

**Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over de mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement, de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's „Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU”**

(COM(2009) 567 definitief)

(2011/C 18/13)

Rapporteur: **mevr. CSER**

Corapporteur: **mevr. HEINISCH**

De Commissie heeft op 20 oktober 2009 besloten om het Europees Economisch en Sociaal Comité (EESC) overeenkomstig artikel 262 van het EG-Verdrag te raadplegen over de

*Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement, de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's „Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU”*

(COM(2009) 567 final).

De afdeling Werkgelegenheid, sociale zaken, burgerschap, die met de voorbereidende werkzaamheden was belast, heeft haar advies goedgekeurd op 23 maart 2010.

Het EESC heeft tijdens zijn op 28 en 29 april 2010 gehouden 462e zitting (vergadering van 29 april) onderstaand advies uitgebracht, dat met 51 stemmen vóór en één stem tegen werd goedgekeurd.

## 1. Aanbevelingen

1.1 Het beginsel dat het vraagstuk van de volksgezondheid in alle vormen van beleid wordt meegenomen (HIAP of *Health In All Policies*), moet in praktijk worden gebracht. De Commissie moet maatregelen dus altijd eerst toetsen aan de vraag of het voorgestelde beleid bijdraagt tot de totstandbrenging van een hoge mate van bescherming van de volksgezondheid en de terugdringing van de ongelijkheid in de gezondheidszorg. Ook zou de Commissie regelingen moeten treffen waardoor beleidsmaatregelen kunnen worden teruggedraaid als deze de volksgezondheid aantasten en/of ongelijke behandeling in de gezondheidszorg in de hand werken.

1.2 Het EESC ziet in hoe belangrijk het is dat de lidstaten en de Commissie het samen eens worden over een reeks – aan een relevant tijdschema gekoppelde - vergelijkbare indicatoren en meetbare streefcijfers: nationale instanties kunnen aan de hand daarvan nagaan of vorderingen zijn gemaakt bij de terugdringing van de ongelijkheid in de gezondheidszorg. Ook kan op die manier een bijdrage worden geleverd op gebieden waar de nationale inspanningen met EU-initiatieven kunnen worden aangevuld.

1.3 Het dringt er bij alle lidstaten op aan om mee te werken aan de plannen van de Commissie om verbetering te brengen in de gegevens- en kennisbasis en in de bestaande regelingen om ongelijkheid in de gezondheidszorg te meten en te monitoren en daarvan verslag uit te brengen.

1.4 Het dringt er bij de Commissie op aan om, samen met de lidstaten, nieuwe indicatoren uit te werken waarmee kan worden toegezien op mogelijke ongelijkheid in de gezondheidszorg, alsook een methode om de toestand in de lidstaten te onderzoeken. Met behulp van zo'n methode kan worden uitgemaakt welke gebieden vooral verbetering behoeven en waar *best practices* kunnen worden toegepast.

1.5 Het verzoekt de lidstaten en de Commissie met klem om de aanzet te geven tot een algemene sociaal-economische ontwikkeling waardoor de economie nog meer gaat groeien, de sociale gerechtigheid groter wordt, er meer solidariteit en sa-

menhang komt en de volksgezondheid wordt verbeterd. Dit streven zou prioriteit moeten krijgen in de „Europa 2020”-strategie, zonder dat uit het oog wordt verloren dat daarbij voor de structuurfondsen een doorslaggevende rol is weggelegd.

1.6 De Commissie en de lidstaten zouden de nodige middelen moeten inzetten tegen alle verschijningsvormen van sociale ongelijkheid, omdat die samen de voedingsbodemp vormen voor ongelijkheden op gezondheidsgebied, waarbij met name moet worden gedacht aan ongelijkheden op het gebied van onderwijs, urbanisme en koopkracht.

1.7 Er moet nog meer worden gedaan om ongelijkheid in de gezondheidszorg op het platteland tegen te gaan, vooral in het licht van de problemen als gevolg van de demografische veranderingen.

1.8 De Commissie zou een evaluatie moeten maken van de impact op kwetsbare groepen van bestaande Europese platforms en fora (voeding, alcohol enz.).

1.9 De lidstaten en de Commissie zouden de aanbevelingen die het EESC al eerder in adviezen over gezondheid en sociale aangelegenheden heeft gedaan (<sup>1</sup>), nogmaals in overweging moeten nemen, omdat de strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied zou worden vooruitgeholpen als die aanbevelingen worden opgevolgd.

(<sup>1</sup>) Gedoeld wordt op de volgende adviezen:  
 initiatiefadvies over „Kinderopvang en voorschools onderwijs”, rapporteur: Herczog  
 PB C 255/76 van 22 september 2010  
 PB C 255/72 van 22 september 2010  
 PB C 128/89 van 18 mei 2010  
 PB C 228/113 van 22 september 2009  
 PB C 318/10 van 23 december 2009  
 PB C 318/10 van 23 december 2009  
 PB C 306/64 van 16 december 2009  
 PB C 317/105 van 23 december 2009  
 PB C 218/91 van 11 september 2009  
 PB C 175/116 van 28 juli 2009  
 PB C 77/115 van 31 maart 2009  
 PB C 77/96 van 31 maart 2009  
 PB C 224/88 van 30 augustus 2008  
 PB C 256/123 van 27 oktober 2007

## 2. Achtergrond – ongelijkheid in de gezondheidszorg in de Europese Unie

2.1 De burgers van de EU leven nu gemiddeld langer dan vroeger en zijn over het algemeen gezonder. Een groot punt van zorg is echter dat hun gezondheidstoestand van lidstaat tot lidstaat steeds aanzienlijkere verschillen vertoont. Die situatie wordt nog verslechterd door de groeiende werkloosheid als gevolg van de financiële en economische crisis. Doel van onderhavige Mededeling is een discussie op gang brengen over de vraag welke begeleidende maatregelen de EU kan nemen om de (lokale en regionale overheden van de) lidstaten die kritieke toestand te helpen overwinnen.

2.1.1 Ter illustratie van het voorgaande: het hoogste sterftecijfer voor kinderen tot één jaar dat in één lidstaat wordt vastgesteld, is vijf keer zo hoog als het laagste sterftecijfer voor die kinderen van een andere lidstaat. De variatie in de cijfers voor de gemiddelde levensduur belooft voor mannen 14 jaar en voor vrouwen 8 jaar. Er zijn ook grote verschillen in gezondheidstoestand tussen regio's onderling en tussen stad en platteland.

2.1.2 De gemiddelde levensduur voor mannen varieert met 10 jaar naar gelang van opleiding en sociaal-economische groep; bij vrouwen is dat 6 jaar. Werknemers die manueel of eentonig werk doen, zijn meestal het minst gezond. Een ander belangrijk verschil is dat vrouwen over het algemeen langer leven, maar ook over een langere periode ziek zijn dan mannen.

2.1.3 Die verschillen in gezondheidstoestand zijn terug te voeren op ongelijke sociale voorwaarden qua levensomstandigheden, gedragspatronen, geschooldheid, werkgelegenheid en inkomen, gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheid bevorderende dienstverlening, en op het overheidsbeleid dat de kwaliteit, kwantiteit en verdeling daarvan beïnvloedt. Kritieke factoren zijn ongelijkheid t.a.v. de toegang tot onderwijs, werkgelegenheid en gezondheidszorg, en ongelijkheid op grond van ras en geslacht. De gezondheid wordt nog meer in gevaar gebracht als armoede gepaard gaat met andere oorzaken van kwetsbaarheid (als de behoeftige persoon ook nog kind, oudere of gehandicapt is of deel uitmaakt van een minderheidsgroep).

2.1.4 Sociaal-economische factoren zijn van invloed op levensomstandigheden en gezondheidstoestand. Zo heeft niet iedereen in de EU toegang tot behoorlijke waterreserves en rioleering.

2.1.5 Mogelijke redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van de gezondheidszorg zijn dat iemand niet verzekerd is (en met name geen wettelijk verplichte ziekteverzekering heeft), dat de behandelingen erg duur zijn, dat er geen informatie is over de beschikbare diensten of dat er taal- en/of culturele barrières zijn. Daar komt nog bij dat bevolkingsgroepen, naarmate ze armer zijn, minder vaak een beroep doen op de gezondheidszorg.

2.1.6 Aan ongelijkheden op gezondheidsgebied valt wat te doen: ongelijkheden ontstaan vooral onder invloed van mensen, regeringen, belanghebbenden en leefgemeenschappen en kunnen door adequaat beleid en optreden worden voorkómen. Ie-

mands individuele gedrag is niet de hoofdoorzaak van de ongelijkheden waarop hierboven is gewezen: die ongelijkheden worden vooral veroorzaakt door de sociaal-economische en politieke omstandigheden en de gezondheidszorg in een lidstaat. Beide samen (individueel gedrag en nationale situatie) hebben levenslang gevolgen.

## 3. Samenvatting van de Mededeling

3.1 De Commissie wil met onderhavige Mededeling een discussie op gang brengen over de vraag welke begeleidende maatregelen de EU kan nemen om de lidstaten en andere actoren te helpen in hun pogingen om een einde te maken aan ongelijkheden op gezondheidsgebied.

3.2 Alhoewel de EU al maatregelen op haar naam heeft staan die tot doel hebben om die ongelijkheden op te heffen <sup>(2)</sup>, denkt de Commissie toch meer te kunnen doen om de lidstaten te helpen om de oorzaken ervan aan te pakken.

3.3 Volgens onderhavige Mededeling zijn er vijf hoofdthema's:

- een rechtvaardige verdeling van de gezondheidszorg als onderdeel van algemene sociale en economische ontwikkeling;
- verbetering van het gegevens- en kennisbestand en metings-, monitoring-, evaluatie- en rapporteringsmechanismen;
- werken aan engagement in de hele maatschappij;
- voorzien in de behoeften van kwetsbare groepen;
- ontwikkeling van de bijdrage van EU-beleid.

De bespreking van elk thema wordt afgesloten met een voorstel aan het adres van de Commissie en de lidstaten voor maatregelen op EU-niveau.

## 4. Algemene opmerkingen – maatregelen tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied

4.1 Het EESC juicht deze Mededeling toe, omdat het probleem dat door de omvang van de verschillen op gezondheidsgebied tussen regio's in de EU en al dan niet maatschappelijk bevoordeelde groepen is ontstaan, om een oplossing vraagt en omdat het net als de Commissie vindt dat dermate grote verschillen de verbintenis van de EU om naar solidariteit, sociaal-economische samenhang, naleving van mensenrechten en gelijkheid van kansen te streven, op losse schroeven zet.

<sup>(2)</sup> Voorbeelden zijn de Aanbeveling van de Raad inzake kankerscreening, maatregelen op gebieden als de geestelijke gezondheid, roken en HIV/AIDS, de bundeling in EU-verband van voorbeelden van geslaagde methoden (*best practices*), gegevensverzameling en de vorming van een netwerk van lidstaten en belanghebbenden. Andere hulpmiddelen zijn de kader- en actieprogramma's onderzoek, PROGRESS, studies en beleidsinnovatie. Ook is de volksgezondheid gebaat bij EU-wetgeving inzake werkgelegenheid en gezondheid en veiligheid op de werkplek, het GLB, en milieu- en marktbeleid. Het Cohesiefonds en het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling helpen een einde maken aan regionale ongelijkheden.

4.2 Aan deze Mededeling is breed overleg voorafgegaan, ook al is het eindresultaat nog niet volledig. Helaas wordt soms slechts zijdelings of zelfs helemaal niet verwezen naar wel degelijk belangrijke vraagstukken. Enkele van die vraagstukken vallen weliswaar onder de bevoegdheid van de lidstaten, maar de Commissie kan het optreden van de lidstaten aanvullen door bij die vraagstukken stil te staan en oplossingen aan te dragen.

4.3 De Commissie geeft aan welke vormen van EU-beleid (zoals beleid op het gebied van sociale bescherming, milieu en onderwijs) vooral gerelateerd zijn aan ongelijkheden op gezondheidsgebied, waarbij een en ander elkaar wederzijds versterkt. Daarom is het van belang dat de Commissie en de lidstaten een evaluatie maken van de gevolgen van beleid voor de volksgezondheid op alle bestuursniveaus (lokaal, regionaal en Europees). Voor de terugdringing van ongelijkheden op gezondheidsgebied moeten politieke keuzen worden gemaakt, dat gaat niet vanzelf.

4.4 De Commissie zou optimaal gebruik moeten maken van de beschikbare beleidsinstrumenten (open coördinatiemethode, effectbeoordelingen, onderzoeksprogramma's, indicatoren, samenwerking met internationale organisaties e.d.). Ook zou de Commissie, in overleg met de lidstaten, nieuwe methoden moeten overwegen om te garanderen dat bij EU-beleid en -optreden altijd wordt stilgestaan bij de factoren die ongelijkheden op gezondheidsgebied veroorzaken of die bijdragen tot het ontstaan ervan. Maatregelen van de Commissie om de lidstaten te helpen, mogen echter noch indruisen tegen het beginsel van subsidiariteit, noch tegen de Verdragen.

4.5 Ook moet de rol van de Commissie erin bestaan dat zij EU-beleid en -maatregelen coördineert, erop toeziet dat beleid samenhang vertoont, bevordert dat de lidstaten kennis en informatie uitwisselen, voorbeelden van geslaagde methoden (*best practices*) opspoor en verspreidt en vergemakkelijkt dat voor de specifieke problematiek van welbepaalde maatschappelijke groepen op maat gesneden beleid wordt uitgestippeld. Het EESC rekent er dan ook op dat de samenwerking met belanghebbenden, waaronder het EESC, zowel in EU-verband als wereldwijd, beter gaat worden.

4.6 Wél moet ook worden gewezen op de rol van de lidstaten: de lidstaten moeten ervoor zorgen dat *lokaal* medische voorzieningen worden geboden die alomvattend, van uitstekende kwaliteit, voor iedereen toegankelijk en persoonsgericht zijn. Alleen doordat *lokaal* dergelijke voorzieningen worden geboden, kunnen de ongelijkheden op gezondheidsgebied worden teruggedrongen. Dat laatste geldt vooral voor kinderen, patiënten met een chronische of meer dan één ziekte en ouderen, die in hun herstelperiode een vertrouwde omgeving en contact met familie, vrienden en kennissen nodig hebben. Het gaat niet aan dat burgers, en dan met name burgers uit kwetsbare groepen, elders hun heil moeten gaan zoeken waar medische voorzieningen zijn geconcentreerd, om te ontkomen aan ongelijkheden in de toegang tot de gezondheidszorg.

4.7 De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg ligt bij de lidstaten. In de discussie over ongelijkheden op gezondheidsgebied komt het er vooral op aan te laten meewegen dat het de taak van nationale overheden is om sociale bescherming te bieden en ervoor te zorgen dat er - lokaal - voldoende geschoolde zorgverstrekkers zijn zodat mensen die veraf wonen of mensen uit kwetsbare groepen niet worden benadeeld.

4.8 Een ziekte-toestand wordt meestal bepaald door factoren buiten het zorgstelsel om, maar genezing kan worden teweeggebracht door de gezondheidszorg en sociale voorzieningen. Dat neemt niet weg dat nieuwe ontwikkelingen, bv. nieuwe technologieën, in de gezondheidszorg de ongelijkheden op gezondheidsgebied soms vergroten<sup>(3)</sup>, wat moet worden voorkomen.

4.9 Vooral belangrijk is dat jongeren duidelijk wordt gemaakt dat een gezonde leefwijze het risico op ziektes verlaagt. Dat besef zal hun bijblijven als ze eenmaal zelf ouders worden, waardoor dit grote gevolgen kan hebben voor hun kinderen en alle na hen komende generaties.

## 5. Specifieke opmerkingen over kernpunten

### 5.1 Een rechtvaardige verdeling van de gezondheidszorg als onderdeel van algemene sociaal-economische ontwikkeling

5.1.1 Ongelijkheden op gezondheidsgebied hebben ook gevolgen voor het Lissabonproces, omdat productieverlies en de met behandeling en uitkeringen gemoeide kosten de economie en de sociale samenhang kunnen aantasten.

5.1.2 Het EESC deelt de mening van de Commissie dat er voor de algemene sociaal-economische ontwikkeling een stramen moet worden vastgelegd dat leidt tot meer economische groei, sociale gerechtigheid, solidariteit, samenhang en gezondheid. Hieraan zou prioriteit moeten worden verleend in de „Europa 2020“-strategie, met dien verstande dat voor de monitoring van de sociale vooruitgang die met deze strategie wordt boekt, ook moet worden uitgegaan van een indicator „ongelijkheden op gezondheidsgebied“. Bovendien moet in aanmerking worden genomen dat er in dat verband een doorslaggevende rol voor de structuurfondsen is weggelegd.

5.1.3 De lidstaten moeten inzien dat sociale voorzieningen in de gezondheidszorg, toegang tot medische dienstverlening en de financiering van de gezondheidszorg belangrijke instrumenten zijn om gelijkheid te bewerkstelligen in de gezondheidszorg, met name in het licht van de demografische trends in de EU.

5.1.4 Sociale voorzieningen in de gezondheidszorg (financieringsregelingen in de vorm van bijvoorbeeld sociale uitkeringen en nationale ziekteverzekeringen of op belastingheffing gebaseerde systemen) moeten worden verstrekt en uitgebreid op grond van de beginselen van financiële solidariteit en *risk pooling*, zonder welke gelijkheid van toegang tot de gezondheidszorg ondenkbaar is. De criteria voor daadwerkelijke toegang tot zorgdiensten zijn: betaalbaarheid, beschikbaarheid, kwaliteit, financiële bijstand en voorlichting over een reeks basisdiensten<sup>(4)</sup>.

<sup>(3)</sup> Zo heeft de beperkte toegang tot antiretrovirale behandelingen in Frankrijk geleid tot meer ongelijkheid tussen seropositieve patiënten.

<sup>(4)</sup> Conventanten, nationaal en internationaal overeengekomen doelstellingen, moederschapsvoorzieningen (waaronder ziekte- en moederschapsverlof) en - *last but not least* - de conventies en reglementen van de IAO inzake sociale voorzieningen in de gezondheidszorg, incl. IAO-Conventie 130 (medische zorg) en IAO-Conventie 102 (sociale zekerheid, en dan met name sociale voorzieningen in de gezondheidszorg). Bedoelde conventies zijn al door veel landen ondertekend, laatstelijk door Roemenië en Bulgarije. Inmiddels zijn bedoelde conventies door alle lidstaten van de EU geratificeerd, behalve door twee Baltische staten en Finland (deze landen hebben hun handtekening nog niet gezet vanwege de niet gender-neutrale formulering).

5.1.5 Het probleem van de ongelijkheden op gezondheidsgebied moet worden aangepakt met een pragmatische strategie waardoor iedereen tegen ziekte wordt verzekerd en daadwerkelijk toegang krijgt tot de gezondheidszorg (zie hierboven). Te dien einde moeten alle financieringsregelingen en -systemen in de gezondheidszorg worden gecoördineerd (sociale en particuliere verzekeringen, sociale bijstand, overheidsvoorzieningen enz.), zodat de gezondheidszorg ook toegankelijk wordt voor behoeftigen en minderheidsgroepen (migranten – met of zonder papieren –, etnische minderheden of leden van religieuze groeperingen) en er een einde wordt gemaakt aan ongelijkheden op grond van leeftijd of geslacht.

5.1.6 Daaraan gerelateerde hervormingen zouden moeten uitmonden in een benadering die is gebaseerd op naleving van rechten en een sociale dialoog. Door die benadering zou er een brede consensus moeten ontstaan en zou aan de oplossingen voor de financiering van de verzekeringen en van behoorlijke werkomstandigheden voor de zorgverstrekkers, een duurzaam karakter moeten worden gegeven. Tegen deze achtergrond is het EESC van mening dat verdere liberalisering wel eens averechts zou kunnen werken, omdat dan een systeem wordt ingevoerd dat is gebaseerd op concurrentie in plaats van op solidariteit.

## 5.2 Verbetering van het gegevens- en kennisbestand en metings-, monitoring-, evaluatie- en rapporteringsmechanismen

5.2.1 Het EESC vindt net als de Commissie dat effectieve actie, monitoring en vooruitgang onmogelijk is zolang ongelijkheden op gezondheidsgebied niet kunnen worden gemeten.

5.2.2 Daarom doet het een beroep op alle lidstaten om mee te werken aan de plannen van de Commissie om verbetering te brengen in het gegevens- en kennisbestand en de metings-, monitoring-, evaluatie- en rapporteringsmechanismen (incl. verslaggeving over de sociaal-economische impact van ongelijkheden op gezondheidsgebied). Van groot belang is ook dat de lidstaten gegevens op tijd verstrekken en dat de door hen verstrekte gegevens vergelijkbaar zijn.

5.2.3 Gezien het belang van de gegevens en de daarmee samenhangende lacunes, dringt het EESC er bij de Commissie op aan om, in overleg met de lidstaten, nieuwe indicatoren voor de monitoring van ongelijkheden op gezondheidsgebied uit te werken, alsook een nieuwe methode om de situatie in de lidstaten in het oog te houden. Op die manier kan worden bepaald waar met voorrang verbeteringen nodig zijn en *best practices* moeten worden toegepast.

5.2.4 Het EESC is voorstander van de toevoeging van een indicator waaruit moet blijken welke vorderingen zijn gemaakt. Die indicator zou kunnen bestaan uit de meting en monitoring van de mate waarin daadwerkelijk toegang wordt geboden tot gezondheidsdiensten en waarin iedereen daadwerkelijk aanspraak kan maken op sociale voorzieningen in de gezondheidszorg. Ook heeft het EESC oog voor het belang van de opsplitsing van de gegevens naar leeftijd en geslacht, sociaal-economische positie en woonoord. De Commissie en de lidstaten zouden in dat verband profijt moeten trekken van de ervaring die de Wereldgezondheidsorganisatie, de Internationale Arbeidsorganisatie, de Dublin Stichting en het Europees Agentschap voor de grondrechten daarmee al hebben opgedaan.

5.2.5 Het EESC pleit ervoor om in het kaderprogramma voor onderzoek van de EU meer de nadruk te leggen op aan gezondheid gerelateerde en sociaal-economische vraagstukken. Boven-

dien zou er voor het gezondheidsprogramma van de EU een nieuwe prioriteit moeten worden gesteld: bestrijding van ongelijkheden op gezondheidsgebied tijdens de volgende begrotingsperiode.

5.2.6 Daarnaast zou de Commissie de randvoorwaarden en instrumenten in het leven moeten roepen waardoor de lidstaten onderzoeksresultaten kunnen uitwisselen en begrotingsmiddelen voor onderzoek kunnen bundelen.

5.2.7 Het EESC beseft dat de strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied van lange adem is. De maatregelen die de Commissie in onderhavige Mededeling voorstelt, zijn bedoeld als middel om een kader te creëren voor duurzame maatregelen op dit gebied. Het EESC kijkt dan ook uit naar het eerste evaluatieverslag dat normaliter in 2012 zal worden uitgebracht.

## 5.3 Werken aan engagement in de hele maatschappij

5.3.1 Het EESC is ingenomen met het voornemen van de Commissie om samen te werken met de lidstaten en om relevante *stakeholders*, nationaal en in EU-verband, te raadplegen over de mogelijkheid om

— het vraagstuk van ongelijkheden in samenwerkingsverbanden op gezondheidsgebied tot prioriteit uit te roepen;

— met behulp van het gezondheidsprogramma van de EU, het ESF en andere regelingen maatregelen en instrumenten op het gebied van de beroepsopleiding te ontwikkelen die kunnen worden ingezet in de strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied;

— aan de hand van discussienota's in het Comité voor Sociale bescherming een debat op gang te brengen over het vastleggen van doelstellingen.

5.3.2 Het EESC benadrukt dat „werken aan engagement in de hele maatschappij” niet alleen een zaak van regeringen is, maar ook afhangt van de betrokkenheid van maatschappelijke organisaties en de sociale partners. *Stakeholders* op Europees, nationaal en lokaal bestuursniveau zouden moeten worden betrokken bij de raadpleging over, maar ook bij de uitstippeling en uitvoering van beleid. Het EESC ziet mogelijkheden om de efficiëntie van voornoemde processen te verhogen, partnerschappen op te zetten en voorbeelden van geslaagde methoden (*best practices*) beter te verspreiden. Om te kunnen nagaan of daarmee vorderingen zijn gemaakt, zouden er in de lidstaten inzichtelijke monitoring- en evaluatieprogramma's moeten worden ingevoerd.

5.3.3 Door efficiëntere partnerschappen met *stakeholders* op te zetten, wordt het gemakkelijker om actie te promoten m.b.t. diverse sociale determinanten en om ongelijkheden op gezondheidsgebied op te heffen. Zo kan met die partnerschappen een belangrijke bijdrage worden geleverd aan de verbetering van de toegankelijkheid en adequaatheid van gezondheidsdiensten, de bevordering van (preventieve) gezondheidszorg voor kwetsbare groepen als migranten en etnische minderheden, de stimulering van de uitwisseling van informatie en kennis, en de opsporing en verspreiding van *best practices*. Ook wordt het door dergelijke partnerschappen gemakkelijker om beleid uit te stippelen dat is toegesneden op specifieke problemen van lidstaten en/of welbepaalde sociale groepen. *Stakeholders* kunnen in hun leefgemeenschap ook helpen „meten” wat de ongelijkheden op gezondheidsgebied zijn, zowel op de werkplek als tijdens de vrijetijdsbesteding, en kunnen meewerken aan kennisvergaring en opleiding voor zorgverstrekkers e.a.

5.3.4 Het EESC pleit voor betere raadpleging van kwetsbare groepen en zou graag de gelegenheid krijgen om dit nader met de Commissie te bespreken.

#### 5.4 Voorzien in de behoeften van kwetsbare groepen

5.4.1 Bedacht moet worden dat kwetsbare groepen als eerste de dupe worden van de huidige crises: hún gezondheid gaat erop achteruit en hún toegang tot gezondheidsdiensten wordt bemoeilijkt.

#### 5.4.2 Daarom is het EESC ingenomen met

- de maatregelen van de Commissie en de lidstaten om samen te werken teneinde de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten te vergroten en de preventieve zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren;
- het voornemen om in toekomstige initiatieven voor gezond ouder worden, maatregelen tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied op te nemen;
- de suggestie dat er in het kader van het Europees Jaar van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting (2010) maatregelen tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied worden genomen;
- de suggestie om het Cohesiefonds en de structuurfondsen, in het licht van de demografische veranderingen, voor de verbetering van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen in te zetten;
- de suggestie om het aantal maatregelen beperkt te houden, op voorwaarde dat iedere maatregel dan wel verder worden uitgediept.

5.4.3 Het EESC adviseert om de problematiek van ongelijkheden op gezondheidsgebied en kwetsbare groepen steeds te bekijken vanuit de algemene invalshoek van gelijkheid *versus* discriminatie. Tekenend in dat verband is bijvoorbeeld het *gender*-aspect van ouder worden: vrouwen leven meestal langer, maar minder gezond; gezien de over het algemeen kortere periode waarin ze betaald werk doen, is hun pensioenbedrag lager, met weer rechtstreekse gevolgen voor hun toegang tot gezondheidszorg en geneesmiddelen. Ook de situatie van migrantenvrouwen verdient bijzondere aandacht qua gezondheidseducatie en toegang tot de gezondheidszorg.

5.4.4 Ziektepreventie en screeningprogramma's, evengoed als het promoten van gezondheid en gezondheidseducatie (hoe kun je gezond leven, welke behandelingen zijn er, welke rechten hebben patiënten enz.) zijn erg belangrijk, vooral voor kansarme bevolkingsgroepen. De Commissie en de lidstaten zouden speciaal voor kwetsbare groepen campagnes moeten organiseren en diensten moeten opzetten. Gezondheids campagnes voor de hele bevolking bereiken kwetsbare groepen meestal nauwelijks. Kansarme bevolkingsgroepen zouden door speciaal voor hen bedoelde campagnes in staat moeten worden gesteld om aan te geven wat hun behoeften zijn en om zelf de informatie verder te verspreiden.

5.4.5 Tegen deze achtergrond zou de Commissie moeten evalueren welke impact de bestaande Europese platforms en

fora (voeding, alcohol, enz.) op kwetsbare groepen hebben. Het EESC stelt voor om een platform voor patiëntenorganisaties te organiseren: op die manier krijgen patiëntenorganisaties de gelegenheid om ervaring uit te wisselen en informatie te verspreiden.

5.4.6 In de toekomst zullen ongelijkheden op gezondheidsgebied o.m. kunnen worden voorkómen door de kwaliteit van het voorschools onderwijs en de mate waarin die educatie voor kleine kinderen toegankelijk is. Cruciaal voor sociaal-economische ontwikkeling is dat diverse vormen van kinderopvang beschikbaar worden gesteld, vooral in achterstandsgebieden of onder kansarme bevolkingsgroepen en gezinnen in niet-kansarme gebieden. Voorzieningen voor kinderopvang kunnen kansarme gezinnen helpen om hun sociale, economische en gezondheidsproblemen op te lossen en kunnen buitengesloten groepen helpen om een plaats te vinden in de samenleving<sup>(5)</sup>. Ongelijkheden in de schoolgang zijn voor een groot deel debet aan ongelijkheden op gezondheidsgebied. Daarom is het van groot belang dat gelijke toegang tot school en kwaliteitsonderwijs wordt gegarandeerd, zodat ieder kind de kennis kan vergaren die nodig is om zelf weer de controle over zijn of haar leven te verkrijgen.

#### 5.5 Ontwikkeling van de bijdrage van EU-beleid

5.5.1 Het EESC dringt er bij de lidstaten op aan om van de opheffing van ongelijkheden op gezondheidsgebied een prioriteit te maken. Ook zouden zij ervoor moeten instaan dat beleidsmaatregelen die een impact hebben op sociale, economische of gezondheidsvraagstukken, beter wordt gecoördineerd, gecontroleerd en geëvalueerd. Op die manier kunnen voorbeelden van geslaagde methoden (*best practices*) worden gepromoot en kan informatie overal in de EU worden verspreid.

5.5.2 Er moet onderzoek worden gedaan naar de gevolgen van EU-beleid voor de gezondheidstoestand.

5.5.3 De EU kan nog beter bijdragen aan de terugdringing van ongelijkheden op gezondheidsgebied, bv. door beter inzicht te verkrijgen in de impact van beleid op de gezondheidstoestand en door beleid (op gebieden als onderwijs, arbeidsvoorwaarden, territoriale ontwikkeling, milieu en vervoer) beter op elkaar te laten aansluiten. Eerst en vooral moet de Commissie er echter op toezien dat voorgestelde maatregelen niet weer nieuwe ongelijkheden opleveren, vooral als die ongelijkheden vooral kwetsbare groepen treffen<sup>(6)</sup>.

5.5.4 In het Verdrag van Lissabon wordt aan het streven naar een hoge mate van bescherming van de gezondheid evenveel gewicht toegekend als aan de verwezenlijking van de interne markt. Bovendien staat in datzelfde Verdrag dat de EU een aanvullende rol heeft als het erom gaat voor het welzijn van Europa's burgers te zorgen. Het EESC hoopt dat dit Verdrag van Lissabon een nieuwe impuls zal geven aan de slogan „*Health In All Policies*” (HIAP), die tot dusverre in de EU een nogal holle kreet is gebleven waarmee wordt verdoezeld dat de interne markt in werkelijkheid nog steeds de wet uitmaakt.

<sup>(5)</sup> Zie initiatiefadvies „Kinderopvang en voorschools onderwijs”, rapporteur: Herczog

<sup>(6)</sup> Bijzonder kwetsbare groepen zijn o.m. zieke mensen die zich slecht kunnen verplaatsen, mensen die niet actief op zoek gaan naar de beste behandeling of die de taal van het land met de beste behandeling niet beheersen, mensen die niet draagkrachtig genoeg zijn om een behandeling door een specialist of in het buitenland te kunnen betalen of mensen die er tegenop zien om een behandeling in het buitenland of in een veraf gelegen behandelingscentrum te gaan zoeken. Zo zullen er vooral ten gevolge van de demografische veranderingen weer nieuwe gezondheidsproblemen ontstaan.

5.5.5 In het licht van het voorgaande dringt het EESC er bij de Commissie op aan om

- maatregelen op alle beleidsterreinen steeds (vóór, na en tijdens de uitvoering ervan) te toetsen aan de vraag of daarmee wordt bijgedragen aan een hoge mate van bescherming van de gezondheid en of daarmee de ongelijkheden op gezondheidsgebied worden teruggedrongen (7);
- systemen uit te werken voor de evaluatie van de gezondheidsgevolgen van bestaand beleid (ex ante en ex post) voor diverse bevolkingsgroepen en om op die manier informatie te verschaffen waarop beleid vervolgens kan worden afgestemd;
- regelingen in het leven te roepen waardoor beleidsmaatregelen die averechts werken op de gezondheid en ongelijkheden op gezondheidsgebied in de hand werken, kunnen worden teruggedraaid;
- stappen te ondernemen waardoor de lidstaten, organisaties en beroepskringen zich bewust worden gemaakt van de concrete impact van ongelijkheden op gezondheidsgebied, de factoren die dergelijke ongelijkheden in de hand werken en de oplossingen die er zijn om daar een einde aan te maken.

5.5.6 Daarnaast zou het EESC willen dat de lidstaten de strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied in hun werkprogramma's opnemen en in dat verband adequate sectoroverschrijvende strategieën uitstippelen.

5.5.7 Het EESC staat achter het voorstel van de Commissie om de lidstaten bij te staan in hun pogingen om beleidsmaatregelen beter te coördineren en een analyse te maken van het verband tussen die beleidsmaatregelen en de gezondheidsgevolgen ervan voor diverse groepen overal in de EU. De strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied kan ook worden opgevoerd doordat het cohesiebeleid van de EU beter wordt benut,

er betere informatie over de cohesiefondsen wordt gegeven en die fondsen beter worden gecoördineerd. Andere mogelijkheden om die strijd kracht bij te zetten, bestaan in de vergroting van de capaciteit om in nationale zorg- en sociale diensten te investeren en de gebruikmaking van opties onder het GLB en het EU-beleid voor plattelandontwikkeling.

5.5.8 Een en ander mag echter niet indruisen tegen de rechten van de lidstaten om hun zorgstelsel te organiseren en te financieren, waarbij vooral moet worden gedacht aan hun recht om te bepalen wat een adequate mate van bescherming van de gezondheid is en om dienovereenkomstig te handelen (artikel 168 van het Verdrag).

5.5.9 Er moeten meer inspanningen worden gedaan in de strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied op het platteland, vooral in het licht van de problemen als gevolg van de demografische veranderingen. In dat verband moet de doorslaggevende rol van kleine zorgverstrekkers (m.n. zelfstandig werkende artsen) die patiënten een alomvattende, persoonsgerichte en lokale behandeling bieden, erkenning krijgen en speciaal worden ondersteund.

5.5.10 Het EESC is ingenomen met

- het in de gezondheidsstrategie en de strategie voor gezondheid en veiligheid op het werk vervatte voorstel om tussen de lidstaten en stakeholders een dialoog op gang te brengen over rechtvaardigheid en andere basiswaarden i.v.m. gezondheid, alsook met het voorstel om een forum over gezondheid en herstructurering op te zetten, waar kan worden nagegaan welke maatregelen mogelijk zijn om ongelijkheden op gezondheidsgebied terug te dringen;
- het initiatief van de Commissie om - internationaal - andere landen steun te geven op gezondheids- en aanverwante gebieden, en wel door met die landen de ervaring te delen die de EU heeft opgedaan in de strijd tegen ongelijkheden op gezondheidsgebied.

Brussel, 29 april 2010

*De voorzitter*  
van het Europees Economisch en Sociaal Comité  
Mario SEPI

(7) Voor veel wetsteksten bestaat weliswaar al de verplichting om een effectbeoordeling uit te voeren, maar meestal wordt daarbij geen antwoord gegeven op de vraag of de doelstellingen ervan ook daadwerkelijk en doeltreffend worden bereikt. Toch is dat meer dan ooit nodig, vooral nu de financiële en economische crisis steeds meer de vorm gaat aannemen van een crisis van de werkgelegenheid en de financiering van het zorgstelsel, met uiteraard gevolgen voor de volksgezondheid.