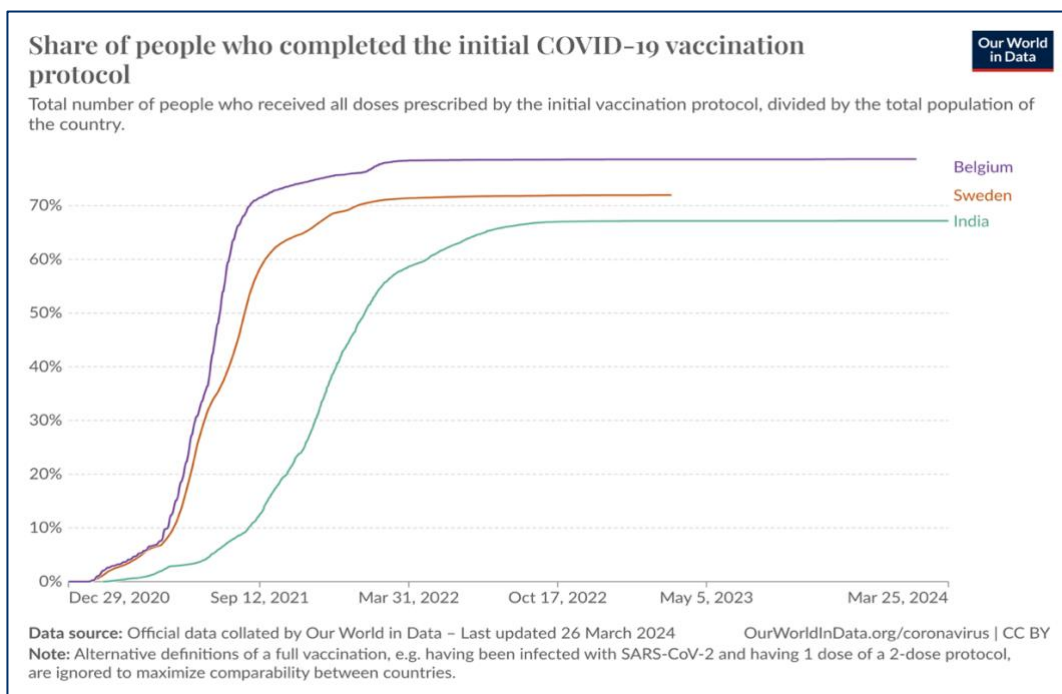
²⁴⁸ CESCR Statement 2020, randnr. 9.

²⁴⁹ World Bank, “Rural Population (% of total population) – India, Belgium, Sweden”, 2022, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?end=2022&locations=IN-BE-SE&start=1960&view=chart>.

²⁵⁰ CESCR Statement 2020, randnr. 14.

comité beveelt daarom tevens dat de lidstaten voorzien in versoepelde intellectuele eigendomsrechten om universele toegang te verlenen tot deze vaccins.²⁵¹

121. De grafiek²⁵² toont het percentage van de bevolking dat alle vaccinatiedosissen heeft ontvangen volgens het vaccinatieprotocol van de desbetreffende staat, met een startdatum in december 2020 voor België en Zweden, en 16 januari 2021 voor India. Een opvallende, stijgende lijn is te zien van maart 2021 tot maart 2022 voor België en Zweden, met respectievelijke succespercentages rond 78% en 71%.²⁵³ India vertoont een vergelijkbare trend vanaf mei 2021 tot september 2022, met een stabilisatie rond 67% vanaf september 2022. Ongeveer slechts 20% van de Indische bevolking is volledig gevaccineerd.



122. Over het algemeen concludeerde de OESO dat België een succesvolle vaccinatiecampagne tot stand had gebracht, zeker in vergelijking met andere OESO-landen. België haalde naar diens zeggen ‘een historisch hoge prestatie inzake vaccinatie’²⁵⁴. Zoals eerder aangehaald, blijft de Belgische federale

²⁵¹ CESCR Statement 2020, 21.

²⁵² <https://ourworldindata.org/grapher/share-people-fully-vaccinated-covid?time=2020-12-29..2024-03-25&country=BEL~SWE~IND>.

²⁵³ OESO, “Evaluation of Belgium’s Covid-19 Responses. Fostering trust for a more resilient society”, 2023, https://read.oecd-ilibrary.org/governance/evaluation-of-belgium-s-covid-19-responses_990b14_aa-en#page138, 138.

²⁵⁴ OESO, “Evaluatie van de Belgische respons op COVID-19”, 2023, <https://www.oecd.org/governance/evaluatie-van-de-belgische-respons-op-covid-19-brochure.pdf>, 26.

overheid bevoegd voor de nationale maatregelen inzake profylaxis, met inbegrip van verplichte inentingen.²⁵⁵

123. België trachtte stapsgewijs vaccins toe te dienen aan de bevolking. Eerst hadden de hogerisicogroepen de mogelijkheid zich te laten vaccineren, wat werd georganiseerd in vaccinatiecentra of rusthuizen. Na de risicogroepen te hebben gevaccineerd en er weer meer vaccins beschikbaar waren, kwam de rest van de bevolking aan de beurt. Ten slotte, kregen zelfs huisartsen en farmaceuten de mogelijkheid om vaccinaties te zetten, opdat men niet meer naar de grote vaccinatiecentra moest gaan. Daarnaast werd Vaccinnet+ ontwikkeld, waardoor alle vaccinaties konden worden geregistreerd.

124. In India ziet de *Central Drug Standard Control Organisation* (Centrale Organisatie voor Controle op Geneesmiddelen Standaarden) toe op het introduceren van veilige en duurzame medicijnen op de Indiase markt.²⁵⁶ De *Drugs and Cosmetics Act*²⁵⁷ (wet inzake geneesmiddelen en cosmetica), is een wet die van toepassing is op het gehele grondgebied van India^{258, 259}. Deze wet bevat onder andere bepalingen over de beschikbaarheid en de verdeling van geneesmiddelen en vaccins tijdens de uitbraak van een besmettelijke ziekte.²⁶⁰ India introduceerde het platform ‘CO-WIN’²⁶¹, waarmee men het aantal toegediende vaccins kon monitoren en registreren. Daarnaast controleert dit platform tevens de vaccinatiecampagne.

125. Ook in India ging men stapsgewijs te werk. Eerst trachtte men de gezondheidswerkers te vaccineren, waarna eerstelijns werkers en 60-plussers de mogelijkheid kregen. Vervolgens konden burgers vanaf 45 jaar zich laten vaccineren en ten slotte burgers ouder dan 18 jaar. Tussen 16 januari 2021 en 30 april 2021 werd 100% van de vaccins voorzien door de Indische regering en werden zij gratis verstrekt aan de deelstaatregeringen. De staten kregen de verantwoordelijkheid om hun bevolking zo snel mogelijk te vaccineren en boden de vaccinaties gratis aan, aan prioritaire groepen.²⁶² Om de vaccinatiecampagne vlot te laten verlopen, was het ook mogelijk een vaccin te verkrijgen in privé ziekenhuizen maar dan wel tegen betaling.²⁶³

²⁵⁵ Art. 5, §1, I, lid 2, 2° BWHI.

²⁵⁶ R.SALALLI, e.a., “Vaccines development in India: advances, regulation, and challenges”, *Clin. Exp. Vaccine Res.* 2023, afl. 12, 193-208.

²⁵⁷ Drugs and Cosmetics Act 1940 (DCA) and Rules 1945.

²⁵⁸ Behoudens de deelstaat Jammu and Kashmir.

²⁵⁹ Art. 1, (2) DCA.

²⁶⁰ Art. 26 B. DCA.

²⁶¹ <https://www.demo.co-vin.in/>.

²⁶² MoHFW, “Revised Guidelines for Implementation of National COVID Vaccination Program”, <https://www.mohfw.gov.in/pdf/RevisedVaccinationGuidelines.pdf>.

²⁶³ Overzicht vaccinaties: <https://www.mohfw.gov.in/pdf/CummulativeCovidVaccinationReport08Apr2024.pdf>.

126. Vanaf 1 mei 2021 werden er nieuwe richtlijnen uitgevaardigd door de Indische regering. Vanaf dat moment werd 50% van de vaccins voorzien voor aankoop door de regering en gratis verstrekt aan de deelstaatregeringen. De deelstaatregeringen en de privé ziekenhuizen hadden elk voor 25% de vrijheid om rechtstreeks vaccins aan te kopen. Deze 50% aangekochte vaccins door de Indische overheid waren voor personen ouder dan 45 jaar. Het kwam aan de deelstaatregeringen en privé ziekenhuizen te voorzien in een beleid voor personen tussen 18-45 jaar. De invoering van deze maatregel bracht veel deelstaten in financiële moeilijkheden. Als gevolg hiervan werd dit op 21 juni 2021 weer aangepast. 75% van de vaccins zou gratis worden voorzien door de Indische regering aan de deelstaatregeringen.²⁶⁴

127. In principe heeft elke Indiase inwoner recht op een gratis vaccin, maar zij die het kunnen betalen, werden aangemoedigd zich te laten vaccineren in vaccinatiecentra bij privéklinieken en dus tegen betaling.²⁶⁵ Hoewel de vaccinatiecampagne in theorie mooi lijkt, zijn er toch heel wat kloven in werkelijkheid. Ten eerste werd het vaccinatieprogramma vooral online gevoerd en met behulp van het CO-WIN-platform en de ‘Aarogya Setu App’²⁶⁶. De digitale kloof, die vrouwen en minderheden benadeelden, werd nogmaals vergroot. Vrouwen hebben minder toegang tot financiële middelen en beschikken vaak zelf niet over persoonlijke apparaten. Daarnaast blijkt dat vrouwen in India minder vertrouwd zijn met technologie en internetgebruik, waardoor ze ook minder geneigd zijn dit te gebruiken.²⁶⁷

Aangezien in totaal 64% van de Indische bevolking op het platteland woont en niet iedereen toegang/middelen heeft tot het internet, werd een groot deel van de bevolking uitgesloten. Daarnaast blijkt uit een studie dat er een grotere vaccinatietwijfel²⁶⁸, en dus een lagere vaccinatiegraad, bestaat bij plattelandsbewoners. Dit komt doordat zij een beperkte toegang hebben tot gezondheidsfaciliteiten, maar daarnaast ook een lagere internettoegang hebben en minder snel in de mogelijkheid zijn zich te laten informeren.

128. Daarnaast werd ook de kloof vergroot tussen mannen en vrouwen op niveau van arbeid. Vrouwen in India werden sneller het slachtoffer van het coronavirus, omdat zij vaker thuis bleven en pasten op

²⁶⁴ Kerala High Court, Dr. K.P. Aravindan vs. Union of India, 18 mei 2022, WP (C) no. 10661 of 2021, randnr. 27.

²⁶⁵ MoHFW, “Revised Guidelines for Implementation of National COVID Vaccination Program”, <https://www.mohfw.gov.in/pdf/RevisedVaccinationGuidelines.pdf>, 3.

²⁶⁶ <https://aarogyasetu.gov.in/>.

²⁶⁷ R., CHOUDHARY e.a., “COVID-19-vaccination in India and Gaps in India”, *Cureus* 2023, 2.

²⁶⁸ “Vaccine hesitancy”, zoals gedefinieerd door de WHO als “*delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccination services*”.

kinderen, ouderen en zieke familieleden.²⁶⁹ Daarnaast zijn er ook bepaalde sectoren, zoals onderwijs, de zorg, etc., waarin vrouwen oververtegenwoordigd zijn en dus rapper in aanraking komen met het coronavirus. Uit onderzoek blijkt ook dat mannen vaker passende beschermingsmaatregelen, zoals bv. op maat gemaakte mondklappers, tot hun beschikking hebben. Dit is niet het geval voor vrouwen.²⁷⁰

129. Voordat de vaccinaties in Zweden beschikbaar werden, waren vooral de kwetsbare ouderen in verzorgingstehuizen het slachtoffer van het coronavirus. Maar liefst 40% van de sterfgevallen waren slachtoffers die woonden in verzorgingstehuizen.²⁷¹ In een tussentijds rapport oordeelde de *Coronakommissionen* dat de ouderenzorg onvoorbereid en slecht was georganiseerd bij aanvang van de pandemie. Dit zou te wijten zijn aan een tekort van personeel in de gezondheidszorg²⁷², evenals een onvoldoende toegang voor artsen tot het gebruik van medische apparatuur²⁷³, etc.

130. In Zweden startte men in december 2020 met het toedienen van de eerste coronavaccins. In principe komt het aan de regio's toe om vaccinaties tegen infectieziekten aan te bieden.²⁷⁴ Zoals vele andere landen, zou ook Zweden stapsgewijs te werk gaan. Ten eerste kwamen ouderen, wonende in verzorgingstehuizen, gezondheidszorgpersoneel bij risicogroepen en volwassenen die samenwerken met iemand uit een risicogroep, in aanmerking. Daarna kwamen personen ouder dan 70 jaar; personen vanaf 18 jaar met een beperking²⁷⁵; medisch personeel en zorgverleners in de brede zin van het woord, aan de beurt. In de derde fase konden volwassenen die deel uitmaken van risicogroepen, een vaccin krijgen. Ten slotte kregen alle volwassenen de mogelijkheid zich te laten vaccineren. Opvallend is dat de *Folkhälsomyndigheten* ervoor had gekozen om geen vaccinatie aan te bevelen bij personen jonger dan 18 jaar.²⁷⁶

²⁶⁹ A., BAVISKAR, en R., RAY, "COVID-19 at home: Gender, Class and the Domestic Economy in India", *Feminist Studies Inc.* 2020, Vol. 46, no. 3, 562.

²⁷⁰ R., CHOUDHARY, e.a., *supra* vn. 267, 2.

²⁷¹ A. BJÖRKMAN e.a., "The Swedish COVID-19 approach: a scientific dialogue on mitigation policies", *Front Public Health* 2023, afl. 11, 2.

²⁷² CORONAKOMMISSIONEN, *Äldreomsorgen under pandemin*, Stockholm, Norstedts Juridik, 2020, SOU 2020:80 Delbetänkande, 123.

²⁷³ *Ibid.*, 260.

²⁷⁴ 2:3bis Smittskyddslag 2004:168.

²⁷⁵ Wet betreffende ondersteuning en dienstverlening voor personen met bepaalde functionele beperkingen, 1993:387.

²⁷⁶ KRISISINFORMATION, "Vaccine, medicine and treatment", <https://www.krisinformation.se/en/hazards-and-risks/disasters-and-incidents/2020/official-information-on-the-new-coronavirus/vaccinemedicine-and-treatment>.

B. Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM)

131. PBM omvatten ademhalingsmaskers, mondmaskers, handschoenen, jassen, etc. Het tekort aan dergelijke PBM, is een belemmering voor het garanderen van de veiligheid van zowel gezondheidszorgbeoefenaars, als patiënten.²⁷⁷

132. De Europese Commissie besloot op 19 maart 2020 om een strategische ‘*rescEU-voorraad*’ van medische uitrusting te voorzien. Het zou vooral gaan over een voorraad aan PBM, medische apparatuur voor de ICU, vaccins, etc. De Commissie staat in voor 90% van de kosten, maar het beheer komt toe aan de lidstaten.²⁷⁸

133. Vooral in de eerste weken van de COVID-19-pandemie, was er in België sprake van een enorm tekort aan PBM. De nationale voorraad mondmaskers was in België ontoereikend toen het coronavirus uitbrak. In 2006 bleek een voorraad mondmaskers te zijn aangekocht in het kader van een pandemieplan, maar omdat deze niet voorzien waren van een houdbaarheidsdatum liet voormalig minister van Volksgezondheid, Maggie de Block, maar liefst 27 miljoen mondmaskers vernietigen.²⁷⁹ België beschikte dus niet over een strategische voorraad PBM.

134. Ondanks deze onvoorbereide start, slaagde België erin om een PBM-inventaris op te maken en het tekort te verminderen. Op 23 maart 2020 werd een *taskforce shortages* opgericht, die (pas redelijk laat) een eerste grote PBM bestelling plaatste.²⁸⁰ Daarnaast trachtte de *taskforce* het tekort te verminderen door te voorzien in maskers op de internationale markt, door bestaande maskervoorraden in beslag te nemen, door PBM-verkoop alleen toe te staan aan individuen die beschikten over een medisch voorschrift etc.²⁸¹

²⁷⁷ WHO, “Technical specifications of personal protective equipment for COVID-19”, 13 november 2020, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336622/WHO-2019-nCoV-PPE_specifications-2020.1eng.pdf?sequence=1; “Rational use of personal protective equipment for COVID-19 and considerations during severe shortages”, 25 december 2020, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338033/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.4-eng.pdf?sequence=1.

²⁷⁸ Europese Commissie, “COVID-19: Commission creates first ever rescEU stockpile of medical equipment”, 19 maart 2020, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_476.

²⁷⁹ DE MORGEN, “De Block liet miljoenen mondmaskers vernietigen zonder te controleren of ze nog bruikbaar waren”, 7 oktober 2020, <https://www.demorgen.be/nieuws/de-block-liet-miljoenen-mondmaskers-vernietigen-zonder-te-controleren-of-ze-nog-bruikbaar-waren~b097b40d/?referrer=https://www.google.com/>.

²⁸⁰ BIJZONDERE COMMISSIE, *Bijzondere commissie belast met het onderzoek naar de aanpak van de COVID-19-epidemie door België*, 13 september 2021, 1394/(2020/2021), 172.

²⁸¹ OESO, “Evaluation of Belgium’s Covid-19 Responses. Fostering trust for a more resilient society”, 2023, https://read.oecd-ilibrary.org/governance/evaluation-of-belgium-s-covid-19-responses_990b14aa-en#page130, 128.

135. Op 13 juni 2021 vaardigde de Belgische wetgever een wet²⁸² uit ter beheersing van de pandemie en de organisatie van de gezondheidszorg. Uit art. 5 volgt dat de FOD Volksgezondheid uitdrukkelijk wordt aangesteld voor de opbouw, het onderhoud en het beheer van de strategische stocks. Onder dit laatste mogen ook de PBM worden verstaan.²⁸³ Aan het FAGG²⁸⁴ werd de uitzonderlijke bevoegdheid toegekend om te voorzien in een regelmatige bevoorrading van de strategische stocks.²⁸⁵

136. Reeds voor de COVID-19-pandemie, kampte India met een tekort aan PBM. Dit maakte dat zorgverleners vaak dezelfde middelen opnieuw gebruikten, wat het risico op infectie verhoogde. Ook tijdens de tweede golf slaagde de Indiase regering er niet in om te voorzien in degelijke gezondheidszorg. Er was een enorm tekort aan medicijnen, zuurstof, ICU, (zuurstof)bedden, medische apparatuur en personeel.²⁸⁶ De MoHFW riep op om verstandig om te gaan met de beschikbare PBM.²⁸⁷

137. Toch zat de Indische overheid niet stil. Op 30 maart 2020 kondigde het MoHFW aan dat zij maatregelen zouden nemen, in samenwerking met het Ministerie van Textiel, opdat de voorraad PBM snel zou vergroten.²⁸⁸ 11 binnenlandse fabrieken hebben kwaliteitstests doorstaan en werkten in opdracht van de overheid om PBM-overalls te maken en te leveren. N-95-maskers werden geproduceerd door twee fabrikanten. De bedoeling was om de hoeveelheid van 50.000 maskers per dag te vergroten naar 100.000 per dag. Het Ministerie van Textiel heeft daarnaast een noodkamer opgericht om de productie van PBM te monitoren.²⁸⁹

138. In Zweden zijn de regio's en gemeenten verantwoordelijk om te voorzien in een voorraad PBM. Bij aanvang van de pandemie, bleek al gauw dat Zweden niet over voldoende PBM beschikte. In de beginfase van de pandemie, besloten de centrale regering en *Socialstyrelsen* daarom tot een verhoging van dergelijke middelen om het tekort te dekken. De NAO (National Audit Office) had de taak om de

²⁸² Wet dd. 13 juni 2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg, *BS* 16 juni 2021 ('Wet 13 juni 2021').

²⁸³ Art. 2, 27° Wet 13 juni 2021.

²⁸⁴ Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

²⁸⁵ Art. 18, §1 Wet 13 juni 2021.

²⁸⁶ The Indian Express, "India races to meet Personal Protective Equipment demand", 5 april 2020, <https://indianexpress.com/photos/india-news/coronavirus-covid-19-personal-protective-equipment-6348024/6/> ; M., KAPOOR e.a., "Impact of COVID-19 on healthcare system in India: A systematic review", *Journal of Public Health Research* 2023, vol. 12, afl. 3, 2.

²⁸⁷ MOHFW en DIRECTOR GENERAL OF HEALTH SERVICES, Guideline on rational use of personal protective equipment (PPE), <https://www.mohfw.gov.in/pdf/GuidelinesonrationaluseofPersonalProtectiveEquipment.pdf>.

²⁸⁸ MOHFW, "COVID-19 update: Availability of PPE kits, N95 masks and ventilators", 30 maart 2020, <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1609263> .

²⁸⁹ Ministry of Textile, "Textiles Ministry sets up emergency control room to monitor production and supply of medical textiles", 25 maart 2020, <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1608188> .

inspanningen die de regering deed voor de levering van PBM tijdens de pandemie, te controleren. Dit om de levering van de PBM veilig te stellen.

139. Uit een audit van de NAO volgden enkele bemerkingen en aanbevelingen ten aanzien van de centrale overheid en de agentschappen om PBM veilig te stellen tijdens de COVID-19-pandemie.²⁹⁰ Al snel bleek dat reeds voor de pandemie de regio's en gemeenten kampten met een tekort aan PBM en dat zij tijdens de pandemie niet veel inspanningen leverden om deze voorraden aan te vullen. De regering trachtte het tekort te dekken door te voorzien in een grote beschikbaarheid van goedgekeurde PBM en overheidssubsidies. Maar doordat de *Socialstyrelsen* pas laat in actie schoten, kon niet (tijdig) worden voldaan aan de grote vraag en het kleine aanbod.

§4. Systemen (“Systems”)

140. Ten slotte zijn er de ‘systemen’. Zij zorgen voor een continuïteit in de gezondheidszorg, door te voorzien in verschillende soorten proactieve werkwijzen. Systemen hebben onder andere betrekking op besluitvorming, communicatie, continuïteit van consultaties, etc. In deze afdeling wordt de teleconsultatie besproken.

A. Teleconsultatie

141. Omdat de capaciteit van het ziekenhuis beperkter was dan het aantal mensen dat dienden te worden opgenomen in het ziekenhuis, voerde men telemonitoring in. Deze ‘opvolging op afstand’ is *een interventie om de toestand van de patiënten via metingen en bevragingen te monitoren buiten een klinische context*.²⁹¹ Een opvolging door de zorgverlener van op afstand, wordt zo mogelijk gemaakt.

142. Om de continuïteit van de zorg tijdens een pandemie te garanderen, maakten veel landen gebruik van telegeneeskunde. Teleconsultatie kan worden omschreven als *‘een (a)synchrone consultatie waarbij gebruik wordt gemaakt van informatie- en communicatietechnologie om de geografische en functionele afstand tussen de zorgverlener en patiënt te overbruggen’*.²⁹²

²⁹⁰ SWEDISH NAO, “Central government efforts to secure protective equipment – crisis management at considerable cost”, 29 april 2022, https://www.riksrevisionen.se/download/18.7fc87_cd9184b916ed353af8b/1669798618964/RiR_2022_10_summary.pdf.

²⁹¹ J. CORNELIS, B e.a., *Telemonitoring bij patiënten met COVID-19. Health Services Research (HSR)*, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, 2022, KCE Reports 354.

²⁹² K. DELDAR e.a., “Teleconsultation and Clinical Decision Making: a Systematic Review”, *Acta Inform Med* 2016, 286.

143. In België accepteerde het RIZIV de mogelijkheid tot terugbetaling voor consultaties verleend vanop afstand, met de invoering van de codes 101990, 101835 en 101135.²⁹³ Hoewel het gebruik van telegeneeskunde toenam en art. 8 KB nr. 20 voorzag in een specifieke verstrekking die toeliet dat artsen een telefonische triage van patiënten konden uitvoeren, bleef België achter in vergelijking met andere OESO-landen.²⁹⁴ In de eerste coronagolf werd ongeveer zo'n 23% van de ambulante activiteiten vervangen door teleconsultaties.²⁹⁵

144. In Zweden is er geen uitdrukkelijke wet die voorziet in telegeneeskunde. In 2018 kwam de *Socialstyrelsen* wel met een richtlijn²⁹⁶, om in kaart te brengen wat de opdracht en reikwijdte van digitale dienstverlening uitmaakt en hoe dit een invloed kan hebben op de geleverde zorg. In de richtlijn staat vermeld dat teleconsultatie is toegestaan als er geen fysieke aanwezigheid vereist is voor een consultatie.

145. In een wetsvoorstel²⁹⁷ dd. 9 december 2021, benadrukt men dat teleconsultatie een belangrijk aspect uitmaakt in de gezondheidszorg. De COVID-19-pandemie heeft geleid tot meer wachttijden, daar veel behandelingen moesten worden geannuleerd. Met het voorstel wordt de nadruk gelegd op de voordelen die teleconsultaties zouden hebben op het garanderen van de zorgcontinuïteit.²⁹⁸ Uit een onderzoek²⁹⁹ van de *eHälsomyndigheten* (online platform voor gezondheidszorg) en de *Statistikmyndigheten* (de Zweedse statistiekendatabase) volgt dat er tijdens de coronapandemie een stijging was in het gebruik van digitale gezondheidszorg in Zweden. Zo blijkt dat 15% gebruik maakte van een videoconsultatie in 2021, terwijl dit in 2019 slechts 8% was.³⁰⁰

146. Ook in India is er geen wet die expliciet een regeling trof omtrent telegeneeskunde. Echter op 25 maart 2020 voorzag de Medische Raad van India in praktische richtlijnen³⁰¹ omtrent het gebruik van

²⁹³ Art. 8 KB nr. 20.

²⁹⁴ OESO, Evaluatie van de Belgische respons op COVID-19, 2023, <https://www.oecd.org/governance/evaluatie-van-de-belgische-respons-op-covid-19-brochure.pdf>, 26.

²⁹⁵ ZORGNET-ICURO, "Bevraging Zorgnet-Icuro toont sterke daling ziekenhuisactiviteit tijdens coronacrisis", 25 mei 2020, <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/bevraging-zorgnet-icuro-toont-sterke-daling-ziekenhuis-activiteit-tijdens-coronacrisis>; J. HANTSON, "Juridische aspecten van mobiele gezondheidszorg of mHealth", *T.Gez.* 2023-24, afl. 4, 295.

²⁹⁶ SOCIALSTYRELSEN, "Digitala vårdtjänster. Övergripande principer för vård och behandling", 2018, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf>.

²⁹⁷ Regerings Proposition 2021/22:72, "Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsvormen", Stockholm 9 december 2021.

²⁹⁸ *Ibid.*, 55.

²⁹⁹ EHÄLSOMYNDIGHETEN, "Invånarundersökningen. Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst", 2021, https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/invanarundersokningen-2021-rapport.pdf.

³⁰⁰ *Ibid.*, 20 en 33.

³⁰¹ BOARD OF GOVERNORS, "Telemedicine Practice guidelines. Enabling Registered Medical Practicioners to Provide Healthcare Using Telemedicine", 25 maart 2020, <https://www.mohfw.gov.in/pdf/Telemedicine.pdf>.

telegeneeskunde. Deze richtlijnen kwamen er nadat de regering een enorme lockdown afkondigde in India, opdat de continuïteit in de gezondheidszorg kon worden gegarandeerd.³⁰² Op 9 augustus 2020 lanceerde India ‘e-Sanjeevani’³⁰³, als online platform om teleconsultaties te laten plaatsvinden.

147. Uit een recente studie³⁰⁴ volgt dat ongeveer 12% van de ziekenhuisconsultaties, in de periode van februari 2020 tot juli 2021, verliepen via teleconsultatie. Voor de COVID-19-pandemie, bedroeg dit 0,005%. Tijdens de piek, in mei 2021, liep dit zelfs op tot 27% teleconsultaties.

148. Zoals eerder vermeld, woont ongeveer 68% van de Indische bevolking op het platteland, wat het dus enorm moeilijk maakt telegeneeskunde in de praktijk te hanteren. Daarnaast blijkt ook dat ongeveer 50% van de gezondheidszorgbeoefenaars op het platteland niet eens een degelijke artsenopleiding heeft gevolgd, maar wel praktiseert (zogenaamde ‘Charlatan’³⁰⁵). Toegang tot telegeneeskunde zou dergelijke praktijken verminderen, maar daarvoor dient de toegang tot het internet en telecominfrastructuur te worden geoptimaliseerd.

³⁰² S. DASH, R. AARTHY en V. MOHAN, “Telemedicine during COVID-19 in India – a new policy and its challenges”, *J. Public Health Policy* 2021, 501.

³⁰³ MOHFW, e-Sanjeevani, <https://esanjeevani.mohfw.gov.in/#/>.

³⁰⁴ A. SIKKA, “Telemedicine – a critical analysis of its future in India”, *Int. J. Adv. Res.* 2022, afl. 10, 617-624.

³⁰⁵ Supreme Court of India, Poonam Verma versus Ashwin Patel & Ors., 10 May 1996, randnr. 41.

Afdeling 3. Conclusie

149. De bestudeerde benaderingen van België, India en Zweden bieden een fascinerend inzicht in de verschillende strategieën die elk land afzonderlijk heeft gehanteerd om de volksgezondheidssystemen tijdens de COVID-19-pandemie te ondersteunen. Ondanks de geografische en culturele verschillen delen deze landen een gemeenschappelijk doel: het beschermen van de volksgezondheid en het garanderen van een degelijke toegang tot gezondheidszorg, tijdens de pandemie. Zij hebben elks een positieve verplichting, met als gevolg dat ze instaan voor redelijke en proportionele maatregelen.³⁰⁶

150. België was een van de zwaarst getroffen EU-landen tijdens de COVID-19-pandemie, wat betreft het aantal infecties en sterfgevallen in verhouding tot de bevolkingsgrootte. Met de uitvaardiging van de bijzondere machtenwet dd. 27 maart 2020 beschikte de federale wetgever over de mogelijkheid om op te treden zonder de gebruikelijke wetgevingsprocedures te doorlopen, zodat er tijdig kon worden gehandeld in deze noodsituatie.³⁰⁷

151. De Belgische overheid slaagde erin om een sterke vaccinatiecampagne tot stand te brengen, met als gevolg dat maar liefst 70% van de bevolking twee dosissen kreeg. Daarnaast voorzagen de Belgische ziekenhuizen in een sterk uitgebouwde infrastructuur en slaagden zij erin om een sterk aantal ICU op poten te zetten. Door de invoering van het KB nr. 16 tot het opvorderen van beroepsbeoefenaars, werd een maximaal aantal zorgverleners ingezet opdat de nodige zorg verstrekt kon worden. Het enorme tekort aan PBM bracht België in een moeilijke positie om bescherming te bieden aan de zorgverleners. De oprichting van de *taskforces* slaagde erin het tekort aan te vullen. Ten slotte voorzag België in de mogelijkheid tot terugbetaling van teleconsultatie tijdens de pandemie, opdat de continuïteit van de gezondheidszorg gegarandeerd bleef.

152. India behoort tot het tweede grootste getroffen land ter wereld. De DMA werd als grondslag gebruikt om een lockdown in te voeren. De EDA diende als basis om bevoegdheden te delegeren aan de deelstaten. Nationale gezondheidsinitiatieven werden geactiveerd om de gezondheidszorginfrastructuur te versterken. Opvallend is dat hoewel India tracht te voorzien in allerlei initiatieven, programma's, richtlijnen, etc., de gezondheidszorg in de praktijk vaak niet voor eenieder wordt gegarandeerd. Er zijn enorm veel lacunes en de wetgeving is enorm verouderd.

³⁰⁶ CESCR Statement 2020.

³⁰⁷ OESO en HSPA, "State of Health in the EU. België: Landenprofiel gezondheid", 2021, 9, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_be_dutch.pdf.

153. Hoewel in India de grootste vaccinatiecampagne ter wereld werd opgezet, is slechts 20% van de Indische bevolking volledig gevaccineerd (lees: 2 vaccinaties). Daarnaast kampte India met een enorm tekort aan PBM, een enorm lage hoeveelheid ICU en een tekort aan zorgverleners. Desondanks zette de regering in op training van zorgverleners, creëerden zij de *e-Sanjevaani* en het CO-WIN-platform om de continuïteit van de gezondheidszorg te garanderen.

154. Hoewel veel landen in maart 2020 een lockdown invoerden, weigerde Zweden hieraan mee te doen. In het voorjaar van 2020 behoorden de sterftcijfers van Zweden, als gevolg van het coronavirus, dan ook tot de hoogste van Europa. De slachtoffers waren vooral de kwetsbare ouderen. Zweden betaalde dus een hoge tol als gevolg van de mitigatiestrategie die ze hanteerde. Deze was voornamelijk gebaseerd op vertrouwen en verantwoordelijkheid van het individu.

155. Zweden moest een balans vinden tussen het beheersen van de verspreiding van het virus en het beschikbaar houden van voldoende capaciteit in ziekenhuizen en zorginstellingen. Zorgverleners werden gemobiliseerd, de capaciteit op de ICU werd uitgebreid en speciale COVID-19-units werden opgezet. Ook Zweden kampte met een tekort aan PBM en door een te trage reactie van de *Socialstyrelsen* duurde het redelijk lang vooraleer het tekort werd weggewerkt.

Hoofdstuk IV. De rechten van de patiënt tijdens de COVID-19-pandemie

Afdeling 1. De rechten van de patiënt

156. Sinds 2002 is er in België een specifieke wet uitgevaardigd die de rechten van de patiënt bundelt en waarborgt. Met de Wet Patiëntenrechten³⁰⁸ beoogde de Belgische wetgever de individuele rechten van de patiënt weer te geven.³⁰⁹

157. In Zweden zijn de rechten van de patiënt voornamelijk gewaarborgd in de *Patientlag*³¹⁰ (patiëntenwet), de *Hälso- och sjukvårdslag* en de *Patientsäkerhetslag*³¹¹ (wet op patiëntveiligheid).

158. India voorziet niet één allesomvattende patiëntenwet. Deze regelgeving ligt verspreid in de *Indische Gw.*, *Indian Medical Council Regulations 2002*, *Drugs and Cosmetics Act 1940*, *Clinical Establishments Act 2010* en de *Indian Penal Code 1860*. Omdat er geen specifieke wetgeving is voor patiëntenrechten, vaardigden de MoHFW en de *National Human Rights Commission* een Handvest van de rechten van de patiënt³¹² uit.

Afdeling 2. Het ontzeggen van gezondheidszorg aan niet-besmette COVID-19-patiënten

159. De RMG besloot op 13 maart 2020 om niet-dringende consultaties, ingrepen en diagnoses uit te stellen, met ingang van 14 maart 2020.³¹³ Enkel noodzakelijke activiteiten en levensnoodzakelijke therapieën konden nog doorgaan. Tijdens de eerste coronagolf was er een afbouw van 94% van niet-essentiële heelkundige ingrepen en 57% van essentiële heelkundige ingrepen bleef doorgaan. In de tweede golf is er een daling van 66% van niet-essentiële heelkundige ingrepen en een daling van 20% essentiële heelkundige ingrepen. Er was in 2020 een daling van 66% in de chirurgie, 57% in de pediatrie, 38% in de interne geneeskunde en 36% in de geriatrie.³¹⁴

³⁰⁸ Wet betreffende de rechten van de patiënt 22 augustus 2002, BS 6 oktober 2002.

³⁰⁹ T. VANSWEEVELT, “Wet Patiëntenrechten: Definities en Toepassingsgebied”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, II, 283-296.

³¹⁰ Patientlag 2014:821.

³¹¹ Patientsäkerhetslag 2010:659.

³¹² Charter of Patients' Rights, https://nhrc.nic.in/sites/default/files/charter_patient_rights_by_NHRC_2019.pdf.

³¹³ RMG, Verslag 13 maart 2020, 1-6, https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/rmg/nl/20.03.13_RMG_verslag_NL.pdf.

³¹⁴ OESO en HSPA, “State of Health in the EU. België: Landenprofiel gezondheid”, 2021, 16, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_be_dutch.pdf.

160. In de eerste golf werden veel kwetsbare ouderen geweigerd op de ICU. Als gevolg hiervan bleek bijvoorbeeld dat enkele families druk zetten op het Centre Hospitalier Crétien MontLegia te Luik. Na een negatief advies van intensivisten werd besloten dat een opname op ICU onredelijk was. Met als gevolg dat familieleden dreigden om naar de rechter te stappen en het ziekenhuis noodgedwongen toch de patiënten liet opnemen op ICU uit angst.³¹⁵ De vraag is hier dan of het recht op toegang tot de gezondheidszorg³¹⁶ wordt ontzegd. Dit patiëntenrecht geldt enkel wanneer er voldoende middelen ter beschikking zijn, wat niet het geval is bij schaarste tijdens een pandemie.

Volgens artikel 17 Kwaliteitswet moet de zorgcontinuïteit ten aanzien van de bestaande patiënt gegarandeerd blijven. Een schending hiervan, zoals men kan aanvoeren voor bovenstaand geval te Luik, zou een contractuele en/of buitencontractuele fout kunnen uitmaken en de aansprakelijkheid van het ziekenhuis in gedrang kunnen brengen.

161. Uit een studie³¹⁷ volgt dat de gezondheidszorg in India grote gevolgen van de pandemie heeft gekend. De afdelingen oncologie, nefrologie, oftalmologie en orthopedie werden onderzocht en kenden een grote terugval. Er was een opvallende afname van zowel nieuwe patiëntenregistraties, operaties, transplantaties, etc. Daarenboven kampte de plattelandsbevolking met problemen om gezondheidszorg te verkrijgen, daar zij door strikte reisbeperkingen tijdens de lockdown niet in de steden raakten. De uitstel van zorg, is in strijd met het recht op medische verzorging³¹⁸ en kan een schending uitmaken van art. 21 Indische Gw.

162. Aangezien de kennis rond de verspreiding van het coronavirus in het begin van de pandemie nog onbekend was, voerden de Zweedse gezondheidszorgsystemen grote aanpassingen door. Zo werd de geplande zorg geannuleerd. Doktersbezoeken, chirurgische ingrepen, mond-, kaak-, en aangezichts-chirurgie,... werden allemaal uitgesteld. De afname van de behandelingen en consultaties was het grootst tijdens de eerste maanden (maart-mei 2020).³¹⁹

163. In Zweden dienden op 16 maart 2020 mammografieën in bepaalde regio's uitgesteld te worden. Ook borstkankerscreening, chirurgie en geplande operaties werden uitgesteld. Opvallend is dat

³¹⁵ E. MERTENS, "COVID-19 – intensieve zorg: wettelijke druk en dreiging met rechtszaken", *Mediquality* 5 april 2020.

³¹⁶ Art. 5 Wet Patiëntenrechten.

³¹⁷ M., KAPOOR et al., "Impact of COVID-19 on healthcare system in India: A systematic review", *Journal of Public Health Research* 2023, vol. 12, afl. 3, 3-4.

³¹⁸ Supreme Court of India, Pt. Parmanand Katara vs. Union of India, 28 augustus 1989.

³¹⁹ SOCIALSTYRELSEN, "Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården", 2021, nr. 2021-5-7371, 56.

kinderzorg, kraamzorg en psychiatrie quasi-geen last ondervonden en zorgcontinuïteit hier stabiel bleef. Aan de andere kant werden afspraken in verband met diabetes, reumatoïde artritis en kanker geannuleerd en was er een daling in het aantal nieuwe gevallen.³²⁰ Uiteraard variëren de cijfers per regio.

164. Voornamelijk doordat de *Folkhälsomyndigheten* had aanbevolen om onnodige zorg uit te stellen, was er een forse afname van consultaties.³²¹ Uit een rapport van de *Socialstyrelsen* volgt daarnaast dat vrouwenzorg, oogheelkunde en NKO-consultaties behoren tot de afdelingen waar het aantal bezoeken en operaties aanzienlijk is afgenomen.³²² Hier gaat het om pure aanbevelingen, die niet juridisch afdwingbaar zijn. Het uitstellen van de gezondheidszorg kan wel een schending zijn van de zorggarantie, waarvoor regio's aansprakelijk gesteld kunnen worden.³²³

Afdeling 3. De toegang van bezoekers tot zorginstellingen tijdens de COVID-19-pandemie

165. Als lidstaten van het EVRM, zijn België en Zweden ertoe verbonden het recht op respect van het privé- en familieleven *ex art. 8 EVRM* te waarborgen. Het bezoekrecht van derden aan het ziekenhuis valt onder dit artikel. De vraag is dan of een bezoekersbeperking in tijden van een gezondheidscrisis gerechtvaardigd is. Art. 8, §2 EVRM stelt dat uitzonderingen mogelijk zijn indien de beperking is voorzien van een wettelijk kader (1), bij wet is voorzien (2) en proportioneel (3) is.

166. Op 13 maart 2020 besloot de RMG dat bezoek aan patiënten werd verboden. Een ziekenhuis is naar Belgisch recht verplicht om een bezoekersregeling uit te werken via een huishoudelijk reglement, dit zelfs op straffe van strafrechtelijke aansprakelijkheid.³²⁴ Het is wel degelijk mogelijk om bezoekersbeperkingen op te leggen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk de patiënt in kwestie te scheiden van diens bezoeker(s) door middel van een glazen beschot, indien er sprake is van besmettelijke ziekten zoals de COVID-19-pandemie.³²⁵

³²⁰ CORONAKOMMISSIONEN, “Sverige under pandemin”, SUO 2021:89, Stockholm 2021.

³²¹ FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN, Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre, 2020, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4b2b9c2fe4784cb79bf30a6559d19b58/oro-inte-fa-var-d-covid-19-pandemin-sarskilt-bland-aldre.pdf>.

³²² SOCIALSTYRELSEN, “Covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider”, 2020, 2 (11), <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/vardkontakter-var-dgaranti-covid-19.pdf>.

³²³ 9:1 Hälso- och sjukvårdslag 2017:30.

³²⁴ Art. N.1, Bijlage A, III, 4° KB dd. 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964 (‘KB Ziekenhuisnormen’).

³²⁵ Art. N.7, Bijlage A, III, 4° KB Ziekenhuisnormen.

167. Hoewel de beslissingen van de RMG geen juridisch bindende waarde hebben, rust de bezoekersbeperking op een wettelijke grondslag daar ziekenhuizen hiertoe bevoegd zijn.³²⁶ Of de bezoekersbeperking proportioneel was, dient *in concreto* te worden bekeken. In ziekenhuizen gold er in principe een absoluut verbod op bezoek. De RMG voorzag in enkele uitzonderingen voor bijvoorbeeld vrijwilligers, minderjarigen, personen in kritieke toestand etc.³²⁷ Echter op de ICU of de spoedafdeling mocht geen bezoek komen tijdens de COVID-19-pandemie, wat wordt beschouwd als disproportioneel en zou kunnen leiden tot een schending van art. 8 EVRM.³²⁸

168. VANSWEEVELT pleit voor een verankering van het recht op bezoek aan verzorgingsinstellingen in de Wet Patiëntenrechten. Bijgevolg zou er een duidelijke wettelijke grondslag zijn, met even duidelijke uitzonderingen.³²⁹

169. De *Folkhälsomyndigheten* adviseerde op 10 maart 2020 om onnodige bezoeken aan ziekenhuizen en ouderenzorginstellingen te vermijden. De bezoekbeperking wordt niet voorzien van een wettelijke basis in de *Smittskyddslag*, maar is dus louter een aanbeveling. Kort daarna verboden privéklinieken, op eigen houtje, het bezoek aan ouderen en verpleeginstellingen. Pas op 30 maart werd het bezoek aan kwetsbare ouderen in openbare gezondheidszorginstellingen en tehuizen volledig verboden, mits enkele uitzonderingen.³³⁰ Deze verordening gold vanaf 1 april 2020 tot en met 31 oktober 2020. De bezoekbeperking kon dus variëren afhankelijk van de situatie en de gemeente. Op 21 november 2020 werd opnieuw zo'n regeling ingevoerd. Opvallend is dat tegen besluiten die dergelijke bezoeken verbieden, geen beroep open is.³³¹

170. Op 22 december 2020 vond een kabinetsvergadering³³² plaats, waarbij men regelgeving voor ouderenzorg diende uit te vaardigen als aanvulling op de *socialjantslagen 2001:453* (wet op de sociale voorzieningen). Uit onderzoek was namelijk gebleken dat de patiëntveiligheid in de gemeentelijke zorg

³²⁶ C. CUYPERS, "Het statuut van het ziekenhuis naar Belgisch recht. Een openbare plaats toegankelijk voor derden?", *T.Gez.* 2022-23, afl. 5, 337-338; zie ook: C. CUYPERS, "De inperking van grondrechten van rusthuisbewoners door de woonzorgcentra: wettelijk kader en grenzen", *T.Gez.* 2021, afl. 3, 204-210 (duidingsnoot).

³²⁷ RMG, Verslag 13 maart 2020, 1-2, https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/rmg/nl/20.03.13_RMG_verslag_NL.pdf.

³²⁸ C. CUYPERS, "Het statuut van het ziekenhuis", *supra* vn. 326, 338.

³²⁹ T. VANSWEEVELT e.a., "De hervorming van de wet patiëntenrechten: suggesties voor verbetering van het voorstel-Vandenbroucke", *T.Gez.* 2024, afl. 1, 19.

³³⁰ Förordning 2020:163 om tillfälligt förbud mot besök i sårksilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19, 30 maart 2020.

³³¹ T. MATSSON e.a., "Sweden: legal response to COVID-19" in J. KING en O. FERRAZ (eds.), *The Oxford Comendium of national legal responses to Covid-19*, Oxford, Oxford University Press, 2021, 15, randnr. 83.

³³² Dir. 2020:142 En äldreomsorgslag, 22 december 2020.

tekortschiet als gevolg van het coronavirus. Er werden bijgevolg enkele verordeningen uitgevaardigd³³³ die bezoek aan ouderen beperkten. Zo werd in een van deze verordeningen bepaald dat de *Folkhälsomyndigheten* bevoegd zijn om voorschriften uit te vaardigen, die bezoeksbeperkingen zouden opleggen in huisvesting van ouderen.

171. Uit een onderzoek bleek dat besmette COVID-19-patiënten quasi-niemand meer hadden gezien tijdens hun laatste levensdagen en dat 30% de afgelopen twee dagen voor het levenseinde niemand meer had gezien.³³⁴ De *Coronakommissionen* oordeelde later dat hierop in een uitzondering moest voorzien zijn voor terminaal-zieken, maar dit was dus te laat.³³⁵ Ook hier is een *in concreto*-beoordeling vereist om na te gaan of dergelijke bezoekersbeperkingen proportioneel zijn. Desondanks het feit dat er een legitieme en wettelijke basis is op bezoekersbeperkingen, kan een volledig verbod van bezoek aan gezondheidszorginstellingen en tehuizen ook hier worden beschouwd als disproportioneel.

172. In India adviseerde de MoHFW op 29 maart 2020, aan eenieder om preventieve maatregelen te nemen opdat kwetsbare ouderen beter beschermd zouden zijn.³³⁶ In deze aanbeveling staat dat het aangeraden is om onnodige bezoeken te vermijden; dat het aangeraden is contact te behouden via video calls, etc. Het komt dan aan de deelstaten toe om te voorzien in degelijke navolging van deze aanbeveling.

173. Daarnaast vaardigde ook de *Indian Medical Association* richtlijnen³³⁷ uit, waarin zij beveelt dat het bezoek van niet-essentiële bezoekers beperkt diende te worden, met uitzondering van bijvoorbeeld de situatie omtrent het levenseinde. Echter zijn dergelijke richtlijnen niet juridisch afdwingbaar, maar eerder bedoeld als richtlijn voor de medische praktijk of ethiek.

³³³ Förordning om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19 2020:979; Förordning om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19 2020:163.

³³⁴ C. HEDMAN e.a., “Dying during the COVID-19-Pandemic in Sweden: Relatives’ Experiences of End-Of-Life Care (the CO-LIVE Study)”, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 10.

³³⁵ J.F. LUDVIGSSON, “How Sweden approached the COVID-19-pandemic: Summary and commentary on the National Commission inquiry”, *Acta Paediatrica* 2022, 22.

³³⁶ MOHFW, “Health advisory for elderly population of India during COVID-19”, 29 maart 2020, <https://www.mohfw.gov.in/pdf/AdvisoryforElderlyPopulation.pdf>.

³³⁷ IMA en HOSPITAL BOARD OF INDIA, “Covid-19 – Role of hospitals & healthcare professionals”, <https://www.ima-india.org/ima/pdfdata/COVID-19-Guidelines-for-Hospitals-n-Doctors.pdf>.

Afdeling 4. Conclusie

174. In zowel België, India als Zweden was er een enorme daling van niet-dringende consultaties en behandelingen. Dit leidde tot onvervulde zorgbehoeften als gevolg. Er werd enorm veel gezondheidszorg uitgesteld of geannuleerd, waardoor aan heel wat mensen de toegang tot gezondheidszorg werd ontnomen. Er moet kritisch worden gekeken naar de wettelijkheid van de manier waarop men beval de niet-dringende zorg uit te stellen.

175. Doordat alle drie de landen initiatieven namen tot bijvoorbeeld teleconsultatie, trachtte men de continuïteit van de zorg op deze manier verder te zetten. Er werd dus voorzien in alternatieven van de uitgestelde zorg en daarenboven zou de noodtoestand een rechtvaardigingsgrond kunnen uitmaken voor het uitstel van de zorg.

176. Alle drie de landen dienen mijns inziens meer aandacht te besteden aan een gecoördineerde en juridisch bindende aanpak bij het opleggen van bezoekersbeperkingen. Het vaststellen van duidelijke wettelijke kaders en richtlijnen, kan helpen bij het waarborgen van de rechten van de patiënt én de bezoekers. Er moet te allen tijde aandacht worden besteed aan de proportionaliteit van de regels, evenals de uitzonderingen daarop. Een algemeen verbod op bezoek is disproportioneel en dus in strijd met art. 8, §2 EVRM.³³⁸

³³⁸ Van toepassing op België en Zweden als lidstaten bij het EVRM.

Hoofdstuk V. De aansprakelijkheid

Afdeling 1. De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis

177. In België dient elk ziekenhuis te voorzien in voldoende en gekwalificeerd personeel. Het ziekenhuis gaat hierbij een inspanningsverbintenis aan en draagt bijgevolg de bewijslast indien in het personeelsbeleid zou zijn tekortgeschoten.³³⁹ Het sluiten van afdelingen om de ICU op te drijven, in combinatie met de uitval van personeelsleden en zorgverleners, zorgde ervoor dat heel wat zorgverleners met een andere specialisatie dienden in te springen op de ICU.

178. Er geldt een zorgvuldigheidsnorm ten aanzien van de arts. De arts in kwestie dient te hebben gehandeld als een normaal, vooruitziend en voorzichtig arts, geplaagd in dezelfde omstandigheden.³⁴⁰ Elke arts is in principe gespecialiseerd. De zorgvuldigheidsnorm geldt dan voor die bepaalde expertise. De gezondheidszorgbeoefenaar moet handelen op een kwalitatief hoogstaand niveau³⁴¹ en volgens de meest recente stand van de wetenschap.³⁴² Zoals VANSWEEVELT terecht omschrijft, neemt een arts die een patiënt behandelt buiten zijn expertisedomein een risico, daar diens gedrag zal worden getoetst aan het gedrag van de zorgvuldige specialist tot wiens specialisme de betrokken medische behandeling behoort. Aangezien de COVID-19-pandemie een medische noodtoestand uitmaakt, die kan worden ingeroepen als rechtvaardigingsgrond, begaat de zorgverlener met de nodige basiskennis/vaardigheden die inspringt op een andere afdeling, geen fout.³⁴³

179. Daarnaast gaat een Belgisch ziekenhuis in principe een inspanningsverbintenis aan om te voorzien in voldoende en kwalitatief medisch materiaal en middelen.³⁴⁴ Zoals eerder omschreven, bleek tijdens de COVID-19-pandemie een enorme schaarste aan PBM. De aansprakelijkheid van het ziekenhuis dient dan *in concreto* te worden beoordeeld. Indien een fout in hoofde van het ziekenhuis kan worden aangetoond en het tekort een schending uitmaakt, is er in beginsel sprake van een (contractuele³⁴⁵ of buitencontractuele³⁴⁶) fout. Indien het ziekenhuis zich kan beroepen op bijvoorbeeld overmacht³⁴⁷ of de noodtoestand³⁴⁸, kan deze aan zijn aansprakelijkheid ontkomen. Het ziekenhuis in kwestie draagt de

³³⁹ F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, I, 2022, 1236.

³⁴⁰ Art. 1382 oud BW juncto art. 5 Wet Patiëntenrechten.

³⁴¹ Art. 14 Kwaliteitswet.

³⁴² T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, II, 297-342.

³⁴³ F. DEWALLENS e.a., “Een eerste analyse”, *supra* vn. 115, 16, randnrs. 30-31.

³⁴⁴ F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT, *Handboek Gezondheidsrecht*, I, 1240.

³⁴⁵ Art. 5.72, lid 1 BW.

³⁴⁶ Art. 1382 oud BW.

³⁴⁷ Art. 5.226 BW.

³⁴⁸ T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.), *Handboek Buitencontractueel Aansprakelijkheidsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2009, 309; Cass. 15 mei 1930, *Pas.* 1930, I, 223.

bewijslast.³⁴⁹ Zij zou bijvoorbeeld de verbrande voorraad aan mondmaskers kunnen inroepen als grond van overmacht.

180. Het uitstellen van consultaties steunde niet op juridisch afdwingbare grond. Evenwel mag niet vergeten worden dat zorgverleners nog altijd strafrechtelijk aansprakelijk gesteld kunnen worden op grond van artikel 422*bis* Strafwetboek, door het verzuimen hulp te verlenen.³⁵⁰ Daarnaast kan niet-dringende zorg in principe ook worden uitgesteld onder de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbeheerder. Op grond van art. 16, lid 1 Ziekenhuiswet draagt de ziekenhuisbeheerder de algemene verantwoordelijkheid voor de organisatie en de werking van het ziekenhuis. In dit geval ligt de bewijslast bij het ziekenhuis.³⁵¹

181. Net omwille van het feit dat de COVID-19-pandemie een nationale gezondheidstoestand heeft veroorzaakt, waren dergelijke uitzonderlijke maatregelen noodzakelijk, in de zin van het verlenen van kwaliteitsvolle zorg.³⁵² Op het ziekenhuis rust vaak een inspanningsverbintenis en daarenboven zal het ziekenhuis zich kunnen beroepen op de situatie van de noodtoestand. De schade van de patiënt in kwestie zal vaak slechts bestaan in een kansverlies en daarenboven is de bewijslast enorm zwaar.³⁵³

182. De *medical negligence*³⁵⁴ (medische nalatigheid) in India ontplooit zich driedelig: strafrechtelijk, burgerrechtelijk en tuchtrechtelijk. Ten eerste, kan de patiënt de zorgverlener strafrechtelijk aansprakelijk³⁵⁵ stellen. Het gaat daarbij dan over de vraag of de zorgverlener in kwestie diens zorgplicht heeft geschonden met schade ten aanzien van de patiënt als gevolg.³⁵⁶ De zorgverlener heeft een plicht om redelijke zorg te verschaffen en een schending van deze plicht maakt *negligence* uit.³⁵⁷

Daarnaast kan de patiënt in kwestie zich wenden tot de burgerrechtelijke rechtbanken, opdat deze een geldelijke vergoeding kan krijgen. Louter onoplettendheid of een gebrek aan een zekere mate van

³⁴⁹ Art. 8.4, lid 1 BW.

³⁵⁰ Artsen hebben wel een deontologische behandelingsplicht. Zie hierover: Adv. 24 januari 2009 betreffende de ‘Behandelingsplicht’, *T.Nat.Raad* 2009, afl. 125; Richtl. NR 18 maart 2000 betreffende de behandelingsplicht, COVID-19, a167006.

³⁵¹ Zie uitgebreid hierover: W. BUELENS, “Aansprakelijkheid van ziekenhuizen in tijden van COVID-19”, *RW* 2022-23, afl. 19, 722-744.

³⁵² N. EL YATTOUTI e.a., “Recht op gezondheidszorg” in F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, II, 252.

³⁵³ W. BUELENS, *supra* vn. 351,744.

³⁵⁴ Negligence wordt omschreven als een ‘roekeloze handeling van een persoon die resulteert in voorzienbare schade’. Deze valt onder ‘tort’, ‘Indian Penal Code’, ‘Indian Contracts Act’, ‘Consumer Protection Act’, etc.

³⁵⁵ Dit volgt bijvoorbeeld uit de artikelen 304A, 337, 338 Indian Penal Code.

³⁵⁶ Supreme Court of India, Jacob Mathew vs. State of Punjab & Ors., 5 augustus 2005, randnr. 19; deze criteria werden overgenomen uit de Engelse rechtspraak, volgens de ‘BOLAM-test’: High Court Queen’s Bench Division, Bolam vs. Friern Hospital Management Committee, 20 februari 1957.

³⁵⁷ M. JONES, *Medical Negligence*, Londen, Sweet&Maxwell, 2008, 84-85.

onzorgvuldigheid kan civielrechtelijke aansprakelijkheid creëren, maar is niet voldoende voor strafrechtelijke aansprakelijkheid. Het loutere gebrek aan noodzakelijke zorg, aandacht of vaardigheid is niet voldoende om een arts strafrechtelijk aansprakelijk te stellen voor *negligence*.³⁵⁸ Ten slotte is er de Indian Medical Council Act 1956 (IMCA)³⁵⁹, die het professionele wangedrag van de artsen regelt. De patiënt die beweert *negligence* te hebben ondergaan, draagt hiervan de bewijslast. Daarna verschuift de bewijslast naar de arts of het ziekenhuis om te bewijzen dat er een gebrek aan zorgvuldigheid was.³⁶⁰

183. Uit artikel 2.1.1 Indian Medical Council Regulations 2002 (IMCR) volgt dat een arts niet willekeurig de behandeling van een patiënt mag weigeren, tenzij zijn eigen gezondheid dit verhindert. Daarnaast haalt art 5.2 IMCR aan dat een zorgverlener de behandeling van een patiënt niet mag weigeren tijdens een epidemie, louter omwille van de angst zelf besmet te worden. Indien de arts dit toch doet, maakt dit een overtreding uit aangezien de arts dan verzaakt in zijn plicht om besmette patiënten te verzorgen. De patiënt in kwestie kan zich dan beroepen op art. 21 Indische Gw, wegens een schending van zijn recht op gezondheid. De zorgverlener is wel bevoegd de patiënt door te verwijzen naar een ander ziekenhuis, indien dit noodzakelijk blijkt en nadat die de eerste verzorging toediende.³⁶¹

184. In principe volgt uit voornoemde bepalingen dat een arts niet mag weigeren een patiënt te behandelen puur uit angst om tevens besmet te worden met het coronavirus. Zelfs indien er een tekort is aan PBM, dient de arts zijn taak te vervullen. De arts dient te improviseren met de middelen die hij heeft om zijn eigen gezondheid te beschermen.³⁶² Uiteraard is het de taak van (de bestuurder van) het ziekenhuis om te voorzien in degelijke PBM. Het gebrek aan medische apparatuur en middelen brengt civiele aansprakelijkheid met zich mee, indien verwacht kon worden dat deze middelen verkrijgbaar waren.³⁶³

185. Uit samenlezing van de artikelen 5.2 en 7.20 IMCR volgt dat iedere arts in principe is gespecialiseerd en dat een arts zich niet mag voordoen als zijnde gespecialiseerd als dat niet het geval is. Hieruit volgt dat een arts zich in principe enkel kan ontplooiën binnen die specialisatie. Maar zoals art. 5.2 IMCR terecht voorziet, kan een arts dus wel degelijk optreden in een ander gebied dan diens specialisatie, tijdens zo'n epidemie.³⁶⁴ Een arts begaat een fout onder '*medical negligence*' indien hij

³⁵⁸ Supreme Court of India, Dr. Suresh Gupta vs. Govt. of N.C.T. of Delhi & Anr., 4 augustus 2004, (6) 8.

³⁵⁹ Geamendeerd in 1964, 1993 en 2001.

³⁶⁰ Supreme Court of India, Nizam's Institute Of Medical Sciences vs. Prasanth S. Dhananka & Ors., 14 mei 2009, randnr. 32.

³⁶¹ Zie ook: Supreme Court of India, Pt. Parmanand Katara vs. Union of India, 28 augustus 1989.

³⁶² A. KUMAR e.a., "Medicine and Law in the Times of COVID-19-pandemic: Understanding the interphase", *Indian J. Crit. Care Med.* 2020, 973.

³⁶³ High Court of Punjab-Haryana, Vimal Kumar & Ors. vs. State of Haryana & Ors., 27 augustus 2018.

³⁶⁴ A. KUMAR e.a., *supra* vn. 361, 973.

zich niet gedraagt als een normaal vooruitziend en voorzichtig arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden.³⁶⁵ Elke arts, ongeacht of hij werkt in een overheidsziekenhuis, heeft de professionele verplichting om zijn diensten uit te breiden met de nodige deskundigheid voor het beschermen van levens.³⁶⁶

186. Er zijn suggesties gedaan om artsen volledig te vrijwaren van enige medische nalatigheid tijdens de pandemie, aangezien zij gezondheidszorg boden in snel veranderende en erbarmelijke omstandigheden. Dit werd afgeraden, daar dit wanpraktijken en overprijsde facturen nog meer in de hand zou werken.³⁶⁷ Een eventuele versoepeling van strafrechtelijke bepalingen, bijvoorbeeld van art. 304A IPC³⁶⁸, zou wel meer ademruimte kunnen geven aan zorgverleners.

187. Het lijkt aangeraden voor de Indische wetgever om de medische aansprakelijkheid te verankeren in een allesomvattende wet. Bij gebrek aan een duidelijke wetsgrond en expertise van de rechtbank, is het moeilijk voor de burger om een medische schadeclaim in te dienen in geval van *medical negligence*.

188. In Zweden is er eerst en vooral de *skadetåndslagen 1972:207* (wet op aansprakelijkheid wegens onrechtmatige daad), met de mogelijkheid op schadevergoeding voor persoonlijk letsel, veroorzaakt door schade of nalatigheid. Daarnaast is er, meer specifiek voor medische aansprakelijkheid, de *Patienskadslag 1996:799* (wet voor schade bij patiënten), die voorziet in een compensatieregeling ten aanzien van de patiënt die het slachtoffer werd van een medisch ongeval³⁶⁹. Ook in Zweden wordt de maatstaf gehanteerd van een normaal, vooruitziend en voorzichtig arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden, voor hetzelfde expertisedomein.³⁷⁰ Op grond van de *Patienskadslag* is geen bewijs van fout of nalatigheid vereist.

189. Indien blijkt dat een zorgverlener wel nalatig heeft gehandeld, kan deze tuchtrechtelijk of soms zelfs strafrechtelijk worden aangesproken. In dit eerste geval kan een patiënt zich richten tot het IVO, die kan voorzien in een gepaste disciplinaire straf, overeenkomstig de *Patienssäkerhetslag 2010:659*. Indien de zorgverlener in kwestie een meer ernstige fout of vergissing heeft gemaakt, kan deze strafrechtelijk aansprakelijk worden gesteld volgens de *Brottsbalk 1962:700* (strafwetboek). De

³⁶⁵ Supreme Court of India, Jacob Mathew vs. State of Punjab & Ors., 5 augustus 2005, randnrs. 10 en 18.

³⁶⁶ Supreme Court of India, Pt. Parmanand Katara vs. Union of India, 28 augustus 1989.

³⁶⁷ S. CHATTOPADHYAY, “Doctor booked under IPC 304A after COVID patient death in UP”, 25 juni 2021, <https://medicaldialogues.in/news/health/doctors/up-doctor-booked-under-ipc-304a-after-covid-patient-death-79043>.

³⁶⁸ Causing death by negligence.

³⁶⁹ Staat in causaal verband overeenkomstig art. §3 *Patienskadslag 1996:799*.

³⁷⁰ Art. §6, lid 2 *Patienskadslag 1996:799*.

zorgverlener kan bij nalatigheid, die in causaal verband staat met het letsel van de patiënt, worden gestraft.³⁷¹

Om een zorgverlener strafrechtelijk aansprakelijk te stellen, bijvoorbeeld tijdens de COVID-19-pandemie, wegens nalatigheid, zal de rechtbank in kwestie nagaan of de zorgverlener heeft gehandeld in overeenstemming met bewezen ervaring en of er voldoende causaal verband bestaat. Indien zorgverleners van andere afdelingen worden ingezet op ICU, of indien men beroep doet op verpleegkundigen en vrijwilligers, kan men zich de vraag stellen of ook hier vergeleken moet worden met bewezen ervaring.

190. De regio moet haar gezondheidszorg plannen op basis van de zorgbehoeften van eenieder en zodanig dat de medische paraatheid bij rampen behouden blijft.³⁷² De regio is verantwoordelijk voor het aanbieden van degelijke gezondheidszorg.³⁷³ De arts voor infectiebeheersing, volgens de *Smittskyddslag*, heeft de algehele verantwoordelijkheid voor de infectiepreventie in het gebied waar hij/zij werkzaam is. Deze staat in voor het plannen, de organisatie en coördinatie van de infectiepreventie.³⁷⁴ De gemeenten op hun beurt kunnen verantwoordelijk gesteld worden voor het miskennen van de garantie op gezondheidszorg van ouderen.³⁷⁵

Afdeling 2. De aansprakelijkheid van de overheid

191. De COVID-19-pandemie zorgde ongetwijfeld voor veel vragen, met als gevolg dat een adequaat en proportioneel overheidsingrijpen noodzakelijk was. Elke persoon of groep die slachtoffer is van een schending van het recht op gezondheid, moet toegang hebben tot gerechtelijke of passende rechtsmiddelen op zowel nationaal als internationaal niveau.³⁷⁶

§1. België

192. Er dient benadrukt te worden dat op de Belgische regering enkel een verplichting rust om redelijke en geschikte maatregelen te nemen. Er geldt met andere woorden niet zozeer een verplichting tot het garanderen van het resultaat.³⁷⁷ Het gelijkheidsbeginsel³⁷⁸ speelt een precare rol in tijden van pandemie.

³⁷¹ 3:7 Brottsbalk 1962:700.

³⁷² 7:2 Hälso- och sjukvårdslag 2017:30.

³⁷³ Ch. 8 Hälso- och sjukvårdslag 2017:30.

³⁷⁴ 6:1 Smittskyddslag 2004:168.

³⁷⁵ 12:1 Hälso- och sjukvårdslag 2017:30.

³⁷⁶ General Comment no. 14, randnr. 59.

³⁷⁷ E. DE KEZEL, “De redelijk zorgvuldige regering in tijden van corona”, *Juristenkrant* 2020, afl. 407, 11.

³⁷⁸ Artt. 10 en 11 Gw.

Eenieder heeft evenveel recht op een adequate doeltreffende uitoefening van zijn recht op gezondheid, *ex art. 23 Gw.* Hieronder valt dus tevens het recht op een gelijke toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg.³⁷⁹

193. Het nalaten van de Belgische staat om te voorzien in degelijke wetgeving of reglementering die voortvloeit uit verplichtingen van verdrags- en grondwetsbepalingen, kan leiden tot overheidsaansprakelijkheid. Dit maakt een fout uit in de zin van de artikelen 1382 en 1383 oud BW. Het foutief gedrag van de overheid kan tevens bestaan uit de schending van de algemene zorgvuldigheidsnorm, daar ook van de overheid verwacht kan worden dat die zorgvuldig handelt.

194. Zoals eerder aangehaald, besloot de federale regering om de voorraad mondklappers te vernietigen, zonder dat deze de voorraad weer tijdig werd aangevuld. In principe zou dit een fout kunnen uitmaken in de zin van art. 1382 oud BW. Het gaat hier over een foutief handelen van de uitvoerende macht dat leidde tot schade bij heel wat burgers aangezien bij aanvang van de pandemie niet kon worden voorzien in degelijke mondklappers.

195. De Belgische staat zou tevens verantwoordelijk gesteld kunnen worden indien zou blijken dat zij niet tijdig had voorzien in regels over de distributie van geneesmiddelen, een vaccinatiecampagne, het bestellen van beademingstoestellen etc. Of, zo zou de overheid een fout hebben begaan doordat de ziekenhuisnoodplannen niet tijdig werden ingediend en goedgekeurd door de deelstaten. Bijgevolg waren ziekenhuizen onvoldoende voorbereid bij aanvang van de pandemie. Uiteraard dient zo'n fout in oorzakelijk verband te staan met de schade die het slachtoffer in kwestie heeft ondervonden. De eiser draagt bijgevolg een enorm zware bewijslast.³⁸⁰ In een noodsituatie is het niet altijd vanzelfsprekend om deze plichten op elk moment na te leven en bijgevolg zal dit vaak gelden als rechtvaardigingsgrond.

§2. India

196. De wetgevende en rechterlijke macht zijn bevoegd om verantwoording af te dwingen van de uitvoerende macht.³⁸¹ Het Hooggerechtshof in India is de bewaarder van de fundamentele rechten van de burger en de beschermer van de Indische Gw.³⁸² Overeenkomstig artikel 32 Indische Gw. kan eenieder zich wenden tot het Hooggerechtshof indien er sprake is van een schending van zo'n

³⁷⁹ Voor een discussie over de afdwingbaarheid van het recht op gezondheid als sociaal grondrecht als zodanig, verwijs ik naar N. EL YATTOUTI e.a., 'Recht op gezondheidszorg' in F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, II, 237-242.

³⁸⁰ Art. 8.4 BW.

³⁸¹ Art. 74 IC.

³⁸² Part III IC.

fundamenteel recht. De enige uitzondering hierop is de noodtoestand, maar zoals eerder vermeld, vallen 'health emergencies' hier niet onder.

197. In de zaak *Paschim Banga khet Mazdoor Samity vs. State of West-Bengal*³⁸³ verduidelijkte het Hooggerechtshof van India dat uit het recht op gezondheid, *ex art. 21* Indische Gw., voortvloeit dat op de Indische staat een zorgplicht rust. India is met andere woorden een verzorgingsstaat waarin de primaire verantwoordelijkheid het veiligstellen van het welzijn van het volk is. Ziekenhuizen zijn hiertoe verplicht het recht op gezondheid van eenieder te waarborgen. Het feit dat een overheidsziekenhuis niet beschikt over voldoende ziekenhuisbedden of middelen, maakt een schending uit van art. 21 Indische Gw. De Indische overheid werd in deze zaak veroordeeld tot het betalen van een schadevergoeding. De staat heeft de plicht zijn faciliteiten te verbeteren in het licht van de groeiende (medische) behoeften.

198. De Indische staat kan ook aansprakelijk gesteld worden wegens *negligence* van diens overheidspersoneel. Een arts die tewerkgesteld is in een overheidsziekenhuis handelt in dienst van de overheid. Als die schuldig wordt bevonden aan *negligence*, kan de staat hiervoor aansprakelijk gesteld worden.³⁸⁴

199. Ook tijdens de COVID-19-pandemie werd de Indische staat veroordeeld tot het betalen van schadevergoedingen. Zo sprak het hof van beroep te Orissa zich uit over het gebrek aan medische voorzieningen en het onverantwoordelijke gedrag van medische professionals en autoriteiten tijdens de coronacrisis, in het *Veer SurendraSai Institute of Medical Sciences and Research (VIMSAR)* te Sambalpur.³⁸⁵ Twaalf patiënten van het VIMSAR bleken het slachtoffer te zijn, als gevolg van ontoereikende zorg en medicatie. Aangezien het VIMSAR een overheidsinstelling was, werd de Indische staat verantwoordelijk geacht. De staat werd veroordeeld tot het betalen van Rs. 50.000 aan elk van de slachtoffers en de nabestaanden van de slachtoffers die zijn overleden als gevolg van het coronavirus en de medische nalatigheid.

§3. Zweden

200. Uiteraard zijn de centrale regering, de agentschappen, regio's, gemeenten,... elk op hun beurt verantwoordelijk voor wetgeving, richtlijnen, verordeningen etc. die zij op hun beurt uitvaardigen. Bij

³⁸³ Supreme Court of India, *Paschim Banga khet Mazdoor Samity vs. State of West-Bengal*, 6 mei 1996.

³⁸⁴ Supreme Court of India, *State of Haryana & Ors. vs. Smt. Santra*, 24 april 2000.

³⁸⁵ Orissa High Court, *Gyanaduttachouhan vs. The additional Chief Secretary to Government, Health and Family Welfare Department, Government of Odisha*, 23 maart 2022.

een discussie over de aansprakelijkheid moet worden nagegaan of dergelijke instanties hebben gedaan wat redelijkerwijze van hen verwacht kon worden, zeker in tijden van crisis.

201. Zoals eerder omschreven, is de *Folkhälsomyndigheten* bevoegd om aanbevelingen uit te vaardigen. Dergelijke aanbevelingen dienen met de nodige objectiviteit, onpartijdigheid en proportionaliteit te worden genomen.³⁸⁶ Omdat dergelijke aanbevelingen een niet-bindende status hebben, geven ze zelden aanleiding tot vorderingen die via een gerechtelijke procedure kunnen worden afgedwongen. Net omdat ze niet-bindend zijn, is er in principe geen verplichting voor de burger om deze na te leven.³⁸⁷ In principe zijn dergelijke vrijwillige maatregelen een goede aanpak, maar in kritieke fasen lijken juridisch sterkere maatregelen aangeraden.³⁸⁸

202. Naast de coördinerende verantwoordelijkheid van de *Folkhälsomyndigheten*, hadden regionale en gemeentelijke overheden eerder operationele verantwoordelijkheid met een verregaand zelfbestuur. Net doordat er een gefragmenteerde en gedecentraliseerde structuur is, zorgt dit voor een onduidelijke en verwaterde verantwoordelijkheid. De gezondheidszorg valt onder verantwoordelijkheid van 21 regio's en 291 gemeenten.

203. De precieze aansprakelijkheid van de verschillende optredende overheidsagentschappen bleef voor de bevolking enorm vaag, aangezien er geen enkel orgaan verantwoordelijkheid op zich nam. Zowel de regering als de *Folkhälsomyndigheten* weigerden enige vorm van verantwoordelijkheid op zich te nemen voor het opgelopen dodental van kwetsbare ouderen, tijdens de eerste golf. Zij wezen beide naar de gemeenten en regio's voor respectievelijk de verzorgingshuizen en verantwoordelijkheid voor apparatuur, gezondheidszorg en crisisparaatheid.³⁸⁹ De juridische paraatheid was tijdens de pandemie onvoldoende en een constitutionele waarborg is vereist om de regering voldoende ruimte te geven, tijdens momenten van (gezondheids)crisis.

204. Overeenkomstig de *Förordning om handläggning av skadeståndsanspråk mot staten 1995:1301* (verordening betreffende de behandeling van schadeclaims tegen de staat), is een burger in de mogelijkheid om een claim tot schadevergoeding in te dienen voor schade die is veroorzaakt door een

³⁸⁶ Art. 5 Förvaltningslag 2017:900.

³⁸⁷ H. WENANDER, "Non-binding rules", *supra* vn. 178, 142.

³⁸⁸ SOU 2022:10, 19.

³⁸⁹ N. BRUSSELAERS e.a., "Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden", *Humanities and Social Sciences Communications*, 2022, afl. 91, 5-6.

fout of nalatigheid van een overheidsinstantie of een persoon die in dienst is van de staat. Artikel 2 van de Verordening verwijst hiervoor naar de *Skadeståndslag 1972:207*.

205. Overeenkomstig 3:1, lid 2 *Skadeståndslag 1972:207* kan een overheid aansprakelijk gesteld worden, indien zij schade toediende aan haar burgers. Een regio of gemeente moet persoonlijk letsel vergoeden, indien deze is veroorzaakt door een fout of nalatigheid bij de uitoefening van gezag bij activiteiten waarvoor de regio of gemeente verantwoordelijk is.³⁹⁰ Individuele regio's en gemeenten zijn verantwoordelijk voor hun eigen pandemieplannen. Regio's kunnen verantwoordelijk worden gesteld voor een ontbrekende voorraad aan PBM. Gemeenten kunnen verantwoordelijk worden gesteld voor structurele tekortkomingen in de zorg voor ouderen. In principe zou ieder individu dat persoonlijke schade heeft geleden, de regio of gemeente aansprakelijk kunnen stellen overeenkomstig de bepalingen van de *Skadeståndslag*.

206. In Zweden werd een wet³⁹¹ aangenomen, in 2021, die de staat oplegt een schadevergoeding te betalen aan personen die schade hebben geleden door een door de overheid goedgekeurd coronavaccin. Het moet gaan over een 'overweldigende waarschijnlijkheid' dat de schade door het vaccin tot stand is gekomen.³⁹² Ook via deze wet neemt Zweden haar verantwoordelijkheid op zich en voorziet ze in een degelijke compensatiemogelijkheid.

³⁹⁰ 3:2 *Skadeståndslag 1972:207*.

³⁹¹ Lag om statlig ersättning för personskada orsakad av vaccin mot sjukdomen covid-19, 2021:1070.

³⁹² Art. 4 Lag 2021:1070.

Conclusie

207. Het schrijven van een conclusie over welk land -België, India of Zweden- het meest adequaat heeft gereageerd op de COVID-19-pandemie is een complexe taak. In tijden van crisis is het allesbehalve gemakkelijk om per direct in te grijpen, zeker indien de gezondheidszorg verspreid en gefragmenteerd is. Ondanks het feit dat overheids- en gezondheidsinstellingen er alles aan deden om toegang tot de gezondheidszorg te bieden, heeft het coronavirus wereldwijd tal van slachtoffers gemaakt.

208. Tijdens de COVID-19-pandemie waren er verschillende uitdagingen en tekortkomingen met betrekking tot de toegang tot de gezondheidszorg. Heel wat niet-dringende zorg werd uitgesteld, waardoor patiënten de toegang tot mogelijks noodzakelijke gezondheidszorg werd ontzegd. Er kan bijgevolg sprake zijn van aansprakelijkheid, in geval van nalatigheid van de zorgverlener, het ziekenhuis of de overheid.

209. De invoering van een juridische immuniteit voor zorgverleners tijdens zo'n pandemie lijkt mij geen goed idee. Dit neemt de mogelijkheid weg om zorgverleners aansprakelijk te stellen, wat voor de patiënt een schending is van het recht op toegang tot de rechter.³⁹³ Zelfs in tijden van crisis dienen de juridische apparaten toegankelijk, transparant en effectief te zijn.³⁹⁴ Daarnaast mag zo'n immuniteit niet worden gezien als een excuus om de algemene zorgvuldigheidsnorm te verwaarlozen.

210. Daarnaast is het opvallend dat nergens in de grondwet van België, noch India of Zweden wordt voorzien in een noodbepaling op gezondheidsgebied. De constitutionele basisbeginselen van het crisisbeheer tijdens een pandemie komen op geen enkele manier tot uiting in de Grondwet. Mijns inziens lijkt de opname van dergelijke noodbepaling aangeraden, daar dit de overheden een goede juridische basis geeft om tijdig in te grijpen. Op deze manier wordt het delegeren van bevoegdheden en het uitvaardigen van wetgeving ook vergemakkelijkt. Het lijkt mij niet verantwoord dat fundamentele ontwikkelingen van grondwettelijk recht zich voordoen buiten de tekst van de Grondwet zelf.

211. België dient in de toekomst een meer versterkt systeem voor crisisbeheer uit te bouwen, evenals een vertrouwd systeem te ontwikkelen voor wetenschappelijk advies bij crisissen. Een betere coördinatie tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus op het gebied van gezondheidsbeleid, zou een betere

³⁹³ Art. 6 EVRM; CESCR, General Comment no. 14, randnr. 55.

³⁹⁴ WHO, Factsheet no. 31, 31.

respons op de crisis bevorderen. Daarnaast kan het verder uitbreiden van de infrastructuur en het voorzien in voldoende PBM helpen om beter voorbereid te zijn op een pandemie.

212. India heeft een van de slechtste medische infrastructuren ter wereld. Zelfs met zeer weinig COVID-19-gevallen in bepaalde staten, hadden ziekenhuizen een tekort aan ICU, ziekenhuisbedden, PBM, gezondheidszorgbeoefenaars etc. Daarenboven werd duidelijk dat de wetgevende basis in India enorm verouderd is op alle vlakken. Zowel de EDA als DMA zijn enorm verouderd en er is geen sprake van een allesomvattende gezondheids- of aansprakelijkheidswet. In 2009 werd er wel een *Public Health Bill* geïntroduceerd in het parlement, maar deze werd niet aangenomen aangezien veel deelstaten hiertegen protesteerden, daar gezondheid valt onder hun bevoegdheid.

213. De Zweedse benadering was eerder gekenmerkt door een meer terughoudende benadering van lockdowns in vergelijking met België en India. Echter, in het voorjaar van 2020 behoorden de sterftecijfers in Zweden tot de hoogste van Europa, vooral onder kwetsbare ouderen.

214. Er dient meer duidelijkheid te worden gecreëerd omtrent de verantwoordelijkheidsstructuur binnen de volksgezondheid. Tijdens de coronacrisis was het namelijk erg onduidelijk wie verantwoordelijk was voor verschillende aspecten, doordat bevoegdheden telkens werden (onder)gedelegeerd. Daarnaast zou Zweden kunnen investeren in het verbeteren van paraatheid ten aanzien van toekomstige pandemieën, meer bepaald in het voorzien van voldoende PBM en medische apparatuur.

215. Hoewel de *Smittskyddslag* individuele beperkingen kan opleggen, biedt het geen basis voor een lockdown. Dit verklaart mogelijk waarom Zweedse autoriteiten werkten met vrijwillige aanbevelingen in plaats van verplichte maatregelen. Bovendien garandeert de *Regeringsformen* dat “*burgers het recht hebben zich vrij binnen Zweden te verplaatsen en het land te verlaten*”,³⁹⁵ wat in strijd zou zijn met een lockdown. De *Smittskyddslag* is te gefocust op de verantwoordelijkheid van het individu, waardoor deze inadequaat is om een pandemie in zijn geheel aan te pakken of de gehele volksgezondheid te beschermen. Het toevoegen van een voorzorgsbeginsel in de *Smittskyddslag* lijkt mijns inziens een goede oplossing, daar Zweden dan in de mogelijkheid is om preventieve maatregelen te kunnen nemen.

³⁹⁵ 2:8 RF.

Bijlage 1 : Bibliografie

ADAMS, M., BARBAIX, R., BRAEKMANS, H., COATES, A.J., CUYPERS, D. (e.a.), *Verantwoordelijkheid en recht*, Mechelen, Kluwer, 2008, xxiv + 544 p.

ANELL, A., FERNVALL, E., ADAMI, J., AF GEIJERSTAM, J.-L., DUNÉR, A., CEDER, H. en MATTSSON T., *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*, Stockholm, vård- och omsorgsanalys, 2021, 212 p.

ARORA, G.K. en GUMBER, A., “Globalisation and healthcare financing in India: some emergencing issues”, *Public Finance and Management* 2005, Vol. 5, nr. 4, 567-596.

AUCANTE, Y., *The Swedish experiment. The COVID-19 response and its controversies*, Bristol, Bristol University Press, 2022, 178 p.

BAETEN, R., *Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot de gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden*, Brussel, European Social Observatory 2021, 176 p.

BAETEN, R., SPASOVA, S. en VANHERCKE, B., “Access to healthcare in the EU: an overall positive trend but important inequalities persist”, *Revue Belge de Sécurité Sociale* 2019, trim. 1, 199-219.

BANERJEE, M. en MUKHOPADHYAY, P., “COVID-19 – a crisis of care and what we can learn from the SEWA experience in India”, *Gender & Development* 2022, 30:1-2, 17-33.

BALTHAZAR, T., “Laat het beste van het voorlopige maar definitief worden”. *T. Gez.* 2021, nr. 1, 3-6.

BAUER, J., BRÜGGMANN, D., KLINGELHÖFER, D., MAIER, W., SCWETTMANN, L., WEISS, D.J. en GRONEBERG, D.A., “Access to intensive care in 14 European countries: a spatioal analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19”, *Intensive Care Med* 2020, afl. 46, 2026-2034.

BAVISKAR, A. en RAY, R., “COVID-19 at home: Gender, Class and the Domestic Economy in India”, *Feminist Studies Inc.* 2020, Vol. 46, no. 3, 561-571.

BEHRENDT, C. en VRANCKEN, M. *Beginselen van het Belgisch staatsrecht*, Brugge, die Keure, 2022, 912 p.

BENTZEN, N., BOSTRÖM, A., DEL MONTE, M., ODINK, I., PRPIC, M. en TUOMINEN, M., “States of Emergency in response to coronavirus crisis: Situation in Member States III”, European Parliament Research Service 2020, PE 651.972, 12 p., geraadpleegd via [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/651972/EPRS_BRI\(2020\)651972_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/651972/EPRS_BRI(2020)651972_EN.pdf).

BERGER, E., WINKELMANN, J., ECKHARDT, H., NIMPTSCH, U., PANTELI, D., REICHEBNER, C., ROMBEY, T. en BUSSE, R., “A country-level analysis comparing hospital capacity and utilization during the first COVID-19 wave across Europe”, *Health Policy* 2021, afl. 12, 9 p.

BERGMANN, S. en LINDSTRÖM, M. (eds.), *Sweden's Pandemic Experiment*, Londen, Routledge, 2022, 316 p.

BHATIA, G., “COVID-19 and Court Symposium : India: COVID-19, the Executive and the Judiciary”, 26 juli 2021, <https://opiniojuris.org/2021/07/26/covid-19-and-courts-symposium-india-covid-19-the-executive-and-the-judiciary/>, geraadpleegd op 1 maart 2023.

BINDER, J., CREGO, M.D., ECKERT, G., KOTANIDIS, S., MANKO, R. en DEL MONTE, M., “States of Emergency in response to coronavirus crisis: Situation in certain Member States”, *European Parliament Research Service* 2020, PE 649.408, 2, geraadpleegd via [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/659385/EPRS_STU\(2020\)659385_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/659385/EPRS_STU(2020)659385_EN.pdf), 60 p.

BJÖRKMAN, A., GISSLÉN, M., GULLBERG, M. en LUDVIGSSON, J., “The Swedish COVID-19 approach: a scientific dialogue on mitigation policies”, *Front Public Health* 2023, afl. 11, 4 p.

BOSQUET, J., OP DE BEECK, G., DE BRUYCKERE, V. en VAN GOETHEM, M., “Het aankopen van medische geneesmiddelen en medische hulpmiddelen conform de wetgeving overheidsopdrachten”, *T.Gez.* 2020, afl. 5, 381-397.

BOUHON, F. en SLAUTSKY, E., “Toekenning, uitoefening van en toezicht op bijzondere machten binnen de deelstaten: gecontrasteerde praktijken om het hoofd te bieden aan de eerste golf van de COVID-19-pandemie”, *TvW* 2020, afl. 4, 261-271.

BRUNN, S.D. en GILLBREATH, D. (eds.), *COVID-19 and a World of ad Hoc Geographies*, Cham, Springer, 2022, 2771 p.

BRUSSELAERS, N., STEADSON, D., BJORKLUND, K., BRELAND, S., SÖRENSEN, J.S., EWING, A., BERGMANN, S. en STEINECK, G., “Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden”, *Humanities and Social Sciences Communications*, 2022, afl. 91, 17 p.

BUELENS, W., “De aansprakelijkheid van het ziekenhuis in tijden van COVID-19”, *RW* 2022-23, afl. 19, 722-744.

CÈS, S. en BAETEN, R., “Inequalities in access to healthcare in Belgium”, *European Social Observatory* 2020, 184 p.

- CHOUHDARY, R., CHOUHDARY, R.R., en PERVEZ, A., “COVID-19-vaccination in India and Gaps in India”, *Cureus* 2023, 15.
- COENE, J., RAEYMAECKERS, P., HUBEAU, B., MARCHAL, S., REMMEN, R. en VAN HAARLEM, A. (eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2019*, Leuven, Acco, 2019, 448 p.
- COUTINHO, R., *Epidemieën en pandemieën*, Amsterdam, Atheneum – Polak & Van Genneep, 2021, 167 p.
- CUYPERS, C., “Het statuut van het ziekenhuis naar het Belgisch Recht. Een openbare plaats toegankelijk voor derden?”, *T.Gez.* 2022-23, 330-349.
- DE, I., CHATTOPADHYAY, S. SALK KRISTLE NATHAN, H., SARKAR, K., *COVID-19 pandemic, public policy, and institutions in India. Issues of labour, income and human development*, Londen en New York, Routledge Research in Public Administration and Public Policy, 2022, 204 p.
- DE KEZEL, E., “De redelijk zorgvuldige regering in tijden van corona”, *Juristenkrant* 2020, afl. 407, 11.
- DELDAR, K. BAHADINBEIGY, K. en TARA, S.M., “Teleconsultation and Clinical Decision Making: a Systematic Review”, *Acta Inform Med* 2016, 286-292.
- DE SOMER, S., “Over corona en continuïteit: bestuursrecht in tijden van quarantaine”, *RW* 2019-20, afl. 37, 1445.
- DEWALLENS, F., LEMMENS, C., LIERMAN, S., LOUCKX, F., VIJVERMAN, A. en VANSWEEVELT, T., “COVID-19 en gezondheidsrecht: een eerste analyse”, *T.Gez.* 2020, nr. 1, 17-35.
- EXTER, A.D., *European Health Law, Antwerpen-Apeldoorn*, Maklu Uitgevers N.V., 2017, 748 p.
- FARRANTS, K., BAMBRA, C., NYLEN, L., KASIM, A., BURSTRÖM, B. en HUNTER, D., “The recommodification of healthcare? A case study of user charges and inequalities in access to healthcare in Sweden 1980-2005”, *Health Policy* 2017, afl. 121, 42-49.
- GHEBREYESUS, T.A., “WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19”, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> 11 maart 2020, geraadpleegd op 21 september 2023.
- GOFFIN, T., BORRY, P., DIERICKX, K. en NYS, H., “Why eight EU Member States signed, but not yet ratified the Convention for Human Rights and Medicine”, *Health Policy* 2008, afl. 86, 222-233.
- GREEN, M. en MATTSSON, T., “Health, Rights and the State” in *Scandinavian Studies in Law* 2017, afl. 62, 177-197.

GROVER, A., BHARGAVA, B., SRIVASTAVA, S. et.al., “Developing Standard Treatment Workflows – way to universal healthcare in India”, *Front Public Health* 2023, 1-8.

HANTSON, J., “Juridische aspecten van mobiele gezondheidszorg of mHealth”, *T.Gez.* 2023-24, afl. 4, 294-304.

HAUGLI, T., NYLUND, A., SIGURDSEN, R. en BENDIKSEN, L.R.L. (eds.), *Children’s constitutional rights in the Nordic countries*, Leiden, Brill, 2019, 440 p.

HEBBAR, N., “PM Modi announces 21-day lockdown as COVID-19 toll touches”, *The Hindu* 24 maart 2020, <https://www.thehindu.com/news/national/pm-announces-21-day-lockdown-as-covid-19-toll-touches-10/article61958513.ece> (geraadpleegd op 6 februari 2024).

HEDMAN, C., FÜRST, C.J., RASMUSSEN, B.H., VAN DER HEIDE, A. en SCHELIN, M.E.C., “Dying during the COVID-19-Pandemic in Sweden: Relatives’ Experiences of End-Of-Life Care (the CO-LIVE Study)”, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 1-13.

HÖGLUND, A.T. en FALKENSTRÖM, E., “The Status of Ethics in Swedish Health Care Management: a qualitative Study”, *BMC Health Services Research* 2018, 1-8.

HUYGHEBAERT, T., “Maggie De Block heeft oplossing klaar voor tekort aan mondklappers in ons land: ‘Nog langer wachten is geen optie’”, *De Standaard* 8 maart 2020, https://www.standaard.be/cnt/dmf20200308_04880517, geraadpleegd op 21 september 2023.

ISAAC, T. en SANDANDAN, R., “COVID-19, public health system and local governance in Kerala”, *Economic and Political Weekly* 2020, afl. 55, 35-40.

JANLÖV, N., BLUME, S., GLENNGÅRD, A.H., HANSPERS, K., ANELL, A. en MERKUR, S., “Sweden. Health system review 2023”, *Health Systems in Transition* 2023, Vol. 25, nr. 4, 236 p.

JONASON, P. en LARUE, T., “The Parliament in the time of the coronavirus. Sweden”, *Robert Schuman Foundation Study* 2020, 10 p.

JONES, M., *Medical Negligence*, London, Sweet & Maxwell, 2008, cxx + 1226 p.

KAPOOR, M., NIDHI KAUR, K., SAEED, S., SHANNAWAZ, M. en CHANDRA, M., “Impact of COVID-19 on healthcare system in India: A systematic review”, *Journal of Public Health Research* 2023, vol. 12, afl. 3, 1-7.

KERKHOF, M. en BEN MESSAOUD, S., “De corona-gezondheidsmaatregelen voorgelegd aan het toezicht van de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State”, *T.Gez.* 2021, afl. 3, 196-201.

KING, J. en FERRAZ, O. L.-M. et al. (eds.), *The Oxford Compendium of National Response to COVID-19*, Oxford, Oxford University Press, 2021, 21 p.

KMA, “Opnieuw verplichte quarantaine voor wie terugkeert uit rode zone”, *De Standaard* 7 december 2020, https://www.standaard.be/cnt/dmf20201207_97229727 , geraadpleegd op 21 september 2023.

KUMAR, A., NAYAR, K.R. en KOYA, S.F., “COVID-19: Challenges and its consequences for rural health care in India”, *Public Health Pract* 2020, doi: [10.1016/j.puhip.2020.100009](https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100009) .

KUMAR, R., en DUGGIRALA, A., “Health Insurance as a Healthcare Financing Mechanism in India: Key Strategic Insights and a Business Model Perspective”, *Vikalpa* 2021, vol. 46, nr. 2, 1-17.

KUMAR GOWD, K., VEERABABU, D. en REVANTH REDDY, V., “Covid-19 and the legislative response in India: The need for a comprehensive health care law”, *Journal of Public Affairs* 2021, 1-8.

LIERMAN, S., “Handvatten voor open communicatie na patiëntveiligheidsincidenten in zorginstellingen”, *T.Gez.* 2021, afl. 5, 368-369.

LOFGREN, R., “The Swedish Health Care System : recent reforms, problems and opportunities”, *Public Policy Sources* 2002, nr. 59, 1-48.

LOUCKX, F., *Staat en gezondheidszorg*, Brussel, Larcier, 2015, 406 p.

MATTSSON, T. en KRAFT, A., *European Association of Health Law Covid 19 legislative survey Sweden*, 2020, 53 p.

MISHRA, A., NANDA NAIK, B., KUMAR PANDEY, S. en AGARWAL, N., “Covid-19: Catalyst for a comprehensive law to combat potential pandemics in India”, *Indian J. Med. Ethics* 2022, Vol VII, 231-236.

MOONEN, T. en RIEMSLAGH, J., “Bijzondere machten tijdens een pandemie: analyse en evaluatie van de wetten van 27 maart 2020”, *TvW* 2020, afl. 4, 248-260.

MOONEN, T. en RIEMSLAGH, J., “Regeren in tijden van COVID-19. In één week van lopende zaken naar bijzondere machten”, *De Juristenkrant* 2020, afl. 407, 8-9.

MUKHERJEE, A., “COVID-19 in India: Examining the Structural Enablers of Over-Centralisation (I)”, 4 juni 2020, <https://blog-iacl-aicd.org/social-rights/2020/6/4/covid-19-in-india-examining-the-structural-enablers-of-over-centralisation-i>, geraadpleegd op 27 februari 2023.

MUKHERJEE, A., “COVID-19 in India: Seeking accountability in a moment of crisis (II)”, 4 juni 2020, <https://blog-iacl-aidc.org/social-rights/2020/6/4/covid-19-in-india-seeking-accountability-in-a-moment-of-crisis>, geraadpleegd op 27 februari 2023.

NILSSON, J., “Inga tecken på sjukdom hos isolerade svenskar”, *Svenska Dagbladet* 13 februari 2020, <https://www.svd.se/a/9vQ3P5/inga-tecken-pa-sjukdom-hos-isolerade-svenskar>, geraadpleegd op 18 september 2023.

NOMANI REHANA PERVEEN, M.Z.M., “Covid-19 pandemics and disaster preparedness in the context of public health laws and policies”, *Bangladesh Journal of Medical Science* 2021, vol. 20, 41-48.

NORDBERG, A. en MATTSSON, T., “Covid-19 pandemic in Sweden. Measures, Policy approach and Legal and Ethical Debates”, *Biolaw Journal* 2020, afl. 1, 731-739.

NYS, H., “Overzicht van rechtspraak. Medisch recht (2016-2022). De rechten van de patiënt”, *TPR* 2023, afl. 1, 303-333.

Ó NÉILL, C., FOSTER, C., HERRING, J. en TINGLE, J., *Routledge handbook of global health rights*, Londen en New York, Routledge, 2021, 430 p.

PACHAURI, S. en PACHAURI, A. (eds.), *Global perspectives of COVID-19 Pandemic on Health, Education and Role of Media*, New York, Springer, 2023, xxiii + 551 p.

PAUL, P., “India races to meet personal protective equipment demand”, *The Indian Express* 5 April 2020, <https://indianexpress.com/photos/india-news/coronavirus-covid-19-personal-protective-equipment-6348024/>, geraadpleegd op 21 september 2023.

PEETERS, M., “Europa niet langer van het (ziekenhuis)bed: ziekenhuizen en de wetgeving overheidsopdrachten”, *T.Gez.* 2009-10, afl. 5, 268-279.

PEELIER, P., “Vijf na twaal en prematuur: de Pandemiewet in het licht van het voorbije en toekomstige crisisbeheer”, *RW* 2021, 431-447.

PEELIER, P., “Crisisbeheer per ministerieel besluit”, *TvW* 2020, afl. 4, 282-291.

PEELIER, P. en VAN NIEUWENHOVE, J., “De bevoegdheidsverdeling en de coördinatie tussen de bevoegde overheden in de strijd tegen de COVID-19-pandemie”, *TvW* 2020, afl. 4, 303-313.

RANA, U. en GOVENDER, J., “Human rights implications of COVID-19 in India”, *Women’s encounter with COVID-19* 2023, 259-263.

- RANJAN, P., “Covid-19, India and indirect expropriation: is the police powers doctrine a reliable defence?”, *Contemp. Asia Arb. J.* 2020, afl. 205, 205-227.
- RIGAUX, L. en UYTTENDAELE, M. (eds.), *La pandémie de COVID-19 face au droit*, Waver, Anthemis, 2022, 578 p.
- RIZIV en DOKTERS VAN DE WERELD, *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Waterloo, Wolters Kluwer België, 2014, 362 p.
- ROBINET, C., “La renunciation aux droits à la vie et à la protection de la santé lors d’une pandémie”, *T.Gez.* 2022, afl. 3, 189-199.
- ROMMERS, W., “Experts willen dringend strengere coronamaatregelen: ‘Huisartsen verzuipen en ook ziekenhuizen geraken overbelast”, *De Standaard* 3 oktober 2020, https://www.standaard.be/cnt/dmf20201003_96273174, geraadpleegd op 18 september 2023.
- ROSENBACK, R.G. en SVENSSON, A., “Resilience in keeping the balance between demand and capacity in the COVID-19-pandemic, a case study at a middle-sized hospital”, *BMC Health Services Research* 2023, afl. 23, 12p.
- ROSENBACK, R., LANTZ, B. en ROSÉN, P., “Hospital Staffing during the COVID-19 pandemic in Sweden”, *Healthcare* 2022, afl. 10, 2116, 19 p.
- SAENEN, W., “Besmettingen en ziekenhuisopnamen blijven stijgen”, *De Standaard* 3 maart 2021, https://www.standaard.be/cnt/dmf20210303_92027943, geraadpleegd op 21 september 2023.
- SAGAERT, V. en SCHEERS, D., “Fundamentele rechten: is alles gerechtvaardigd in de strijd tegen de COVID-19?”, *RW* 2019-20, afl. 37, 1443.
- SAHOO, N., “An examination of India’s Federal System and its Impact on Healthcare”, *ORF Issue Brief* 2016, afl. 160, 1-12.
- SALALLI, R., DANGE, J.R., DHIMAN, S. en SHARMA, T., “Vaccines development in India: advances, regulation, and challenges”, *Clin. Exp. Vaccine Res.* 2023, afl. 12, 193-208.
- SAROKAR, J., “People’s policy for post COVID-19 Times”, https://vikalpsangam.org/wp-content/uploads/migrate/Resources/peoples_policy_for_post_pandemic_times.pdf 2020, geraadpleegd op 21 februari 2024.

- SAXENA, A., BAKER, B.K., BANDA, A., HERLITZ, A., MILLER, J., KARRAR, K., FLEURBAEY, M., CHIWA, E., ATUIRE, C.A., HIROSE, I. en HASSOUN, N., “Pandemic Preparedness and response: beyond the Access to COVID-19 Tools Accelerator”, *BMJ Global Health* 2022, 1-10.
- SEGHAL, C., BAID, H. en CHAKRABORTY, P., “Medical Technology. Shaping healthcare for all in India”, *Report Confederation of Indian Industry and Deloitte* 2017, 1-19.
- SEUTIN, B. en VAN HAEGENDOREN, G. (eds.), *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, Brugge, die Keure, 2017, 551 p.
- SHARMA, P., PANDEY, H., KUMAR SANU, S. en RAJ SHARMA, V., “Appraisal of COVID-19’s positive impact on India”, *Panjab University Research Journal* 2023, vol. LI, 135-158.
- SINGH, R. en MANN, J.S., *Comparative RTI. Laws in the SAARC Nations*, Delhi, Centre for Transparency and Accountability in Governance, 2017, 370 p.
- SINGH, R. en MANN, J.S. (eds.), *Corruption in governance*, Delhi, Centre for Transparency and Accountability in Governance, 2015, 307 p.
- SONI, P., “Effects of COVID-19 lockdown phases in India: an atmospheric perspective”, *Environment, Development and Sustainability* 2021, 12.044-12.055.
- SÖRENSEN, J.S., “Terror in Utopia: Crisis (Mis-)Management During The COVID-19 Pandemic in Sweden”, *Socioloski Pregled/Sociological Review* 2020, Vol. LIV, afl. 3, 961-1007.
- STEUER, M., “States of Emergency, Simultaneous Overreach and Underreach and the COVID-19 Pan(dem)ic”, *European Journal of Risk Regulation* 2023, 1-15.
- SUGIN LAL JABARIS, S. en ANANTHALAKSHMI, V., “The current situation of COVID-19 in India”, *Brain, Behavior & Immunity – Health* 2021, afl. 11, 1-5.
- THAKUR, D.S. en REDDY, T. P., *The Truth Pill*, New Delhi, Simon&Schuster 2022, 500 p.
- TIWARI, M.K., en PARMAR, S.S., “Of Semiotics, the Marginalised and Laws During the Lockdown in India”, *Int. J. Semiot Law* 2022, afl. 35, 977-1000.
- VAN EECKHOUTTE, W., *Handboek Belgisch Sociaal Recht. II. Handboek Belgisch Socialezekerheidsrecht*, Mechelen, Wolters Kluwer, 2017, xlv + 564 p.

VAN LANGENDONCK, J., JORENS, Y., LOUCKX, F. en STEVENS, Y., *Handboek Socialezekerheidsrecht*, Antwerpen, Intersentia 2020, 744 p.

VANDENHOLE, W., *Economische, Sociale en Culturele Rechten*, Mechelen, Wolters Kluwer, 2021, 380 p.

VANSWEEVELT, T., DELBEKE, E., TACK, S., LEMMENS, C., VAN ASSCHE, K., VIJVERMAN, A., DEWALLENS, F. en LIERMAN, S., “De hervorming van de Wet Patiëntenrechten: suggesties voor verbetering van het voorstel-Vandenbroucke”, *T.Gez.* 2024, afl. 1, 8-26.

VANSWEEVELT, T. en DEWALLENS, F., *Handboek Gezondheidsrecht*, 2 dln., Antwerpen, Intersentia, 2022, 3528 p.

VELAERS, J., “Constitutionele lessen uit de COVID-19-crisis”, *TBP* 2021, afl. 9, 532-552.

VELAERS, J., *De Grondwet en de Raad van State Afdeling Wetgeving: vijftig jaar adviezen aan wetgevende vergaderingen in het licht van de rechtspraak van het Arbitragehof*, Antwerpen, Maklu, 1999, 1023 p.

VERSTRAETE, C., “Verdragstaten EVRM over een ruime appreciatiemarge voor vaccinatiebeleid”, *T.Gez.* 2021, afl. 1, 21-27.

VIDHI CENTRE FOR LEGAL POLICY, *Towards a Post-Covid India*, New Delhi, Naveen Printers, 2020, 92 p.

WENANDER, H., “Sweden: Non-binding rules the pandemic – Formalism, Pragmatism and Some Legal Realism”, *European Journal of Risk Regulation* 2021, afl. 12, 127-142.

WLE, “De Block: ‘Alle niet-dringende ingrepen uitgesteld’”, *De Standaard* 13 maart 2020, https://www.standaard.be/cnt/dmf20200313_04889048, geraadpleegd op 18 september 2023.

YADAV, S.S., *India's Vaccine Growth Story. From Cowpox to Vaccine Maitri*, India, Penguin Random House India, 2022, 261 p.

Bijlage 2 : Beknopte samenvatting

1. De COVID-19-pandemie heeft wereldwijd enorme uitdagingen met zich meegebracht. Elk land stond voor de uitdaging om de crisis aan te pakken, met als gevolg dat wereldwijd ook verschillende benaderingen werden gekozen om het coronavirus te bestrijden. Dit onderzoek richt zich op de (beleids)reacties van België, India en Zweden op de pandemie, waarbij wordt gekeken naar verschillende aspecten zoals volksgezondheidsmaatregelen, gezondheidsinfrastructuur,... Het waarborgen van het recht op toegang tot de gezondheidszorg tijdens de pandemie en de mogelijke aansprakelijkheid van de overheid bij nalatigheid staan centraal in deze meesterproef. Daarnaast wordt ook een blik geworpen op de rechten van de patiënt tijdens deze pandemie.

2. België, India en Zweden worden vergeleken op verschillende aspecten, zoals de juridische waarborging van het recht op gezondheid, de respons van de overheid op de pandemie en de effectiviteit van de genomen maatregelen. Deze meesterproef benadrukt de complexiteit van crisisrespons, het gebrek aan noodbepalingen op gezondheidsgebied in de grondwetten en de noodzaak van duidelijke verantwoordelijkheidsstructuren binnen de volksgezondheid.

3. België stond voor grote uitdagingen tijdens de COVID-19-pandemie, met pieken in besmettingen en sterfgevallen die de gezondheidszorg overweldigden. Het land nam maatregelen zoals lockdowns, mondkemperplicht, sociale afstand etc. om de verspreiding van het virus te beperken. Helaas werd België geconfronteerd met kritiek op de trage reactie en tekortkomingen in de gezondheidsinfrastructuur. Reeds voor de pandemie was er een enorm tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen, waren ziekenhuisnoodplannen (nog) niet goedgekeurd en werden teleconsultaties niet terugbetaald door het RIZIV.

4. De versnipperde bevoegdheidsstructuur maakte het enorm moeilijk om te achterhalen wie nu bevoegd was voor welke problematiek. Desondanks, slaagde België er in om zich te herpakken en werd een *taskforce shortages* opgericht voor persoonlijke beschermingsmiddelen, werden triagecentra op poten gesteld, werd gebruik gemaakt van teleconsultatie en werd een tijdelijk besluit genomen voor het opvorderen van gezondheidszorgbeoefenaars.

5. Op de Belgische overheid rust een verplichting om redelijke en geschikte maatregelen te nemen, maar er geldt geen verplichting tot het garanderen van dit resultaat. Zeker in tijden van crisis zal de noodtoestand vaak als rechtvaardigingsgrond gelden en is het aansprakelijk stellen van de overheid een moeilijke opdracht. Indien een fout of nalatigheid van de overheid bewezen kan worden, die leidde tot schade aan een persoon, kan de overheid buitencontractueel aansprakelijk gesteld worden op grond van

art. 1382 oud BW. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Echter is de bewijslast enorm zwaar en daarenboven zal de schade vaak slechts bestaan in een kansverlies. Maar indien bewezen, kan de overheid ertoe gehouden zijn een schadevergoeding te betalen.

6. India, met zijn enorme bevolking en diversiteit, werd geconfronteerd met unieke uitdagingen tijdens de pandemie. Het land zag enorme pieken en sterfgevallen, die grote druk uitoefenden op de gezondheidszorgsystemen. India nam drastische maatregelen zoals lockdowns, reisverboden, etc., maar de uitvoering ervan en de impact op kwetsbare bevolkingsgroepen en plattelandsbevolking waren uitdagend vanwege beperkte toegang en bereikbaarheid.

7. Reeds voor de pandemie kampte India met een enorm tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen, ziekenhuisbedden, gezondheidszorgbeoefenaars en medicatie. Deze zwakheden werden nogmaals blootgelegd tijdens de pandemie. Ondanks dat India 's wereldwijd grootste vaccinatiecampagne op poten stelde, is maar 20% van de bevolking volledig gevaccineerd (lees: 2 vaccins). Daarnaast zette India de *e-Sanjevani* op poten die teleconsultatie makkelijker maakten. Maar ook hier werden de kloven tussen verschillende bevolkingsgroepen blootgelegd.

8. De enorm verouderde Indische wetgeving, het gebrek aan een algemene wet op de volksgezondheid en het gebrek aan een gezondheidsnoodtoestand in de Indische Grondwet, zijn factoren die het nemen van gepaste maatregelen tijdens de pandemie bemoeilijkte. Daarnaast is het onduidelijk voor een gewone burger hoe deze een medische schadeclaim kan indienen. De medische aansprakelijkheid ontbreekt aan een duidelijke wetsgrond en expertise van de rechtbank.

9. Indien een burger van mening is dat toegang tot de gezondheidszorg werd ontnomen, dat gezondheidszorg inadequaat was, er sprake was van medische nalatigheid etc. kan er sprake zijn van een schending van artikel 21 van de Indische Grondwet. De Indische rechtbanken oordeelden reeds in eerdere principaarresten dat het recht op gezondheid een facet uitmaakt van voornoemd artikel. De Indische staat was reeds in het verleden meermaals aansprakelijk gesteld. Ook tijdens de COVID-19-pandemie kon het niet ontsnappen aan diens aansprakelijkheid voor het gebrek aan medische voorzieningen en het onverantwoordelijke gedrag van medische professionals en autoriteiten. De Indische overheid staat namelijk in voor fouten of nalatigheid van diens overheidspersoneel.

10. Zweden koos voor een meer liberale benadering van de pandemie en koos ervoor een mitigatiestrategie uit te bouwen. Er werden vrijwillige aanbevelingen gedaan en slechts beperkt

restrictieve maatregelen. Het land vertrouwd op de burger en diens individuele verantwoordelijkheid, met nadruk op het behouden van economische activiteit en sociale vrijheid.

11. Doordat de Zweedse strategie voornamelijk bestond uit aanbevelingen, is het in de praktijk erg moeilijk om deze in rechte af te dwingen. Omdat deze aanbevelingen een niet-bindende status hebben, geven ze zelden aanleiding tot vorderingen die via een gerechtelijke procedure kunnen worden afgedwongen.

12. De precieze aansprakelijkheid van de verschillende optredende overheidsagentschappen was heel vaag en niet geheel duidelijk voor de burgers, aangezien geen enkel orgaan verantwoordelijkheid op zich nam. Hoewel Zweden voorziet in specifieke regelgeving om de staat aansprakelijk te stellen bij fout of nalatigheid, zijn de rechten voor medische aansprakelijkheid moeilijker af te dwingen. De *Inspektionen för vård och omsorg* (IVO) treedt wel op als toezichthouder op de gezondheidszorg en medische diensten bij medische klachten.

13. Hoewel alle drie de landen hebben geprobeerd het recht op (toegang tot de) gezondheid(szorg) te waarborgen tijdens de coronapandemie, werden ze geconfronteerd met verschillende uitdagingen en tekortkomingen. Deze meesterproef benadrukt het belang van veerkrachtige gezondheidszorgsystemen, een snelle beleidsreactie op een pandemie, goed functionerende juridische kaders en effectief crisisbeheer in het omgaan met mondiale gezondheids crisissen.