

**Advies van het Europees Comité van de Regio's over de integratie, samenwerking en doeltreffendheid van gezondheidszorgstelsels**

(2017/C 272/05)

**Rapporteur:** Birgitta Sacrédeus (SE/EVP), lid van de provincieraad van Dalarna

## BELEIDSAANBEVELINGEN

HET EUROPEES COMITÉ VAN DE REGIO'S (CvdR)

### Gezondheid in Europa

1. stelt vast dat een goede gezondheid van de hele bevolking belangrijk is voor de welvaart en het welzijn in de samenleving. Een goede gezondheid is van onschatbare waarde. Bovendien draagt een gezonde bevolking bij aan economische groei en omgekeerd.
2. De burgers in de EU leven langer en zijn gezonder dan vroeger. In de EU bestaan er echter grote verschillen wat gezondheid betreft, zowel tussen de lidstaten onderling als binnen de lidstaten zelf. De gemiddelde levensverwachting in de EU is in de loop der tijd gestegen, maar de ongelijkheden tussen en binnen de verschillende landen, regio's en gemeenten blijven groot. Het verschil tussen landen met de hoogste en de laagste gemiddelde levensverwachting is bijvoorbeeld bijna negen jaar (83,3 resp. 74,5 jaar in 2014 <sup>(1)</sup>). De stijging van de gemiddelde levensverwachting is onder meer toe te schrijven aan veranderde levensgewoonten, beter onderwijs en betere toegankelijkheid van goede gezondheidszorg.
3. De sociale en gezondheidszorg is een grote en maatschappelijk belangrijke sector die voor veel werkgelegenheid zorgt en ertoe bijdraagt dat veel mensen een beter, gezonder en langer leven kunnen leiden. Er bestaan echter grote verschillen tussen de zorgstelsels van de 28 lidstaten van de EU, ook wat betreft de toegang tot middelen.
4. Gezondheid en gezondheidsbevordering spelen een belangrijke rol in de VN-doelstellingen inzake duurzame ontwikkeling voor 2030, die in 2015 zijn vastgesteld. Meerdere van de in totaal 17 doelstellingen hebben duidelijk betrekking op gezondheid, maar er is één doel (nr. 3) dat specifiek gericht is op het waarborgen dat iedereen een gezond leven kan leiden en dat het welzijn van mensen van alle leeftijden wordt bevorderd. Gezondheidsbevordering wordt bovendien beschouwd als de motor achter de realisatie van de doelstellingen inzake duurzame ontwikkeling. Deze doelstellingen sluiten ook aan bij de doelen van het sectorbrede beleidsplan voor gezondheid en welzijn in Europa („Health 2020”) dat de WHO in 2012 heeft opgesteld.

### EU-bevoegdheden op het gebied van gezondheid

5. Het Comité constateert dat de maatregelen van de EU op het gebied van gezondheid er, overeenkomstig artikel 168 van het Verdrag betreffende de werking van de EU, op gericht zijn de volksgezondheid te verbeteren, ziekten te voorkomen en gezondheidsrisico's weg te nemen. Hiertoe wordt onder meer gebruikgemaakt van het gezondheidsprogramma, de structuur- en investeringsfondsen en de kaderprogramma's voor onderzoek en innovatie van de EU en de bescherming van de grondrechten. Artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de EU bepaalt inderdaad dat „eenieder recht heeft op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd.”.
6. De EU heeft bepaalde wetgevende bevoegdheid op gebieden die van invloed zijn op de volksgezondheid of bijvoorbeeld grensoverschrijdende zorg betreffen, maar doet ook aanbevelingen op terreinen waarvoor zij slechts in beperkte mate bevoegd is. In het kader van het Europees Semester brengt de Commissie landspecifieke aanbevelingen uit, die in sommige gevallen betrekking hebben op de gezondheidszorg.

<sup>(1)</sup> Health at a Glance: Europe 2016.

7. Het Comité wil echter benadrukken dat de lidstaten in wezen zelf bepalen op welke manier de gezondheidszorg en de sociale dienstverlening worden georganiseerd, gefinancierd en vormgegeven. Veel lidstaten hebben ervoor gekozen de verantwoordelijkheid voor sociale dienst- en zorgverlening en volksgezondheidszorg voornamelijk aan de lokale en regionale overheden te geven. Ook in landen met een nationaal gezondheidszorgstelsel ligt de verantwoordelijkheid voor sociale dienstverlening en sociale zorgverlening vaak op lokaal niveau.

### De gezondheidssituatie in de EU

8. Het Comité is ingenomen met het initiatief „State of Health in the EU”, dat de Commissie in juni 2016 lanceerde. Doel hiervan is het bundelen van internationale deskundigheid om de landspecifieke en EU-brede kennis binnen de gezondheidssector te vergroten en de lidstaten te ondersteunen bij hun besluitvorming <sup>(2)</sup>.

9. De OESO en de Commissie presenteerden in november 2016 samen het rapport „Health at a Glance: Europe 2016”. Dit rapport bevat — behalve statistieken die wijzen op grote verschillen in gezondheid, gezondheidsdeterminanten, kosten van de gezondheidszorg en efficiency, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg — analyses van de invloed van slechte gezondheid op de arbeidsmarkt en de behoefte aan verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg.

10. De Commissie zou de lokale en regionale overheden bij haar werkzaamheden moeten betrekken en hun advies over de toekomstige ontwikkeling van het gezondheidszorgstelsel moeten inwinnen, omdat de goede voorbeelden vaak van lokale of regionale aard zijn.

### Belangrijke uitdagingen

11. Het Comité stelt vast dat de gezondheidszorg in de lidstaten voor een aantal belangrijke uitdagingen staat, die in sommige lidstaten meer uitgesproken zijn dan in andere:

- a) verschillen in gezondheid en toegang tot zorg, die vaak sociaaleconomische of geografische oorzaken hebben;
- b) een nieuw ziektepanorama waarbij chronische ziekten een groot deel van de kosten voor gezondheidszorg uitmaken. Volgens de WHO is 86 procent van alle sterfgevallen in Europa toe te schrijven aan de vijf meest voorkomende chronische, niet-overdraagbare ziekten (diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, chronische aandoeningen van de luchtwegen, psychische aandoeningen), die vaak het gevolg zijn van een ongezonde levenswijze (roken, hoge alcoholconsumptie, verkeerde eetgewoonten en gebrek aan lichamelijke beweging). Deze factoren liggen ook ten grondslag aan toenemende problemen met overgewicht en zwaarlijvigheid, vooral onder kinderen en jongeren;
- c) een vergrijzende bevolking, waarbij veel ouderen lijden aan één of meer chronische ziekten (meervoudig zieke ouderen);
- d) besmettelijke ziekten en aanhoudende onrust aangaande wereldepidemieën. Door de toenemende globalisering neemt ook het risico toe van verspreiding van allerlei gezondheidsbedreigingen;
- e) opvallend veel patiënten worden ziek als gevolg van gebrekkige patiëntveiligheid, onder meer door ziekenhuisinfecties;
- f) resistentie tegen antibiotica is een groeiend probleem dat niet alleen steeds meer (dodelijke) slachtoffers eist, maar ook hoge kosten met zich meebrengt voor de gezondheidszorg;
- g) gebrek aan personeel in de gezondheidszorg: in veel delen van Europa is het lastig om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden, op te leiden en vast te houden;

---

<sup>(2)</sup> Het tweejarige initiatief, dat wordt uitgevoerd in samenwerking met de OESO, de European Observatory on Health Systems and Policies en de lidstaten, omvat vier elementen:

- de publicatie van „Health at a Glance: Europe 2016” (november 2016);
- de uitwerking van landspecifieke „gezondheidsprofielen” waarin de specifieke kenmerken en uitdagingen van elke EU-lidstaat worden belicht (november 2017);
- een analyse die, in aanvulling op de twee voornoemde elementen, een kort overzicht geeft en de resultaten verbindt aan de bredere EU-agenda met gerichte aandacht voor algemene beleidskwesties en mogelijkheden om van elkaar te leren (november 2017);
- een optie tot vrijwillige uitwisseling van beste praktijken op verzoek van de lidstaten, zodat ze concrete aspecten kunnen bespreken van de situatie in hun eigen land (november 2017).

- h) toegenomen verwachtingen en eisen van de burgers ten aanzien van persoonsgerichte zorg;
- i) de zorgstelsels staan onder druk om hun kosten omlaag te brengen en meer op kostenefficiëntie te letten: de kosten van de gezondheidszorg zijn immers hoog en zullen naar verwachting nog stijgen;
- j) nieuwe welvaartstechnologie kan bevorderlijk zijn voor de gezondheid van veel mensen, omdat de behandeling van bepaalde gezondheidsproblemen dankzij innovatie goedkoper wordt. Anderzijds kunnen de kosten stijgen doordat er meer mogelijkheden zijn om bepaalde ziekten en gezondheidssituaties te behandelen;
- k) toegenomen migratie, met name van veelal getraumatiseerde vluchtelingen, waarvoor onder andere meer passende psychiatrische, psychotherapeutische en psychosomatische behandelingen beschikbaar moeten zijn;
- l) door milieu- en klimaatverandering worden onze gezondheid en ons welbevinden negatief beïnvloed;
- m) psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen als gevolg van een grote arbeidsdruk en een slechte balans tussen beroeps- en privéleven.

### **Maatregelen om deze uitdagingen het hoofd te bieden**

12. Om gelijkheid op gezondheidsgebied tot stand te brengen is het van belang dat iedereen toegang heeft tot gezondheidszorg. Adequate en duurzame financiering van de zorg is van essentieel belang om de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit ervan te garanderen. Informele betalingen en andere vormen van corruptie in de gezondheidszorg moeten worden bestreden omdat de toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg hierdoor negatief worden beïnvloed.

13. Chronische ziekten trekken een zware wissel op het zorgstelsel en zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de kosten in de gezondheidszorg en sociale dienstverlening. Om de houdbaarheid van de gezondheidszorgstelsels op lange termijn te garanderen, moeten zij zodanig worden ingericht dat ze beter kunnen omgaan met chronische ziekten en moet worden voorkomen dat de kosten de pan uit rijzen. Veel chronische ziekten kunnen worden voorkomen door andere levensgewoonten, en met de juiste inspanningen kan de aftakeling die kenmerkend is voor chronische ziekten worden afgeremd.

14. Het Comité wil met name de aandacht vestigen op de problemen met psychische aandoeningen. Psychische gezondheid moet dezelfde prioriteit krijgen als lichamelijke gezondheid. Psychische aandoeningen worden vaak beter extramuraal behandeld. Een goede geestelijke gezondheid is vaak gebaseerd op goede sociale contacten met familie, burens en kennissen, een goede woon- en werkomgeving, en het gevoel dat het leven structuur en zin heeft.

15. Het Comité vindt dat er meer nadruk moet worden gelegd op preventie en gezondheidsbevorderende maatregelen en dat de zorg meer op kennis moet worden gebaseerd en empirisch onderbouwd moet zijn. De samenwerking tussen gezondheidszorg en langdurige zorg moet worden verbeterd om het leven van met name ouderen en gehandicapten aangenamer te maken. De integratie van gezondheids- en welzijnszorg waarbij de klemtoon wordt gelegd op individuele beoordelingen en de continuïteit van de zorg, werpen in dit verband vruchten af. Aangezien de basis voor leefgewoonten op jonge leeftijd wordt gelegd, spelen het gezin en de school hierin een belangrijke preventieve rol.

16. Het Comité deelt de opvattingen in „Health at a Glance: Europe 2016”, nl. dat de EU-landen hun eerstelijnsgezondheidszorg moeten verbeteren om tegemoet te komen aan de behoeften van de vergrijzende bevolking, betere zorgketens tot stand te brengen en onnodige ziekenhuisopnames tegen te gaan. De investeringen moeten naar eerstelijnszorg, ambulante zorg en thuiszorg gaan en de zeer gespecialiseerde ziekenhuiszorg moet, om kwaliteitsredenen, worden geconcentreerd. Om de ziekenhuizen te ontlasten moet eerstelijnszorg ook buiten normale arbeidstijden beschikbaar zijn. De ontwikkeling van een multidisciplinaire aanpak is dringend geboden. Het personeel in de eerstelijnszorg moet gespecialiseerd zijn in preventie en gezondheidsbevordering en in de zorg voor chronisch zieke patiënten.

17. Het Comité stelt vast dat de stelsels voor sociale zorg in de EU-lidstaten sterk van elkaar verschillen. Er zijn grote verschillen tussen de mate waarin de overheid financieel bijspringt en in hoeverre sociale zorg in gewone of speciale instellingen wordt verstrekt. Om voor gelijkheid op het gebied van gezondheid te zorgen is het van essentieel belang dat iedereen indien nodig toegang heeft tot sociale zorg van goede kwaliteit. Het is belangrijk dat mantelzorgers ondersteuning krijgen. Vrijwilligersorganisaties kunnen belangrijk aanvullend werk verrichten.

18. De nationale overheden moeten oog hebben voor de belangrijke rol van de lokale en regionale overheden bij de overgang van een zorgmodel waarin het ziekenhuis centraal staat naar een op thuiszorg gebaseerd model („community care”), zodat de mogelijkheid ontstaat om te werken aan creatieve, op preventie gerichte activiteiten, diensten voor vroegtijdige interventie en mogelijkheden voor langdurige zorg, in plaats van zich te richten op reactieve zorg.

19. Het Comité staat achter het standpunt in „Health at a Glance: Europe 2016” dat er meer moet worden gedaan om chronische ziekten onder de beroepsbevolking te voorkomen. Chronische ziekten leiden tot verminderde inzetbaarheid, lagere productiviteit, vroegere pensionering, een lager inkomen en voortijdig overlijden. Goede arbeidsomstandigheden, zowel in fysiek als in psychisch opzicht, zijn van essentieel belang voor het aanpakken van arbeidsgerelateerde ziekten en bedrijfsongevallen en voor het verminderen van ziekmeldingen en arbeidsongeschiktheid. Daarom moeten het gezondheidsbeleid en de arbeidswetgeving beter op elkaar worden afgestemd en moeten de sociale partners hierbij worden betrokken. Het is belangrijk dat initiatieven op het gebied van gezondheid als een investering worden gezien en niet als een kostenpost.

20. Het Comité pleit voor maatregelen om ervoor te zorgen dat mensen met een beperking werk kunnen verrichten dat is afgestemd op hun persoonlijke situatie. Een goede revalidatie is van groot belang om zieke en gewonde mensen weer terug aan het werk te krijgen.

21. Daarnaast moet meer aandacht worden besteed aan kwesties als inspraak voor patiënten en persoonsgerichte zorg<sup>(3)</sup>. Patiënten zijn tegenwoordig doorgaans beter geïnformeerd en veel mensen willen hun eigen zorgverleners kunnen kiezen en geïnformeerd worden over toegankelijkheid en kwaliteit. Zorgstelsels moeten mensen dan ook stimuleren om zelf de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid te dragen door gezond te leven, geïnformeerde keuzes te maken voor behandelingen en zorgverleners, zelfzorg te ondernemen en medische complicaties te voorkomen.

22. Het Comité wijst er tevens op dat gemeenschappelijk gefinancierde zorg naar behoefte moet worden verstrekt en niet op eigen verzoek van de patiënt, om de kans op overmatig gebruik van zorgvoorzieningen en behandelingen te voorkomen.

23. Er moet ook meer nadruk worden gelegd op de kwaliteit van de zorg en de geneeskundige resultaten. Door het verzamelen van „big data”, transparantie en vergelijkingen op basis van gemeenschappelijke indicatoren kunnen verbeteringen worden gestimuleerd en de effecten van investeringen in de gezondheidszorg in kaart worden gebracht.

24. Om te garanderen dat er voldoende goed opgeleide gezondheidswerkers en zorgverleners beschikbaar zijn, is planning en samenwerking binnen de gezondheidssector en met de onderwijswereld noodzakelijk om goede opleidingsmogelijkheden te bieden. Er is tegenwoordig sprake van een tekort in verschillende beroepsgroepen, ongelijke geografische verdeling en scheve verhoudingen tussen bepaalde beroepsberoepen. Zo moeten er bijvoorbeeld meer artsen voor eerstelijnszorg worden opgeleid<sup>(4)</sup> en moeten vaardigheden worden vastgehouden. Om personeel te kunnen werven en behouden, moeten werkgevers voor een goede werkomgeving en goede arbeidsvoorwaarden zorgen. Werkgevers moeten multidisciplinaire teams opzetten en taakverschuiving („task shifting”) bevorderen, zodat verplegend personeel en andere beroepsgroepen een grotere rol krijgen. Het Comité hoopt dat het voorstel van de Commissie om een Europees Solidariteitskorps („European Solidarity Corps”) op te zetten ertoe kan bijdragen dat meer jongeren belangstelling krijgen voor een baan in de gezondheidssector.

25. Het Comité juicht de medisch-technische vooruitgang en de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen toe. Investeren in onderzoek en innovatie is een essentiële voorwaarde voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Door het gebruik van hulpmiddelen en de ontwikkeling van nieuwe technieken kan ook de autonomie van zorgbehoevenden toenemen.

26. Het belangrijkste hulpmiddel voor het doeltreffender maken van de zorg wordt gevormd door de nieuwe digitale technieken die nieuwe mogelijkheden bieden om aandoeningen te voorkomen, op te sporen, te diagnosticeren en te behandelen, daarover informatie te verschaffen en te communiceren. Het tempo van innovaties in deze sector ligt hoog. Hoewel er vaak goede redenen zijn om stil te staan bij gegevensbescherming en de persoonlijke levenssfeer, duurt het in de gezondheidszorg meestal wel erg lang voordat de nieuwe mogelijkheden van de informatietechnologie worden benut. De wetgeving inzake gegevensbescherming moet op zodanige wijze vormgegeven zijn dat effectieve zorg, toezicht en onderzoek niet worden belemmerd en de privacy wordt gerespecteerd.

---

<sup>(3)</sup> Een aanpak waarbij patiënten en hun familieleden actief worden betrokken bij en deelnemen aan de planning en uitvoering van de zorg en de patiënt niet wordt vereenzelvd met zijn ziekte.

<sup>(4)</sup> Health at a Glance: Europe 2016.

27. Digitalisering betekent ook dat de werkwijze en organisatie in de zorg fundamentele veranderingen ondergaan. Dit heeft invloed op de machtsverhoudingen tussen verschillende groepen werknemers, alsook op de relatie tussen patiënt en personeel. Systemen voor elektronische gezondheidszorg en mobiele gezondheidszorg kunnen burgers grote invloed geven over, en mogelijkheden bieden om verantwoordelijker te worden voor, hun eigen gezondheid en zorg. Patiënten die aan zelfzorg doen, hoeven minder vaak naar de dokter. Dat is vaak in het voordeel van de patiënt en drukt de kosten van de gezondheidszorg. Meer digitalisering kan ook bijdragen aan betere dienstverlening in perifeer gelegen en dunbevolkte gebieden.

28. Het Comité wijst erop dat nieuwe geneesmiddelen een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Dankzij nieuwe en betere diagnostische methoden zijn gepersonaliseerde behandelingen mogelijk en kunnen geneesmiddelen met minder bijwerkingen en betere resultaten worden verstrekt. Om de gezondheidszorg kosteneffectiever te maken, moet het gebruik van dure geneesmiddelen worden vermeden en moet terughoudendheid worden betracht bij het voorschrijven van geneesmiddelen. Het Comité staat dan ook achter de initiatieven die zijn ontplooid met betrekking tot vrijwillige samenwerking tussen de lidstaten op het vlak van de aankoop, prijsbepaling en beschikbaarheid van geneesmiddelen.

29. Er moet meer gebruik worden gemaakt van de potentiële economische en kwalitatieve voordelen van samenwerking waar het gaat om dure en/of zeer gespecialiseerde medische apparatuur.

30. Het Comité is van mening dat de aanhoudende inspanningen op diverse terreinen om de patiëntveiligheid te verbeteren moeten worden voortgezet. Ook moet worden getracht antibioticaresistentie tegen te gaan, onder andere door beperkt gebruik te maken van antibiotica, nieuwe antibiotica te ontwikkelen en voor een totaalaanpak te kiezen die rekening houdt met de gezondheid van mens en dier; daarnaast zijn specifieke maatregelen nodig om gezondheidszorggerelateerde infecties tegen te gaan. Om tot doeltreffende besmettingspreventie te komen is het noodzakelijk dat iedereen die in Europa woont, dezelfde optimale bescherming geniet tegen ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen.

31. Het Comité vindt het bijzonder belangrijk dat de sociale en gezondheidsdiensten in de lidstaten aandacht hebben voor de kwetsbare situatie van veel nieuwe migranten en hun best doen om de behoefte aan bijvoorbeeld psychische zorg te lenigen.

32. De lokale en regionale overheden spelen een belangrijke rol wanneer het gaat om gezondheidsbevordering en bescherming tegen milieugerelateerde risicofactoren. Lokale overheden dragen vaak de primaire verantwoordelijkheid voor milieubescherming, luchtkwaliteit, afvalverwerking, stedelijke planning, openbaar vervoer, water en sanitaire voorzieningen, groenvoorzieningen voor recreatie, voedselveiligheid enz. De gezondheidszorg en sociale dienstverlening kunnen hieraan een bijdrage leveren door bijvoorbeeld veilige en milieuvriendelijke producten te gebruiken, voor goede afvalverwerking te zorgen en hun water- en energieverbruik terug te dringen.

### Maatregelen op EU-niveau

33. Het Comité staat positief tegenover Europese samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg in het kader van het recht van de lidstaten om zelf uit te maken hoe zij hun gezondheidszorg inrichten, organiseren en financieren. Hoewel de uitdagingen dezelfde zijn, zien de oplossingen er vaak anders uit. De EU moet de lidstaten en hun lokale en regionale overheden ondersteunen bij hun inspanningen om een goede volksgezondheid te bevorderen en de gezondheidszorg te ontwikkelen. De EU moet bij haar optreden het subsidiariteitsbeginsel in acht nemen en de verschillen in de gezondheidszorgstelsels in de lidstaten eerbiedigen.

34. Tegelijkertijd is het in het belang van de EU om de gezondheidszorg te verbeteren en de verschillen op het gebied van gezondheid te verminderen, aangezien dat een voorwaarde is om ook de economische en sociale ongelijkheid binnen Europa terug te dringen. De EU moet consequenter uitgaan van het beginsel van „gezondheid op alle beleidsgebieden”.

35. Ook na 2020 moeten in het kader van het EU-cohesiebeleid middelen worden vrijgemaakt voor gezondheidsinfrastructuur, e-gezondheid en programma's voor gezondheidsbevordering, om zo de regionale ontwikkeling te stimuleren en de sociale en economische verschillen te verminderen. Er dient te worden nagegaan of de met EU-middelen gefinancierde projecten efficiënt zijn vanuit het oogpunt van volksgezondheid en de economische ontwikkeling van de betrokken regio's<sup>(5)</sup>.

<sup>(5)</sup> CdR 260/2010.

36. Grensoverschrijdende samenwerking kan bijdragen aan de ontwikkeling van de Europese zorgstelsels. Het is redelijk dat de EU over een zekere wetgevingsbevoegdheid beschikt voor kwesties die betrekking hebben op grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid en de gezondheidszorg, maar verder moeten de werkzaamheden van de EU vooral bestaan uit de ondersteuning van de lidstaten bij hun activiteiten en het bevorderen van een betere kwaliteit. Met het oog hierop kan de EU bijvoorbeeld aanbevelingen formuleren, ontwikkelingsprojecten opzetten en financieren, samenwerking in de grensregio's stimuleren, de uitwisseling van kennis en ervaring bevorderen, goede (praktijk)voorbeelden verspreiden, nog actiever deelnemen aan vergelijkende onderzoeken en, in samenwerking met o.a. de WHO en de OESO, de doeltreffendheid van de zorgstelsels beoordelen. In dit kader moet worden gewezen op de verschillende effecten van gezondheidsdiensten op de gezondheid van patiënten en burgers.
37. In dit verband zou de Europese Commissie een programma voor gezondheidswerkers in het leven moeten roepen, naar analogie van het Erasmusprogramma.
38. De door de Deskundigengroep inzake de prestatiebeoordeling van gezondheidszorgstelsels vastgestelde prioritaire gebieden (geïntegreerde zorg, toegang tot zorg en gelijkheid, eerstelijnszorg, resultaten/doeltreffendheid op gezondheidsgebied, chronische ziekten en kwaliteit van de zorg) zijn evenzeer geldig voor het subnationale niveau; het Comité is bereid samen te werken met de groep zodat meer aandacht kan worden besteed aan de lokale en regionale expertise.
39. In deze context zou het Comité als waarnemer willen deelnemen aan de Deskundigengroep inzake de prestatiebeoordeling van gezondheidszorgstelsels, die in september 2014 door de Commissie en de lidstaten werd opgericht op verzoek van de Raad.
40. De EU moet bijvoorbeeld meewerken aan de preventie van chronische ziekten, de innovatie en het gebruik van moderne informatie- en communicatietechnologie steunen, meer Europese samenwerking op het gebied van de evaluatie van gezondheidstechnologie stimuleren en betrokken blijven bij de wereldwijde inspanningen om antibioticaresistentie terug te dringen. Het Comité is dan ook zeer te spreken over bijvoorbeeld het nieuwe actieplan tegen antibioticaresistentie dat de Commissie in 2017 wil presenteren.
41. Het Comité herinnert de lidstaten in dit verband aan hun verbintenis om uiterlijk medio 2017 een nationaal actieplan tegen antimicrobiële resistentie op te stellen, „op basis van de „één gezondheid“-benadering en overeenkomstig de doelstellingen van het mondiale actieplan van de WHO”, en roept de ministeries van volksgezondheid op om de lokale en regionale overheden te betrekken bij de uitwerking en uitvoering van deze plannen.
42. De burgers van de EU hebben door het arrest van het Hof van Justitie en de richtlijn betreffende patiëntmobiliteit uit 2011 meer mogelijkheden gekregen om zich in een andere lidstaat te laten behandelen. Dat is onder meer goed voor patiënten bij wie een zeldzame ziekte is vastgesteld of die specifieke zorg nodig hebben die in hun eigen land niet wordt verleend. Het Comité is dan ook ingenomen met het voorstel van de Commissie om een Europees referentienetwerk voor zorgverleners en gespecialiseerde centra in EU-landen op te zetten met het oog op de bevordering van zeer gespecialiseerde gezondheidszorg.
43. De EU moet bij haar werkzaamheden m.b.t. „de gezondheidssituatie in de EU” vooral aandacht vestigen op succesvolle voorbeelden van doeltreffende, hoogwaardige gezondheidsdiensten, alsook op organisatievormen in de gezondheidszorg die een belangrijke bijdrage leveren aan doeltreffende en hoogwaardige gezondheidsdiensten, en erop wijzen dat kwalitatief hoogwaardige zorg de behoefte aan sociale bijstandsvoorzieningen kan terugdringen. In verband hiermee wil het Comité wijzen op het belang van lokale en regionale organisatievormen die hun nut reeds hebben bewezen.

Brussel, 22 maart 2017.

*De voorzitter*  
*van het Europees Comité van de Regio's*  
Markku MARKKULA

---