

Zorgstelsels in subsaharaans Afrika en wereldgezondheid

Resolutie van het Europees Parlement van 7 oktober 2010 over de gezondheidsstelsels in de landen van Afrika ten zuiden van de Sahara en de volksgezondheid in de wereld (2010/2070(INI))

Het Europees Parlement,

- gelet op artikel 25 van de Universele Verklaring van de rechten van de mens krachtens hetwelk gezondheid als een grondrecht wordt erkend,
- gezien het recht van eenieder op een zo hoog mogelijk niveau van lichamelijke en geestelijke gezondheid,
- gezien het initiatief van Bamako van 1987 en de doelstelling "gezondheid voor allen in het jaar 2000",
- gezien de verklaring van Alma-Ata van 1978 waarin het begrip primaire gezondheidszorg wordt gedefinieerd,
- gezien het Handvest van Ottawa van 1986 voor de bevordering van de volksgezondheid,
- gezien het in 1987 door de WHO goedgekeurde voorstel van het Internationaal Kinderfonds UNICEF om het beleid voor primaire gezondheidszorg een nieuwe impuls te geven en kindersterfte tegen te gaan,
- gezien het platform van Abidjan van 1998 over het thema "Strategieën ter ondersteuning van de ziekenfondsen in Afrika",
- gezien de millenniumdoelstellingen voor ontwikkeling (MDG) van de VN van 2000 betreffende met name de individuele ontwikkeling (gezondheid en onderwijs), water en energie, plattelandontwikkeling, landbouw en voedselzekerheid, en meer in het bijzonder doelstellingen 1, 4, 5, 6 en 8,
- gelet op de Overeenkomst van Cotonou van 23 juni 2000, als gewijzigd op 25 juni 2005,
- gezien de prioriteiten van de Europese Unie als gedefinieerd in december 2005 in "De Europese consensus voor ontwikkeling",
- gezien de internationale conferentie van Ouagadougou van 2008 over de primaire gezondheidszorg en de gezondheidsstelsels in Afrika en de toezegging van de aanwezige staatshoofden om ten minste 15% van de nationale begroting voor de volksgezondheid uit te trekken,
- gezien de verklaringen van de West-Afrikaanse Economische en Monetaire Unie (WAEMU) betreffende de instelling van een universele ziekteverzekering voor de bevolking en gelet op zijn verordening (nr. 7/2009) van 26 juni 2009 betreffende de ziekenfondsregelingen binnen de WAEMU,

- gezien het 10de Europees Ontwikkelingsfonds voor de periode 2008-2013 en het besluit van de Raad van december 2005,
- gezien de verklaring van Parijs van maart 2007 naar aanleiding van de Conferentie "Consortium" (G8, IAB, WHO, WB, IMF, OESO) over de dekking van ziekterisico's,
- gezien de in april 2007 nader omschreven prioriteiten van het trustfonds EU-Afrika en meer in het bijzonder naar de sectie betreffende de ontwikkeling van infrastructuurnetwerken in Afrika,
- gezien het globale initiatief "International Health Partnership" van Londen van 5 september 2007 voor een betere coördinatie van de buitenlandse hulp op bilateraal en multilateraal vlak,
- gezien de Top van de G8 van juni 2007 en de lancering van het initiatief "Providing for health" voor de ontwikkeling van financieringsystemen voor duurzame, billijke en armvriendelijke zorgstelsels met universele dekking,
- gezien het nieuwe financieringsinstrument voor ontwikkelingssamenwerking van de Europese Unie,
- gezien speciaal verslag nr. 10/2008 van de Europese Rekenkamer over de ontwikkelingshulp van de EG aan de gezondheidsdiensten in Afrika bezuiden de Sahara,
- gezien de gezamenlijke gezondheidsstrategie Afrikaanse Unie/Europese Unie, als gedefinieerd in Lissabon in december 2007,
- gezien het inofficiële gezamenlijke document voorzitterschap/Commissie, als goedgekeurd tijdens de informele bijeenkomst van de ministers van ontwikkelingssamenwerking van september 2008 in Bordeaux, over de dekking van ziekterisico's en de financiering van zorgstelsels in de ontwikkelingslanden,
- gezien de verklaring van Algiers van 2008 over onderzoek op het gebied van de volksgezondheid,
- gezien de verklaring van Ethekwini van 2008 over hygiëne en sanitaire voorzieningen,
- gezien de verklaring van Libreville van augustus 2008 over volksgezondheid en milieu in Afrika,
- gezien de verklaring van Bali van 2008 over afvalstoffenbeheer en volksgezondheid,
- gezien de conclusies van de conferentie van Oslo van oktober 2008 over de leidende beginselen die als instrument kunnen dienen bij de eerbiediging van de rechten van binnenlandse ontheemden, d.w.z. personen die tegen hun wil uit hun woonplaats zijn verdreven naar aanleiding van conflicten, vervolgingen, natuurrampen en ontwikkelingsprojecten, waarbij al dan niet een landgrens is overschreden,
- gezien de door EuropAID voor de periode 2009-2013 vastgestelde doelstellingen,
- gezien de studie van het ICRC over het gewoonterecht waarin met name het recht op gezondheid wordt aangemerkt als gewoonteregel van het humanitair volkerenrecht, dat als

zodanig dient te worden geëerbiedigd,

- gezien de verklaring van de internationale ziekenfondsvereniging van juni 2009 over de plaats van de ziekenfondsen in de universele gezondheidszorgstelsels,
 - gezien de werkzaamheden in het kader van het STEP I- en STEP II-programma (strategieën en technieken om sociale uitsluiting en armoede tegen te gaan) van het Internationaal Arbeidsbureau om sociale uitsluiting te bestrijden, armoede te beperken en fatsoenlijk werk te bevorderen middels innovatieve strategieën ter verruiming van de sociale bescherming,
 - gezien de verklaring van Yaoundé van september 2009, als goedgekeurd door de partijen bij het overleg tussen de bij de ontwikkeling van de ziekenfondsen in Afrika betrokken spelers, volgens welke ziekenfondsen worden gezien als een adequate respons om de doelstelling van universele dekking in landen met een laag tot middelmatig inkomen te bereiken,
 - gezien de goedkeuring, in april 2009, door de "Raad van secretariaatshoofden" van alle organen van de Verenigde Naties van het "Wereldinitiatief voor een universele socialebeschermingsbasis" gebaseerd op een coherent en nader omschreven geheel aan essentiële sociale voorzieningen en fundamentele sociale diensten, waaronder gezondheidszorg, die voor alle burgers toegankelijk moeten zijn,
 - gezien de werkzaamheden van de Paritaire Parlementaire Vergadering EU/ACS van 3 december 2009 en met name haar resolutie over de landbouwproblemen en de klimaatverandering en de negatieve impact daarvan voor de volksgezondheid en het initiatief "Klimaat voor de ontwikkeling van Afrika",
 - gezien de mededeling van de Commissie van 31 maart 2010 over de rol van de EU in de volksgezondheid in de wereld (COM(2010)0128),
 - gezien de conclusies van de 3011de Raad van ministers van Buitenlandse Zaken van 10 mei 2010 over de rol van de Europese Unie in de volksgezondheid in de wereld,
 - gelet op artikel 48 van zijn Reglement,
 - gezien het verslag van de Commissie ontwikkelingssamenwerking (A7-0245/2010),
- A. overwegende dat verticale fondsen/middelen op het gebied van de volksgezondheid hebben geleid tot een daling van het sterftcijfer als gevolg van de meest voorkomende ziekten, zoals tuberculose, malaria, enz., en dat op deze weg moet worden voortgegaan,
- B. overwegende dat de internationale gemeenschap, inclusief de Europese Unie, landen moet ondersteunen bij de tenuitvoerlegging van hun nationale gezondheidsbeleid en dat bij deze maatregelen van overheidswege gefinancierde en voor eenieder toegankelijke gezondheidszorg centraal moet staan,
- C. overwegende dat de basisgezondheidsstelsels alle ziekten dienen te dekken en dat beide benaderingswijzen, te weten de horizontale en de verticale aanpak, noodzakelijk en complementair zijn,
- D. overwegende dat een goed gestructureerde horizontale aanpak tot verzekeringsstelsels (ziekenfondsen, micro-gezondheidsverzekering, enz.) kan leiden die de aangeslotenen actief betrekken bij het beheer van hun eigen gezondheid,

- E. overwegende dat gezondheid noch in Afrika noch elders verhandelbare waar mag zijn en dat moet worden gezocht naar een niet-winstgevende aanpak van zorgverzekering, gebaseerd op waarden van solidariteit en democratie,
- F. overwegende dat in de jaren 90 in Afrika talrijke initiatieven zijn ontplooid voor het opzetten van stelsels ter dekking van ziekterisico's en dat de daaruit voortvloeiende sociale dynamiek moet worden ondersteund,
- G. overwegende dat de in het Engels, Frans of in de Afrikaanse talen gebezigde terminologie in de diverse landen uiteenloopt en niet altijd hetzelfde begrip dekt, dat sommigen spreken van "mutuelle de santé"(mutual health organisation) (ziekenfonds), anderen van "Community Based Health insurance" (ziekteverzekering op gemeenschapsbasis) of van "micro-ziekteverzekering" en dat deze termen een breed spectrum aan solidariteitsinstrumenten dekken die op de onderlinge verdeling van de risico's berusten om de kosten van de gezondheidsdiensten ten dele of in hun totaliteit te dekken,
- H. overwegende dat met de term "mutuelle" (ziekenfonds) het accent wordt gelegd op de sociale beweging en op de gezamenlijke actie van een groep leden, dat de term "verzekering" op 1) premievooruitbetaling (d.w.z. voordat de risico's zich voordoen), 2) risicodeling en 3) het waarborgconcept berust en dat de term "ziekenfondsverzekering" volgens het platform van Abidjan (1998) kan worden gedefinieerd als een autonome vereniging zonder winstoogmerk op basis van solidariteit en democratische deelname die voornamelijk middels premieafdracht van haar leden tot doel heeft de toegang van henzelf en van hun gezinsleden tot kwaliteitsgezondheidszorg te verbeteren en tegelijkertijd verzorgings- en ondersteunende maatregelen ten uitvoer te leggen,
- I. overwegende dat de burgers in het licht van de maatschappelijke en humanitaire omstandigheden waaronder tal van bevolkingsgroepen leven, het verzorgingsbeginsel niet altijd begrijpen en bijgevolg het nut niet inzien van de afdracht van premies om zich te verzekeren tegen een ziekterisico dat zich misschien niet eens zal voordoen, en zelfs nog des te minder, wanneer allerlei ngo's parallel en kosteloos zorg en geneesmiddelen verstrekken,
- J. overwegende dat de Afrikaanse diaspora ten zuiden van de Sahara zich bewust is van het nut en het belang van de ziekenfondsen in de verschillende gastlanden waar deze goed ontwikkeld zijn, en voorts overwegende dat de diaspora vaak een zeer goed contact onderhoudt met de landen van herkomst,
- K. overwegende dat het niet mogelijk is voor Afrika een uniform gezondheidsstelsel op te zetten, zoals in Europa het geval is, waar een onderscheid bestaat tussen algemene socialezekerheidsstelsels, enerzijds, en verplichte socialeverzekeringsstelsels, anderzijds,
 - 1. wijst erop dat de volksgezondheid een weergave is van het sociaal-economisch niveau, de democratie en het goede bestuur van de landen;
 - 2. wijst op de invloed die op de economie van de landen van Afrika ten zuiden van de Sahara wordt uitgeoefend door externe determinanten, zoals de internationale marktregels, het samenwerkingsbeleid, de financiële crisis, de klimaatverandering, het beleid van grote farmaceutische bedrijven en het beleid van grote internationale financiële instellingen;
 - 3. onderstreept dat deze externe determinanten de speelruimte van landen die zich inzetten

voor goed bestuur, aanzienlijk kunnen beperken en een ernstige weerslag kunnen hebben op de volksgezondheid;

4. wijst erop dat het universeel recht op gezondheid een transversaal recht is dat raakvlakken heeft in andere rechtssectoren, zoals het gezondheids- en sociaal recht, het arbeidsrecht en het civiele recht;
5. herinnert de internationale gemeenschap aan haar toezeggingen om de millenniumdoelstellingen te verwezenlijken en de Europese Unie aan haar toezegging om haar hulp voor de gezondheidszorg in de landen van Afrika ten zuiden van de Sahara te verbeteren;
6. wijst op het recht van de vrouw om vrijelijk de zaken betreffende haar reproductieve gezondheid te beheren, ongeacht of het gaat om voortplanting, contraceptie, abortus of seksueel overdraagbare aandoeningen; veroordeelt het feit dat vrouwen nog steeds het slachtoffer zijn van genitale verminkingen en ongehoord geweld en dat verkrachting nog steeds een oorlogswapen is; pleit bijgevolg voor het recht van de vrouw op toegang tot gezondheidszorg op deze terreinen dankzij een horizontale aanpak en dringt aan op een diagonale aanpak met het oog op prioritaire ondersteuning van deze gezondheidssector;
7. wijst erop dat elk kind recht heeft op toegang tot vaccinatie- en immunisatieprogramma's; wijst er voorts op dat jaarlijks 8,8 miljoen kinderen onder de vijf jaar (de helft hiervan in de landen van Afrika ten zuiden van de Sahara) sterven aan ziekten die te voorkomen en te genezen zijn;
8. wijst erop dat pneumonie en diarree de meest voorkomende doodsoorzaken bij kinderen in de landen van Afrika ten zuiden van de Sahara zijn;
9. is verontrust over het feit dat particuliere organisaties die Europese financiële middelen ontvangen en zich bezighouden met zorgverlening aan de Afrikaanse bevolking, bepaalde verzorgende of preventieve praktijken op het gebied van de reproductieve gezondheid onder invloed van religieuze stromingen beperken;
10. onderstreept dat particuliere organisaties die Europese financiële middelen ontvangen hun zorg terzake van de reproductieve gezondheid moeten verlenen met inachtneming van de fundamentele rechten, de waardigheid en de vrijheid van het individu;
11. spreekt zijn veroordeling uit over de proliferatie van sektarische organisaties die misbruik maken van de goedgelovigheid van de meest kwetsbare bevolkingsgroepen en pseudozorg verlenen, zonder dat door de overheid wordt ingegrepen;
12. is verontrust over de toenemende vercommercialisering van de volksgezondheid alsook over een gezondheidszorg met twee snelheden in landen met politieke problemen en tekortkomingen qua goed bestuur;
13. steunt het vaak bewonderenswaardige werk van niet-gouvernementele organisaties die in conflictgebieden werkzaam zijn, doch wijst erop dat deze noodhulp geen blijvend karakter mag hebben noch in de plaats mag treden van duurzame gezondheids- en verzekeringsstelsels;
14. onderstreept de zeer belangrijke rol die niet-overheidsinstellingen, met inbegrip van

religieuze organisaties, waaronder particuliere ziekenhuizen zonder winstoogmerk, bij de verbetering van de volksgezondheid en de bevordering van de gezondheidseducatie spelen;

15. verzoekt de Commissie de versterking van de nationale gezondheidsstelsels volgens criteria van doeltreffendheid, gelijkheid en efficiëntie te ondersteunen, met name aan de hand van een methode in het kader waarvan het algemeen belang centraal staat en het belang van het publieke/particuliere partnerschap voor de gezondheidssector, inclusief de non-profitsector, wordt erkend, ten einde tot blijvende en duurzame resultaten te komen;
16. constateert dat een groot deel van de Afrikaanse bevolking ten zuiden van de Sahara, met name in de plattelandsgebieden, de kosten van gezondheidszorg en geneesmiddelen, zelfs generieke, niet kan dragen;
17. is uitermate verontrust over het feit dat op de Afrikaanse markt verlopen, vervalste en namaakgeneesmiddelen in omloop zijn alsook over de matige reactie van de nationale autoriteiten en de internationale gemeenschap hierop;
18. is bezorgd over het enorme gebrek aan goed opgeleid medisch personeel alsook over het feit dat tal van artsen niet in eigen land blijven; stelt voor hen de mogelijkheid van visa voor meervoudige binnenkomst te bieden, zodat zij hun opleiding in Europa kunnen voortzetten en tegelijkertijd in Afrika woonachtig kunnen blijven;
19. betreurt het gebrek aan gekwalificeerd gezondheidspersoneel – artsen, verpleegkundigen, apothekers – in tal van Afrikaanse landen alsook de aanstelling van dit personeel in Europese landen, die aldus deze landen kostbare hulpbronnen voor hun ontwikkeling ontnemen;
20. wijst erop dat de verwoestende ziekte kanker zich in de ontwikkelingslanden steeds meer onder kinderen verspreidt en verzoekt de Commissie voorlichtingscampagnes te ondersteunen ten einde vroegtijdige diagnoses en doeltreffende therapieën te bevorderen;
21. is verheugd over het feit dat ondanks de sociale, economische en politieke problemen talrijke landen ten zuiden van de Sahara beleid ten uitvoer trachten te leggen om de toegang van hun bevolking tot elementaire gezondheidszorg mogelijk te maken dan wel te verbeteren; verzoekt de Commissie een gedetailleerde evaluatie te maken van de resultaten die terzake van verbetering van de volksgezondheid (moeder- en kindersterfte) met behulp van het financieringsmechanisme voor steun aan de algemene begroting van deze landen zijn bereikt; wenst voorts dat andere financieringsmechanismen in overweging worden genomen;
22. wijst erop hoe belangrijk gezondheids- en hygiëne-educatie in het kader van het volksgezondheidsbeleid is;
23. is van mening dat het noodzakelijk is dat de landen gezondheidsdiensten opzetten die functioneel, sociaal doeltreffend en financieel toegankelijk zijn en waarvan ook zaken betreffende de organisatie van de vraag naar gezondheidszorg en bijgevolg de plaats van de ziekenfondsen in het zorgstelsel, deel uitmaken; is van oordeel dat een en ander het opzetten van een register van de burgerlijke stand vereist;
24. onderstreept hoe belangrijk de rol is die de plaatselijke autoriteiten bij de verbetering van de preventieve zorg en de toegang tot de gezondheidszorg spelen;

25. is verheugd over het succes van de verticale fondsen qua attractiviteit voor donoren en de geboekte vooruitgang bij het terugdringen van veel voorkomende ziekten zoals aids, tuberculose, malaria, poliomyelitis en andere ernstige ziekten; onderstreept evenwel dat deze verticale aanpak in geen geval in de plaats mag treden van een horizontale en duurzame aanpak van de basisgezondheidszorg;
26. wijst erop dat een horizontale aanpak voor wat betreft een basiszorgstelsel, met deelname van de overheid, maar ook van talrijke andere spelers, de enige manier is om op termijn tot een duurzame verbetering van de levens- en gezondheidsomstandigheden van de bevolking te komen;
27. onderstreept dat het niet erg waarschijnlijk is dat deze landen op korte termijn met hun eigen belastingopbrengsten nationale zorgstelsels kunnen financieren en dat naar een gemengde financieringswijze moet worden gezocht; wijst erop dat cofinanciering ertoe bijdraagt dat de partnerlanden meer eigen verantwoordelijkheid bij de projecten nemen;
28. is verheugd over de diagonale aanpak van een aantal verticale fondsen die hebben besloten een deel van hun middelen uit te trekken voor de consolidatie van de zorgstelsels van de betrokken landen via een gerichte aanpak van ziekten; wijst er desalniettemin op dat op gezondheidsgebied samenwerking in de vorm van partnerschappen en voortdurende uitwisselingen tussen ziekenhuizen en overheids- en niet-overheidsgezondheidspersoneel op het noordelijk en zuidelijk halfrond moet worden bevorderd, met name met behulp van telegeneeskunde, waarbij de opleiding van plaatselijk gezondheidspersoneel prioriteit moet krijgen;
29. is van oordeel dat strategische allianties moeten worden aangegaan tussen de belangrijkste actoren op lokaal, nationaal en internationaal niveau en dat een institutionele dialoog tussen de regeringen, de zorgverleners en de ziekenfondsen absoluut noodzakelijk is om het te voeren gezondheidsbeleid te definiëren en te sturen;
30. is evenals de WHO van oordeel dat de uitbreiding van de gezondheidszorg gepaard moet gaan met een socialezekerheidsstelsel dat berust op vooruitbetaling van premies en verdeling en niet op rechtstreekse betaling door de gebruikers, en dat hervormingen strekkende tot een algemene dekking een noodzakelijke voorwaarde zijn voor de verbetering van gelijke behandeling in de gezondheidszorg;
31. is van oordeel dat een zorgverzekeringstelsel kan bijdragen tot een financiële consolidatie van het zorgstelsel en dat alles in het werk moet worden gesteld om hieraan op lokaal niveau een doeltreffende structuur te geven;
32. merkt op dat er voornamelijk twee zorgstelsels zijn in het kader waarvan zorg waar nodig kosteloos kan worden verstrekt, te weten algemene met belastinggelden gefinancierde socialezekerheidsstelsels en verplichte socialezekerheidsstelsels;
33. is van oordeel dat een zorgverzekeringstelsel gebaseerd moet zijn op solidariteit en afgestemd moet zijn op de culturele, sociale en politieke context: het mag geen geïmporteerd model zijn dat simpelweg wordt omgezet noch een overblijfsel uit een koloniaal verleden dat ongewijzigd blijft voortbestaan;
34. is van oordeel dat een zorgverzekeringstelsel de toegang van eenieder tot zorg mogelijk moet maken en een niet-winstgevend en participatief karakter moet hebben;

35. is van oordeel dat een zorgverzekeringsstelsel sturing kan geven aan en van invloed kan zijn op het volksgezondheidsbeleid van het land waarin het wordt toegepast, hetgeen ten goede zal komen van de aangeslotenen;
36. is van oordeel dat het ziekenfondssysteem het meest geëigende instrument is om een sociale dynamiek te creëren die gebaseerd is op solidariteitswaarden en de toegang tot zorg voor eenieder mogelijk moet maken;
37. is van oordeel dat de ziekenfondsen een belangrijke rol spelen bij de verbetering van de sociale samenhang, verbetering van de toegang tot kwaliteitszorg en een daadwerkelijke betrokkenheid van de burger bij de uitstippeling en tenuitvoerlegging van het volksgezondheidsbeleid, met inachtneming van de officiële sociale beschermingsstelsels;
38. onderstreept dat dankzij de ziekenfondsstructuur de verzekeringsbranche heeft kunnen inspelen op de sociaal-economische kenmerken van de bevolkingsgroepen van de informele economie die uitgesloten blijven van de officiële regelingen en de commerciële verzekeringen en dat dit een adequaat respons is om de doelstelling van een universele dekking in landen met een laag en middelmatig inkomen te verwezenlijken;
39. onderstreept dat het doel van de ziekenfondsen geenszins is om in de plaats te treden van de overheid, doch dat deze vorm van verzekering een alternatief is om de belemmeringen voor toegang tot de gezondheidszorg weg te nemen en een betere toegang tot kwaliteitszorg voor alle burgers, ongeacht hun inkomen, mogelijk te maken en tegelijkertijd het land ertoe aan te sporen op dit vlak weer investeringen te doen;
40. steunt de inspanningen van een aantal landen die in het besef van de plaatselijke situaties en behoeften initiatieven van sectorale (in de landbouw, koffieplantages, onder vrouwen, buurtbewoners), etnische, gemeenschaps- of traditionele aard, zoals spaarsystemen, ondersteunen;
41. constateert dat diverse landen, zoals Burundi, Burkina Faso, Kaapverdië, Senegal, Benin, Rwanda, Tanzania, Ghana, Nigeria, Guinee of Kameroen, soms heel verschillende stelsels toepassen, die evenwel hun vruchten hebben afgeworpen;
42. dringt aan op aanpassing van de stelsels aan de waarden van solidariteit en de Afrikaanse cultuur, aangezien het begrip familie in Afrika een zeer ruim begrip is, hetgeen het probleem met zich brengt van het aantal bij de ziekenfondsverzekering aangeslotenen personen, uitgaande van westerse maatstaven;
43. onderstreept de bemiddelende rol die de Afrikaanse diaspora in de landen van Afrika ten zuiden van de Sahara bij de bewustmaking van hun landgenoten van het belang en de invoering van ziekenfondsstelsels in hun land kan spelen;
44. onderstreept de interrelatie tussen de verzekeringsstelsels en de structuur van de horizontale gezondheidszorg, daar de bevolking het nut van het afdragen van premies niet zal inzien, als de toegang tot zorg en geneesmiddelen niet gewaarborgd is;
45. is ervan overtuigd dat voor deze verzekeringsaanpak een grootschalige bewustmakingscampagne van de bevolking via aangepaste programma's is vereist;
46. verzoekt de Commissie in haar programma's het accent te blijven leggen op concrete

projecten gericht op sociaal-economische determinanten voor de volksgezondheid zoals drinkwater, wegeninfrastructuur, voedselzekerheid, menswaardige woon- en werkomstandigheden, milieubescherming, bestrijding van klimaatverandering;

47. doet een beroep op de lidstaten en de Europese farmaceutische bedrijven om overeenkomstig het bepaalde in de TRIPS-overeenkomst een partnerschapsaanpak overeen te komen met patentbescherming voor ontwikkelde markten en met vrijwillige licentieovereenkomsten, steun voor gezondheidsprogramma's, overdracht van technologie en een verhoging van de lokale productiecapaciteit ten einde lagere geneesmiddelenprijzen (hetzij gestaffeld, hetzij afgestemd op de respectieve markten) voor lagelonenlanden mogelijk te maken;
48. verzoekt de EU in de epo's geen bepalingen betreffende intellectuele eigendomsrechten op te nemen die extra belemmeringen kunnen vormen voor de toegang tot essentiële geneesmiddelen; wijst er in dit verband op dat de EU in het kader van de Verklaring van Doha van 2001 over TRIPS en de volksgezondheid heeft toegezegd de volksgezondheid te laten prevaleren boven haar handelsbelangen, en verzoekt de EU het kader van de epo's te gebruiken om de ACS-landen te helpen de in de Verklaring van Doha voorziene flexibele regelingen toe te passen;
49. dringt bij de Commissie aan op transparante financieringsindicatoren voor de gezondheidszorg in de respectieve landen: kosten van ziekte in termen van zorg en arbeidsongeschiktheid, kinder- en moedersterftecijfers, grootte van de bevolking, inkomensniveau van het land, enz.;
50. verzoekt de Commissie het horizontale gezondheidsmodel te ondersteunen en er bij haar volksgezondheidsbeleid vanuit te gaan dat het ziekenfondsmodel een rol kan spelen als instrument voor de bescherming van de gezondheid, in combinatie met andere modellen, om bij te dragen aan verruiming van de volksgezondheidsdekking;
51. verzoekt de Commissie de toegang tot de gezondheidszorg voor bepaalde groepen voor wie die toegang moeilijk is, zoals bijvoorbeeld herders en hoeders, te waarborgen;
52. verzoekt de Commissie een vastberaden standpunt in te nemen tijdens de bijeenkomst van het Wereldfonds voor de bestrijding van aids, tuberculose en malaria in oktober 2010 in New York en zich vast te leggen op concrete projecten voor de periode 2011-2013;
53. verzoekt de Commissie haar steun aan de verticale fondsen gepaard te doen gaan met aanbevelingen met het oog op "diagonale" ondersteuning van de basiszorg in de betrokken landen; verzoekt de Commissie voorts aanbevelingen aan de verticale fondsen te formuleren met het oog op de uitwerking van exitstrategieën voor de partnerlanden op middellange termijn, naar gelang van de verwezenlijking van de gestelde doelstellingen;
54. verzoekt de Commissie voor meer coherentie te zorgen in het extern beleid en met een mededeling te komen over de sociale bescherming in het kader van de ontwikkelingssamenwerking, overeenkomstig de suggestie van de Raad in zijn conclusies over de bevordering van de werkgelegenheid in het kader van de EU-ontwikkelingssamenwerking (21 juni 2007); is van oordeel dat deze mededeling gepaard moet gaan met een concreet, tijdgebonden en van adequate middelen voorzien actieprogramma;

55. verzoekt de Commissie de invoering van gezondheidskaarten in de partnerlanden van de Europese Unie te steunen en met de betrokken landen de behoeften en de middelen in dezen – eventueel op regionaal niveau – op elkaar af te stemmen;
56. verzoekt de Commissie de maatregelen in het kader van de humanitaire hulp voor de gezondheidszorg in de versterking van de horizontale gezondheidszorg te integreren, met inachtneming van de LRRD-aanpak (koppeling van noodhulp, herstel en ontwikkeling);
57. verzoekt de Europese Unie gebruik te maken van het potentieel van de mutualistische beweging bij de organisatie van de vraag naar gezondheidszorg en de talrijke bestaande ziekenfondsinitiatieven ter bevordering van de toegang tot gezondheidszorg te ondersteunen;
58. verzoekt de lidstaten, naar gelang van hun expertise op de diverse gebieden, de regeringen van de ontwikkelingslanden meer technische en financiële steun te verlenen bij het opzetten en uitbreiden van de socialebeschermingsstelsels;
59. dringt er bij de Commissie en de internationale financiële instellingen zoals de EIB op aan de ontwikkeling van ziekenfondsverzekeringssystemen en de financiering ervan te steunen, bijvoorbeeld middels kredietgaranties, (co)financiering van investeringen in ziekenhuizen, financiering van (een deel van) de salarissen van gezondheidswerkers;
60. verzoekt de verzekeringsondernemingen, banken en ziekenfondsverzekeringen in de EU initiatieven te nemen om de uitgebreide kennis en knowhow die zij in meer dan twee eeuwen verzekeringsgeschiedenis hebben vergaard, aan de ontwikkelingslanden over te brengen met het oog op het opzetten van nieuwe verzekeringsstelsels; verzoekt de Commissie dit soort initiatieven actief te ondersteunen en te vergemakkelijken;
61. verzoekt de Europese Unie zich actief in te zetten voor de ontwikkeling van duurzame basiszorginfrastructuur - ziekenhuizen, zorgcentra, apotheken -, de opleiding van gekwalificeerd gezondheidspersoneel en de toegang tot geneesmiddelen;
62. verzoekt de Commissie erop toe te zien dat het Europees beleid inzake reproductieve gezondheid wordt aangeprezen bij alle organisaties die Europese financiële middelen ontvangen;
63. verzoekt de Raad op de lidstaten druk uit te oefenen om hun financiële toezeggingen voor wat betreft ontwikkelingshulp na te komen; betreurt met name dat sommige lidstaten niet 0,56% van hun bbp uittrekken voor internationale samenwerking;
64. roept alle lidstaten en de Commissie op ten minste 20% van alle ontwikkelingsgelden toe te kennen aan basiszorg en -onderwijs, hun bijdragen aan het Wereldfonds voor de bestrijding van hiv/aids, malaria en tuberculose te verhogen en hun middelen voor andere programma's ter verbetering van de gezondheidsstelsels te verhogen, alsook prioriteit te verlenen aan de gezondheid van moeders en de bestrijding van kindersterfte;
65. verzoekt de Commissie de opmerkingen en aanbevelingen in speciaal verslag nr. 10/2008 van de Europese Rekenkamer op te volgen voor wat betreft de door haar verstrekte ontwikkelingshulp aan de gezondheidsdiensten in Afrika bezuiden de Sahara in het kader van haar verplichtingen de millenniumdoelstellingen zonder meer uiterlijk in 2015 te verwezenlijken;

66. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad en de Commissie.