



EUROPEES PARLEMENT

2009 - 2014

Zittingsdocument

A7-0032/2011

8.2.2011

VERSLAG

over verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU
(2010/2089(INI))

Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid

Rapporteur: Edite Estrela

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT	3
TOELICHTING	18
ADVIES VAN DE COMMISSIE INTERNE MARKT EN CONSUMENTENBESCHERMING	20
ADVIES VAN DE COMMISSIE RECHTEN VAN DE VROUW EN GENDERGELIJKHEID	26
UITSLAG VAN DE EINDSTEMMING IN DE COMMISSIE	33

ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT

over verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU (2010/2089(INI))

Het Europees Parlement,

- gelet op de artikelen 168 en 184 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie,
- gelet op artikel 2 van het Verdrag betreffende de Europese Unie,
- gelet op artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie,
- gelet op artikel 23 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie inzake de gelijkheid van mannen en vrouwen op alle gebieden,
- gezien de mededeling van de Commissie met als titel "Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU" (COM(2009)0567),
- gelet op Besluit nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013)¹,
- gelet op Besluit 2010/48/EG van de Raad van 26 november 2009 betreffende de sluiting door de Europese Gemeenschap van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap²,
- gezien de mededeling van het Comité voor sociale bescherming met als titel "Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU",
- gezien de conclusies van de Raad van 8 juni 2010 over "Rechtvaardigheid en gezondheid in alle beleidsmaatregelen: solidariteit in de gezondheidszorg",
- gezien het verslag over de tweede gezamenlijke beoordeling door het Comité voor sociale bescherming en de Commissie van het sociale effect van de economische crisis en de beleidsreacties,
- gezien de conclusies van de Raad betreffende de gemeenschappelijke waarden en beginselen van de gezondheidsstelsels van de Europese Unie (2006/C 146/01),
- gezien de resolutie van de Raad van 20 november 2008 over de gezondheid en het welzijn van jongeren,
- gezien het eindverslag van de WHO-commissie voor sociale gezondheidsdeterminanten (WHO, 2008),

¹ PB L 301 van 20.11.2007, blz. 3.

² PB L 23 van 27.1.2010, blz. 35.

- gezien het advies van het Comité van de Regio's over "Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU",
 - onder verwijzing naar zijn resolutie van 1 februari 2007 over het bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten¹) en zijn resolutie van 25 september 2008 over het Witboek over aan voeding, overgewicht en obesitas gerelateerde gezondheidskwesties²,
 - onder verwijzing naar zijn resolutie van 9 oktober 2008 met als titel "Samen werken aan gezondheid: een EU-strategie voor 2008-2013"³,
 - gelet op artikel 48 van zijn Reglement,
 - gezien het verslag van de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid en de adviezen van de Commissie interne markt en consumentenbescherming en de Commissie rechten van de vrouw en gendergelijkheid (A7-0032/2011),
- A. overwegende dat universaliteit, toegang tot zorg van goede kwaliteit, gelijkheid en solidariteit gemeenschappelijke waarden en beginselen zijn die de zorgstelsels in de EU-lidstaten schragen,
 - B. overwegende dat, ofschoon burgers gemiddeld langer en gezonder leven dan de voorgaande generaties, de EU als gevolg van de vergrijzing met een ernstig probleem wordt geconfronteerd, namelijk grote en steeds verder toenemende verschillen tussen en binnen de lidstaten op gezondheidsgebied,
 - C. overwegende dat het verschil in levensverwachting bij geboorte tussen de laagste en de hoogste sociaaleconomische groepen bij mannen wel tien jaar en bij vrouwen wel zes jaar kan bedragen.
 - D. overwegende dat de genderdimensie vanuit levensverwachtingsperspectief ook een van de voornaamste uitdagingen is waarmee wij in het kader van de bestrijding van gezondheidsachterstanden af te rekenen hebben,
 - E. overwegende dat gezondheid, afgezien van genetische determinanten, in hoofdzaak wordt bepaald door de levensstijl die mensen erop nahouden, hun toegang tot gezondheidszorg, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -educatie, ziektepreventie en de behandeling van korte- en langetermijnziektes; overwegende dat lagere sociaaleconomische groepen vatbaarder zijn voor slechte voedingsgewoonten en tabaks- en alcoholverslaving, factoren die in hun totaliteit in hoge mate bijdragen aan tal van ziekten en aandoeningen, waaronder ook hart- en vaatziekten en kanker,
 - F. overwegende dat in alle lidstaten gezondheidsongelijkheden aan te treffen zijn tussen hoger en lager opgeleiden, hogere en lagere arbeidsechelons en hogere en lagere inkomensgroepen,

¹ Aangenomen teksten, P6_TA(2007)0019.

² Aangenomen teksten, P6_TA(2008)0461.

³ PB C 9 E van 15.1.2010, blz. 56.

- G. overwegende dat is aangetoond dat het geslacht een rol speelt bij ondervoeding, hetgeen lijkt te suggereren dat vrouwen vaker ondervoed zijn en dat deze vorm van ongelijkheid toeneemt naarmate men lager op de sociaaleconomische ladder staat,
- H. overwegende dat gender- en leeftijdsverschillen bij biomedisch onderzoek en de ondervertegenwoordiging van vrouwen bij klinische proeven de gezondheidszorg niet ten goede komen,
- I. overwegende dat vergelijkende meting van gezondheidsachterstanden een fundamentele eerste stap is op weg naar effectieve maatregelen,
- J. overwegende dat het sterftecijfer meestal hoger is onder lager opgeleiden, de lagere arbeidsechelons en de lagere inkomensgroepen, en er zich ook substantiële ongelijkheden kunnen voordoen in de prevalentie van de meeste specifieke vormen van invaliditeit en van de meeste specifieke chronische niet-overdraagbare ziekten, orale ziekten en sommige psychische aandoeningen,
- K. overwegende dat het tabaksgebruik onder vrouwen en met name onder jonge vrouwen snel toeneemt, wat op termijn verwoestende gevolgen heeft voor hun gezondheid, en tevens overwegende dat tal van ongunstige factoren de schadelijke gevolgen van roken voor vrouwen nog verergeren,
- L. overwegende dat de Commissie in alle lidstaten van de Europese Unie het bestaan van een sociale gradiënt in gezondheidsstatus heeft geconstateerd (mededeling van de Commissie van 20 oktober 2010, 'Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU'); voorts overwegende dat de Wereldgezondheidsorganisatie deze gradiënt omschrijft als het verband tussen sociaaleconomische ongelijkheden en ongelijkheden in de gezondheidszorg en in de toegang tot de gezondheidszorg,
- M. overwegende dat tal van projecten en studies hebben bevestigd dat met name het beginstadium van overgewicht en obesitas wordt gekenmerkt door vroege ongelijkheden gekoppeld aan de sociaaleconomische omgeving en dat de meeste gevallen van overgewicht en obesitas in de lagere sociaaleconomische klassen voorkomen; overwegende dat deze situatie vanwege het verhoogde risico voor aan obesitas gerelateerde aandoeningen kan leiden tot nog grotere ongelijkheden op gezondheids- en sociaaleconomisch gebied,
- N. overwegende dat ondanks de vooruitgang op sociaaleconomisch en milieugebied, die over langere periodes heeft geleid tot een algemene verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking, er diverse factoren zijn, waaronder hygiënische, woon- en arbeidsomstandigheden, slechte voeding, onderwijs, inkomen en het gebruik van alcohol en tabak, die nog altijd een directe weerslag op de ongelijkheid op gezondheidsgebied hebben;
- O. overwegende dat de klimaatverandering naar verwachting een aantal potentiële gevolgen heeft voor de gezondheid door vaker voorkomend extreem weer zoals hittegolven en overstromingen, door veranderende infectieziektepatronen en door een hogere blootstelling aan UV-straling; overwegende dat niet alle EU-landen in gelijke mate op

deze problemen zijn voorbereid,

- P. overwegende dat ongelijkheden op gezondheidsgebied niet alleen het gevolg zijn van tal van factoren op het gebied van economie, milieu en leefwijze, maar ook van problemen betreffende de toegang tot gezondheidszorg,
- Q. overwegende dat gezondheidsachterstanden ook verband houden met problemen bij de toegang tot gezondheidszorg, zowel om economische redenen – en dan niet zozeer wat betreft langdurige verzorging, waarin goed wordt voorzien in de lidstaten, maar vooral bij alledaagse behandelingen (zoals tandheelkundige of oogheelkundige zorg) – als door een slechte verdeling van medische hulpmiddelen in sommige delen van de Unie,
- R. overwegende dat het tekort aan medisch specialisten in sommige delen van de Europese Unie en het feit dat zij zich gemakkelijk in andere delen van de Unie kunnen vestigen een reëel probleem is, en dat deze situatie resulteert in forse achterstanden in termen van toegang tot gezondheidszorg en patiëntenveiligheid,
- S. overwegende dat mensen die in afgelegen en insulaire gebieden wonen nog altijd slechts beperkte toegang hebben tot snelle en hoogwaardige gezondheidszorg,
- T. overwegende dat patiënten met chronische ziekten of aandoeningen een specifieke groep vormen – hetgeen te maken heeft met ongelijkheden op het stuk van toegang tot diagnostische en zorgvoorzieningen, alsmede tot sociale en andere ondersteunende diensten – die vatbaar is voor problemen zoals geldzorgen, werkloosheid, sociale discriminatie en stigmatisering,
- U. overwegende dat geweld tegen vrouwen in alle landen en alle sociale klassen een wijdverbreid fenomeen vormt en ingrijpende gevolgen heeft voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van vrouwen en kinderen,
- V. overwegende dat de Wereldgezondheidsorganisatie onvruchtbaarheid erkent als een medische aandoening met grote gevolgen voor de gezondheid van vrouwen, en overwegende dat uit een nationaal bewustmakingsonderzoek in het Verenigd Koninkrijk is gebleken dat meer dan 94% van alle onvruchtbare vrouwen ook aan een vorm van depressie lijdt,
- W. overwegende dat er tussen de lidstaten enorme verschillen bestaan wat betreft toegang tot vruchtbaarheidsbehandelingen,
- X. overwegende dat de werkloosheid in de EU-27 volgens het bureau voor de statistiek van de Europese Unie (Eurostat) in september 2010 is opgelopen tot 9,6% en dat het Comité voor sociale bescherming van de Raad van de Europese Unie in zijn advies van 20 mei 2010 zijn bezorgdheid heeft uitgesproken over het feit dat de huidige economische en financiële crisis ongunstig uitpakt voor de toegang van burgers tot de gezondheidszorg en voor de budgetten voor gezondheidszorg van de lidstaten,
- Y. overwegende dat de huidige economische en financiële crisis in meerdere lidstaten van de EU een zware weerslag kan hebben voor de gezondheidssector, zowel aan de vraag- als de aanbodzijde,

- Z. overwegende dat de beperkingen als gevolg van de huidige economische en financiële crisis, in combinatie met de gevolgen van het demografische probleem waar de Unie straks voor staat, de financiële en organisatorische duurzaamheid van de zorgstelsels van de lidstaten ernstig kunnen ondermijnen en zo de gelijke toegang tot zorg op hun grondgebied kunnen belemmeren,
- AA. overwegende dat de combinatie van armoede met andere kwetsbaarheidsfactoren zoals jeugd of ouderdom, invaliditeit of minderheidsachtergrond de risico's voor gezondheidsachterstanden nog vergroten en dat een slechte gezondheid op haar beurt kan leiden tot armoede en/of sociale uitsluiting,
- AB. overwegende dat iemands jeugdjaren een levenslange invloed hebben op tal van gezondheids- en welzijnsaspecten, van obesitas, hartkwalen en geestelijke gezondheid tot onderwijs, succes in het beroepsleven, economische status en kwaliteit van leven,
- AC. overwegende dat ongelijkheden op gezondheidsgebied belangrijke economische consequenties hebben voor de EU en de lidstaten; overwegende dat de schade als gevolg van gezondheidsachterstanden wordt geraamd op circa 1,4 % van het BBP,
- AD. overwegende dat gelijke toegang tot de gezondheidszorg voor migranten zonder papieren in veel EU-landen noch in de praktijk noch wettelijk gewaarborgd is,
- AE. overwegende dat er in de lidstaten nog altijd gevallen voorkomen waarbij mensen van verschillende sociale groepen (bijvoorbeeld invaliden) obstakels op hun weg vinden die een uniforme bereikbaarheid van zorginstellingen in de weg staan, en die er aldus voor zorgen dat zij slechter toegang hebben tot zorgvoorzieningen,
- AF. overwegende dat de lidstaten in het kader van de vergrijzing worden geconfronteerd met problemen op het stuk van afhankelijkheid en groeiende behoeften op het gebied van geriatrische zorg en behandeling; tevens overwegende dat de organisatie van de gezondheidszorg een andere benadering vergt; ten slotte overwegende dat de achterstanden op het gebied van toegang tot gezondheidszorg voor ouderen steeds groter worden,
1. is ingenomen met de voornaamste suggesties die de Commissie doet in haar mededeling "Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU", namelijk: 1) een rechtvaardiger verdeling van de gezondheid als onderdeel van onze algemene doelstellingen voor sociale en economische ontwikkeling; 2) verbetering van het gegevens- en kennisbestand (inclusief metings-, monitoring-, evaluatie- en rapportageresultaten); 3) werken aan engagement in de hele maatschappij ter vermindering van gezondheidsachterstanden; 4) voorzien in de behoeften van kwetsbare groepen; en 5) ontwikkeling van de bijdrage van EU-beleid aan de vermindering van gezondheidsachterstanden;
 2. onderstreept dat gezondheidszorg moet worden verstrekt op een wijze die in overeenstemming is met de fundamentele rechten; wijst op de noodzaak de universele toegang tot zorgstelsels en betaalbare gezondheidszorg voor iedereen te behouden en te verbeteren;

3. wijst op de noodzaak tot verbetering van de toegang tot ziektepreventie, gezondheidsbevordering en primaire en gespecialiseerde gezondheidszorg, en tot vermindering van de ongelijkheid tussen verschillende sociale en leeftijdsgroepen, en benadrukt dat deze doelstellingen kunnen worden bereikt door optimaal gebruik te maken van de overheidsuitgaven voor preventieve en curatieve gezondheidszorg en gerichte programma's voor kwetsbare groepen;
4. verzoekt de Commissie en de lidstaten hun inspanningen voort te zetten om de sociaaleconomische verschillen te helpen wegwerken, waardoor uiteindelijk ook de ongelijkheid op het gebied van gezondheidszorg kan worden verholpen; roept de Commissie en de lidstaten er bovendien toe op zich op basis van de universele waarden van menselijke waardigheid, vrijheid, gelijkheid en solidariteit te concentreren op de behoeften van kwetsbare groepen, met inbegrip van kansarme migrantengroepen en mensen die behoren tot etnische minderheden, kinderen en adolescenten en mensen met een handicap, waarbij speciaal de aandacht moet uitgaan naar psychische aandoeningen, patiënten met chronische ziekten of aandoeningen, ouderen, mensen die in armoede leven en mensen met een alcohol- of drugsverslaving;
5. dringt er bij de lidstaten op aan te waarborgen dat de meest kwetsbare groepen, onder wie migranten zonder papieren, recht hebben op en gelijke toegang krijgen tot de gezondheidszorg; verzoekt de lidstaten aan de hand van een op gemeenschappelijke principes te baseren definitie de haalbaarheid te onderzoeken van ondersteuning van de elementaire componenten van gezondheidszorg voor illegale migranten, zoals gedefinieerd in hun nationale wetgeving;
6. verzoekt de lidstaten rekening te houden met de specifieke behoeften van vrouwelijke immigranten op het gebied van gezondheidszorg en met name te garanderen dat hun gezondheidsstelsels over passende vertaalvoorzieningen beschikken; is van mening dat de gezondheidsstelsels scholingsinitiatieven moeten ontplooiën om artsen en ander medisch personeel in staat te stellen een interculturele aanpak te hanteren op basis van de herkenning en eerbiediging van de verscheidenheid en de gevoeligheden van mensen afkomstig uit verschillende geografische regio's; meent voorts dat er prioriteit moet worden gegeven aan maatregelen en voorlichtingscampagnes gericht tegen genitale verminking bij vrouwen, met inbegrip van zware straffen voor personen die zich hieraan schuldig maken;
7. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten om snel oplossingen te vinden voor discriminatie op grond van etnische afkomst, vooral in lidstaten waar Richtlijn 2000/43/EG van de Raad niet is uitgevoerd en waar tot etnische minderheden behorende vrouwen geen of weinig sociale bescherming genieten en geen of nauwelijks toegang hebben tot gezondheidszorg;
8. roept de lidstaten ertoe op de toegang tot juridisch advies van hoge kwaliteit in samenwerking met maatschappelijke organisaties te bevorderen om de burgers, met inbegrip van migranten zonder papieren, te helpen hun individuele rechten beter te leren kennen;
9. onderstreept dat de economische en financiële crisis alsmede de bezuinigingsmaatregelen van de lidstaten, met name aan de aanbodzijde kunnen leiden tot een lager

financieringspeil voor volksgezondheid en gezondheidsbevordering, ziektepreventie en langetermijnzorg, als gevolg van budgettaire bezuinigingen en lagere belastingopbrengsten, terwijl de vraag naar medische diensten en langetermijnzorg eerder zal toenemen door een combinatie van factoren die een verslechtering van de gezondheidstoestand onder de algemene bevolking in de hand werken;

10. onderstreept dat gezondheidsachterstanden in de EU een zware belasting vormen voor de lidstaten en hun zorgstelsels en dat het goed functioneren van de interne markt en een krachtig – en zo mogelijk gecoördineerd – preventiebeleid verbeteringen op dit vlak kunnen helpen bewerkstelligen;
11. onderstreept dat het bestrijden van sociaaleconomische factoren zoals obesitas, roken, enz., de toegankelijkheid van de zorgstelsels (die in gevaar wordt gebracht door het niet vergoeden van de kosten van zorg en van geneesmiddelen, ontoereikende preventie en versnipperde medische demografie) en het stellen van een doeltreffende diagnose moeten worden beschouwd als essentiële aspecten voor de bestrijding van gezondheidsachterstanden en dat daarnaast ook de toegankelijkheid en betaalbaarheid van farmaceutische behandelingen moet worden gezien als een bepalend aspect voor de gezondheid van de individuele burger; verzoekt de lidstaten er derhalve voor te zorgen dat de transparantierichtlijn (89/105/EEG) correct wordt uitgevoerd en dat de juiste conclusies worden verbonden aan de mededeling van de Commissie van 2008 over het onderzoek naar de farmaceutische sector;
12. onderstreept dat gezondheidszorg geen gewoon product of een algemene dienst is en ook niet als zodanig mag worden beschouwd;
13. verzoekt de Raad en de lidstaten zich te beraden over de toepassing van nieuwe maatregelen ter verbetering van de doeltreffendheid van hun uitgaven voor gezondheidszorg, met name in de vorm van investeringen in preventieve gezondheidszorg om de langetermijnkosten en sociale lasten te verlagen, en hun stelsels van gezondheidszorg te herstructureren met het oog op de verschaffing van gelijke en niet-discriminerende toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg (in het bijzonder medische basiszorg) in de gehele EU, en spoort de Commissie ertoe aan een onderzoek in te stellen naar het gebruik van de bestaande Europese fondsen met het oog op de verdere bevordering van investeringen in gezondheidsinfrastructuur, onderzoek en opleiding en om ziektepreventie te stimuleren en te intensiveren;
14. verzoekt de Commissie en de lidstaten erop toe te zien dat gelijke toegang tot gezondheidszorg en behandelingsmogelijkheden voor oudere patiënten in hun gezondheidsbeleid en gezondheidsprogramma's wordt geïntegreerd, zodat adequate toegang tot gezondheidszorg en therapieën voor ouderen wordt verheven tot een prioriteit voor '2012, het Europees Jaar voor actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties'; verzoekt de lidstaten initiatieven te ontplooien met het oog op de bestrijding van sociaal isolement bij ouderen, aangezien dit een diepgaande invloed heeft op de langetermijngezondheid van patiënten; benadrukt dat de Europese Unie en haar lidstaten de sociale en economische gevolgen van de vergrijzing van de Europese bevolking via een passende langetermijnstrategie moeten ondervangen, teneinde de financiële en organisatorische duurzaamheid van de gezondheidszorgstelsels en gelijke en continue

zorgverlening voor patiënten te kunnen garanderen;

15. roept alle lidstaten ertoe op zich beter toe te rusten om de gezondheids- en sociale effecten van de crisis op zowel nationaal als regionaal en lokaal niveau nauwlettend te kunnen volgen;
16. dringt er bij de Commissie op aan de uitwisseling van ervaringen te bevorderen op het gebied van gezondheidseducatie, het volgen van gezonde leefwijzen, preventie, vroegtijdige diagnose en adequate behandeling, in het bijzonder met betrekking tot drinken, roken, voeding en obesitas en drugsgebruik; roept de lidstaten ertoe op lichamelijke activiteit, goede voeding en 'gezonde scholen'-programma's voor kinderen bevorderen, met name in de meer kansarme gebieden, en de niveaus van persoonlijke, sociale en gezondheidseducatie te verbeteren, met het oog op het bevorderen van gezonder gedrag en het stimuleren van een positieve levensstijl;
17. spoort alle lidstaten ertoe aan te investeren in sociale, educatieve, ecologische en gezondheidszorginfrastructuren, overeenkomstig het beginsel dat 'gezondheid in alle beleidssectoren' moet worden geïntegreerd, en daarnaast hun maatregelen met betrekking tot de kwalificatie, opleiding en mobiliteit van gezondheidswerkers te coördineren, om zo op lange termijn de capaciteit en duurzaamheid van de gezondheidsinfrastructuur en het zorgpersoneel op zowel EU- als nationaal niveau te kunnen garanderen;
18. onderstreept dat aan de gezondheidsachterstanden in de Europese Unie geen einde zal kunnen worden gemaakt zonder een gemeenschappelijke, alomvattende strategie voor de Europese werknemers in de gezondheidszorg, die ook een gecoördineerd beleid voor middelenbeheer, scholing en beroepsopleiding, minimumkwaliteits- en veiligheidsnormen en de registratie van beroepskrachten dient te omvatten;
19. roept de lidstaten ertoe op ervoor te zorgen dat informatie over gezondheid, een gezonde levensstijl, gezondheidszorg, bestaande preventiemogelijkheden, vroegtijdige diagnostiek en geschikte therapieën beschikbaar wordt gesteld in een vorm en taal die voor iedereen begrijpelijk is, onder gebruikmaking van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, in het bijzonder op het vlak van online gezondheidsdiensten;
20. roept de lidstaten op tot bevordering van de introductie van telegeneeskunde, een middel waarmee de geografische verschillen in toegankelijkheid van sommige, met name gespecialiseerde soorten geneeskundige zorg in met name grensstreken verregaand kunnen worden verminderd;
21. roept de lidstaten ertoe op met meer beleidsmaatregelen te komen om gezonde levensomstandigheden voor alle baby's, kinderen en adolescenten te garanderen, inclusief met betrekking tot preconceptiezorg, kraamzorg en maatregelen om ouders te ondersteunen, meer in het bijzonder zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven, ten einde voor alle pasgeborenen een gezonde start in het leven te waarborgen en verdere gezondheidsachterstanden te voorkomen, en daarmee het belang te onderkennen van investeringen in de vroege ontwikkeling van kinderen en levensloopbegeleidingsregelingen;
22. verzoekt de lidstaten erop toe te zien dat alle zwangere vrouwen en kinderen, ongeacht

hun status, recht hebben op en daadwerkelijk in het genot komen van sociale bescherming, zoals gedefinieerd in hun nationale wetgeving;

23. herinnert eraan dat de EU krachtens het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap verplicht is ervoor te zorgen dat personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid; wijst er nadrukkelijk op dat de integratie van handicapgerelateerde aspecten in alle relevante indicatoren op het gebied van gezondheid een cruciale stap vormen ter nakoming van deze verplichting;
24. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten de gezondheidstoestand van vrouwen en de ouderdomsproblematiek (voor met name oudere vrouwen) als factoren in aanmerking te nemen in het gelijkekansenbeleid en om genderbewuste budgettering bij alle vormen van gezondheidsbeleid, gezondheidsprogramma's en gezondheidsonderzoek te betrekken, vanaf de ontwikkelings- tot en met de impactbeoordelingsfase; dringt erop aan dat de door de Europese Unie gesubsidieerde kaderprogramma's voor onderzoek en instanties voor overheidsfinanciering ook het genderimpactaspect bij hun beleid betrekken en moeten voorzien in de compilatie en analyse van gender- en leeftijdspecifieke gegevens ter identificatie van de essentiële verschillen tussen mannen en vrouwen op het vlak van gezondheid en ter ondersteuning van beleidsaanpassingen, en verlangt dat deze programma's en instanties epidemiologische instrumenten voor het analyseren van de verschillen in levensverwachting tussen mannen en vrouwen introduceren en onderling vergelijken;
25. is van mening dat de Europese Unie en de lidstaten ervoor moeten zorgen dat vrouwen gemakkelijk toegang krijgen tot anticonceptiemethoden en het recht hebben om op een veilige manier een abortus te laten uitvoeren;
26. verzoekt de Commissie de lidstaten te voorzien van voorbeelden van goede en optimale praktijken met het oog op een gelijkere toegang tot vruchtbaarheidsbehandelingen;
27. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten bijzondere aandacht te besteden aan de mensenrechten van vrouwen, met name door gedwongen sterilisatie en genitale verminking van vrouwen te verhinderen, uit te bannen en strafbaar te stellen;
28. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten geweldpleging door mannen jegens vrouwen te erkennen als een volksgezondheidsprobleem, ongeacht de vorm die zij aanneemt;
29. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten met betrekking tot de toegang tot medisch geassisteerde voortplantingstechnieken de nodige maatregelen te nemen om discriminatie van vrouwen op grond van hun burgerlijke staat, leeftijd, seksuele geaardheid dan wel etnische of culturele achtergrond uit te bannen;
30. verzoekt de lidstaten om in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie obesitas te erkennen als een chronische ziekte teneinde toegang te verschaffen tot programma's ter voorkoming van obesitas en om voor personen die aan obesitas lijden en medische behandeling behoeven toegang tot behandelingvormen te garanderen waarvan het positief medisch effect is aangetoond, mede om verdere aandoeningen te voorkomen;

31. roept de Europese Unie en de lidstaten ertoe op het genderperspectief te integreren in de strijd tegen het roken, zoals wordt aanbevolen in de kaderovereenkomst inzake de bestrijding van tabaksgebruik van de Wereldgezondheidsorganisatie, en antirookcampagnes op te zetten die zich richten op meisjes en vrouwen;
32. verzoekt de lidstaten medisch en farmaceutisch onderzoek naar typisch vrouwelijke gezondheidsproblemen die zich tijdens de verschillende fasen van hun leven en niet uitsluitend tijdens de vruchtbare leeftijd kunnen voordoen, te bevorderen en te ondersteunen;
33. verzoekt de lidstaten iets te doen aan de problemen van ongelijke toegang tot de gezondheidszorg met gevolgen voor het dagelijkse leven, bijvoorbeeld op het gebied van tandheelkunde of oogheelkunde;
34. pleit bij de Europese Unie en de lidstaten voor coherente beleidsmaatregelen en ondersteunende voorzieningen ten behoeve van vrouwen die niet professioneel werkzaam zijn of die werkzaam zijn in sectoren waar zij niet gedekt worden door een persoonlijke ziekteverzekering, en om naar manieren te zoeken om ervoor te zorgen dat deze vrouwen verzekerd worden;
35. dringt er bij de Commissie in de context van haar samenwerking met de bevoegde autoriteiten van de lidstaten op aan optimale praktijken betreffende prijsstelling en vergoeding van geneesmiddelen te bevorderen, onder meer in de vorm van werkbare modellen voor farmaceutische prijsdifferentiatie met het oog op optimalisering van de betaalbaarheid van geneesmiddelen en om verschillen in de toegankelijkheid daarvan te beperken;
36. herinnert eraan dat de invoering van een Europees octrooi, met passende taalregelingen en een uniforme geschillenbeslechtsregeling van cruciaal belang is om de Europese economie een nieuwe dynamiek te kunnen geven;
37. merkt op dat de Commissie interne markt en consumentenbescherming met haar werkzaamheden op onder andere het gebied van productveiligheid en reclame al heeft bijgedragen tot het aanpakken van bepaalde aspecten van de ongelijke situatie op gezondheidsgebied in de EU, en onderstreept in dit verband hoe belangrijk het is dat strikt wordt toegezien op de informatie die farmaceutische bedrijven aan patiënten, in het bijzonder de meest kwetsbare en slechtst geïnformeerde groepen, verstrekken en dat er behoefte is aan een doeltreffend en onafhankelijk systeem van geneesmiddelenbewaking;
38. roept de lidstaten ertoe op hun gezondheidsstelsels aan te passen aan de behoeften van de minst bevoorrechte groepen door methoden te ontwikkelen voor de vaststelling van de tarieven welke kunnen worden gehanteerd door werkers in de gezondheidszorg, waardoor de toegang tot de gezondheidszorg voor alle patiënten wordt gewaarborgd;
39. dringt er bij de Commissie op aan alles in het werk te stellen om de lidstaten ertoe aan te sporen om voor patiënten vergoedingsregelingen te treffen en al het nodige te doen ter vermindering van de ongelijkheid ten aanzien van de toegang tot geneesmiddelen voor de behandeling van ziekten of aandoeningen zoals postmenopausale osteoporose en de ziekte van Alzheimer, die in sommige lidstaten niet voor vergoeding in aanmerking komen, en

hier de nodige vaart achter te zetten;

40. onderstreept dat in veel landen niet alleen de nationale regering maar ook regionale autoriteiten een belangrijke functie vervullen op het gebied van volksgezondheid, gezondheidsbevordering, ziektepreventie en de verschaffing van gezondheidsdiensten, en dat zij daarbij dus actief moeten worden betrokken; wijst erop dat regionale en plaatselijke overheden en andere belanghebbenden hierin ook een essentiële bijdrage moeten leveren, onder andere op de werkplek en binnen scholen; daarbij moet met name worden gedacht aan gezondheidseducatie, de bevordering van een gezonde levensstijl, effectieve ziektepreventie en vroegtijdige screening en diagnose van ziekten;
41. verzoekt de lidstaten een lokale aanpak op het gebied van gezondheidszorg te bevorderen en een geïntegreerde gezondheidszorg te waarborgen die op lokaal of regionaal niveau toegankelijk is, zodat patiënten beter kunnen worden verzorgd in hun eigen lokale en sociale omgeving;
42. spoort alle lidstaten ertoe aan hun beleid te heroverwegen met betrekking tot zaken die van grote invloed zijn op achterstanden in de gezondheidssfeer, bijvoorbeeld wat betreft tabak, alcohol, voedingsmiddelen, farmaceutische producten, volksgezondheid en de verstrekking van gezondheidszorg;
43. moedigt de lidstaten ertoe aan partnerschappen in grensgebieden te ontwikkelen om infrastructuur- en personeelskosten te delen en daarmee gezondheidsachterstanden te beperken, met name waar het gaat om gelijke toegang tot geavanceerde apparatuur;
44. verzoekt de Commissie de gevolgen van besluiten te bestuderen die zijn gebaseerd op nationale en regionale beoordelingen van de doeltreffendheid van geneesmiddelen en medische apparatuur op de interne markt, met inbegrip van de toegankelijkheid voor de patiënt, innovatie in nieuwe producten en medische praktijken, die behoren tot de voornaamste elementen welke van invloed zijn op de gelijkheid op gezondheidsgebied;
45. is van mening dat de tenuitvoerlegging van de richtlijn inzake de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (2008/0142/COD) gevolgd moet worden door effectbeoordelingen om zo doeltreffend mogelijk de gevolgen daarvan bij de bestrijding van de ongelijkheid op gezondheidsgebied te meten en ervoor te zorgen dat de richtlijn de bescherming van het publiek blijft waarborgen en de veiligheid van de patiënt beschermt, met name in termen van geografische verdeling van medische faciliteiten, zowel menselijk als materieel;
46. constateert dat een kwalitatief hoogstaande en doeltreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg een grotere transparantie vergt van de informatieverstrekking aan het publiek, de patiënten, regelgevers en verstrekkers van gezondheidszorg over een breed scala aan onderwerpen, zoals de rechten van de patiënt, toegang tot schadeloosstelling en de regulering van beroepskrachten in de gezondheidszorg;
47. betreurt het dat de richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg niet vergezeld ging van een wetgevingsvoorstel inzake de mobiliteit van personeel in de gezondheidszorg, met name gezien het risico voor een braindrain binnen de EU, waardoor de geografische ongelijkheden in sommige lidstaten drastisch zouden vergroten, en roept

de Commissie ertoe op hiervoor een oplossing te vinden, eventueel in de context van de komende herziening van de richtlijn inzake beroepskwalificaties (2005/36/EG);

48. verzoekt de lidstaten met klem de bestaande Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties volledig toe te passen; moedigt de Commissie er in verband met de complexiteit van medische kwalificaties toe aan om in haar evaluatie en herziening van de richtlijn te kijken naar bepaalde leemten in de regelgeving die patiënten schade kunnen berokkenen en hun recht op een veilige behandeling in gevaar kunnen brengen; verzoekt de Commissie voorts te overwegen of registratie bij het informatiesysteem voor de interne markt voor de bevoegde autoriteiten verplicht moet worden gesteld en verzoekt haar om uitbreiding van de mate waarin bevoegde autoriteiten proactief kunnen deelnemen aan uitwisseling van informatie over de tuchtrechtelijke status van personeel in de gezondheidszorg door het instellen van een adequaat waarschuwingsmechanisme;
49. dringt er bij de Commissie op aan in haar komende wetgevingsvoorstel inzake beroepskwalificaties aan te sturen op verbetering van het mechanisme voor de erkenning van kwalificaties in de lidstaten;
50. wijst erop dat meer innovatie vaak leidt tot beter toegankelijke behandelingen, hetgeen van bijzonder belang is voor geïsoleerde of rurale gemeenschappen;
51. roept de Commissie ertoe op, samen met de lidstaten de ontwikkeling te bevorderen van telegeneeskundige diensten als middel ter vermindering van geografische zorgverleningsachterstanden op zowel regionaal als lokaal niveau;
52. verzoekt de Raad en de Commissie in het kader van de Europa-strategie voor 2020 meer oog te hebben voor het feit dat fysieke en geestelijke gezondheid en welzijn essentieel zijn voor het tegengaan van sociale uitsluiting, bij de procedures voor het toetsen van de Europa-strategie voor 2020 ook vergelijkende indicatoren te betrekken die naar sociaal-economische positie zijn gestratificeerd en ook leeftijdsdiscriminatie in hun overwegingen te betrekken, met name bij de opzet van klinische proeven voor behandelingen die beter op ouderen zijn toegesneden;
53. is van oordeel dat de Europese Unie en de lidstaten steun moeten verlenen aan maatschappelijke organisaties en vrouwenverenigingen die zich inzetten voor de mensenrechten van vrouwen – zoals de seksuele en reproductieve rechten van vrouwen, het recht op een gezonde leefwijze en het recht op werk – en ervoor moeten zorgen dat vrouwen een stem krijgen in het beleid ten aanzien van de Europese en nationale gezondheidszorgproblematiek;
54. spoort alle lidstaten ertoe aan te werken aan de opbouw en verbetering van de capaciteit en de internationale uitwisseling en samenwerking tussen alle relevante sectoroverschrijdende belanghebbenden bij de ontwikkeling en uitvoering van beleidsmaatregelen ter beperking van gezondheidsachterstanden;
55. roept de lidstaten ertoe op om op lokaal, regionaal en nationaal beleidsniveau een gezamenlijke strategie te ondersteunen en ten uitvoer te leggen en op die manier te streven naar een aanpak die gebaseerd is op het beginsel dat gezondheid een integraal onderdeel

moet uitmaken van alle beleidsterreinen ("Health in All Policies" – HiAP);

56. verzoekt de Commissie en de lidstaten een gemeenschappelijk stelsel van indicatoren uit te werken aan de hand waarvan gezondheidsachterstanden naar leeftijd, geslacht, sociaaleconomische positie en geografische locatie, alsook de risico's van alcoholisme en drugsverslaving in kaart kunnen worden gebracht, en een methodiek te ontwikkelen om de gezondheidssituatie in de lidstaten te inventariseren, met als doel de te verbeteren gebieden en optimale praktijken te signaleren en daarin prioriteiten aan te brengen;
57. onderstreept dat gezondheidsachterstanden hun oorsprong vinden in sociale verschillen in levensstandaard en ongelijke maatschappelijke gedragsmodellen die gerelateerd zijn aan geslacht en etniciteit, opleidingsniveau, werkgelegenheidsstatus en ongelijke verdeling, niet alleen qua inkomen, maar ook op het punt van medische bijstand, ziektepreventie en gezondheidsbevordering;
58. onderstreept dat gezondheidsachterstanden primair worden veroorzaakt door de gezondheidsrisico's waaraan leden van lagere (armere) sociale categorieën zijn blootgesteld, mede gelet op het feit dat deze risico's nog worden versterkt door de combinatie van armoede en andere kwetsbaarheidsfactoren;
59. dringt er bij de Commissie op aan ervoor te zorgen dat de vermindering van gezondheidsachterstanden en de verbetering van de toegang tot fysieke en geestelijke gezondheidszorg adequaat gestalte krijgen en worden geïntegreerd in haar lopende initiatieven, zoals het Partnerschap voor gezond en actief ouder worden en het EU-Platform tegen armoede en sociale uitsluiting, alsook in toekomstige initiatieven op het gebied van vroegkinderlijke ontwikkeling en jongerenbeleid, waarbij de nadruk moet liggen op onderwijs, opleiding en werkgelegenheid;
60. dringt aan op een betere coördinatie tussen de agentschappen van de EU, die een belangrijke rol moeten vervullen bij de bestrijding van gezondheidsachterstanden, in het bijzonder tussen de Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden, het Europees Centrum voor ziektepreventie en –bestrijding en het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk;
61. verzoekt de Commissie de lidstaten te helpen om beter gebruik te maken van de open coördinatiemethode, teneinde projecten te bevorderen die erop zijn gericht de onderliggende oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken;
62. verzoekt de Commissie manieren te ontwikkelen om alle betrokken partijen op Europees niveau in te schakelen en te betrekken bij de toepassing en verspreiding van goede praktijken op het gebied van publieke gezondheidszorg;
63. wijst met nadruk op het bijzondere belang van een gevarieerde en hoogwaardige voeding als gezondheidsbepalende factor en spoort de Commissie er in dat verband toe aan op grotere schaal gebruik te maken van de effectieve programma's die in het kader van het GLB op touw zijn gezet (gratis distributie van melk en fruit op scholen en van voedsel aan de meest achtergestelde bevolkingsgroepen);
64. verzoekt de lidstaten een netwerk van dienstverleners op het gebied van specifieke sociale

zorg, gezondheidszorg en adviesverlening op te richten, met inbegrip van speciale telefonische hulplijnen voor vrouwen, echtparen en gezinnen, met als doel huiselijk geweld te voorkomen en professionele hulp en ondersteuning te verlenen aan personen die daar nood aan hebben, in samenwerking met de andere organen op dit gebied;

65. verzoekt de Commissie de lidstaten te helpen het cohesiebeleid en de structuurfondsen van de EU beter te benutten ter ondersteuning van projecten die ertoe bijdragen sociale gezondheidsdeterminanten te corrigeren en gezondheidsachterstanden terug te dringen; verzoekt de Commissie voorts de lidstaten te helpen beter gebruik te maken van het PROGRESS-programma;
66. verzoekt de lidstaten met aandrang een eind te maken aan de lopende bezuinigingen op overheidsuitgaven voor gezondheidszorg, die een cruciale rol vervullen bij de verschaffing van een hoog niveau van gezondheidsbescherming voor zowel mannen als vrouwen;
67. verzoekt de Commissie bij de ontwikkeling van alle interne en externe beleidsvormen van de EU een integrale strategie toe te passen die gebaseerd is op de economische en milieudeterminanten van het gezondheidswezen en op het handhaven van een evenwichtige gezondheidscomponent in alle beleidssectoren, inzonderheid met het oog op de verwezenlijking van de millenniumontwikkelingsdoelstellingen, met name wat betreft het waarborgen van de gezondheidskwaliteit voor moeders;
68. dringt er bij alle lidstaten op aan het belang van gezondheid voor de samenleving te erkennen en voor een aanpak te kiezen waarbij de maatschappelijke, gemeenschappelijke en individuele ontwikkeling niet alleen aan de hand van het BBP wordt gemeten;
69. verzoekt de Raad initiatieven te bevorderen waardoor de aanpak van gezondheidsachterstanden in alle lidstaten tot een beleidsprioriteit wordt verheven, onder inachtneming van sociale gezondheidsdeterminanten en levensstijlfactoren zoals alcohol, tabak en voeding, en wel in de vorm van maatregelen op beleidsterreinen zoals consumentenbescherming, werkgelegenheid, huisvesting, sociaal beleid, milieu, landbouw en voedselvoorziening, onderwijs, levens- en arbeidsomstandigheden en wetenschappelijk onderzoek, een en ander overeenkomstig het beginsel dat gezondheid in alle beleidssectoren moet worden geïntegreerd;
70. verzoekt de Commissie in het kader van de lopende en toekomstige actieplannen voor volksgezondheid maatregelen te ondersteunen die erop zijn gericht sociale gezondheidsdeterminanten bij te sturen;
71. verzoekt de Commissie met richtsnoeren te komen tot verbetering van de mechanismen waarmee gezondheidsachterstanden overal in de EU (zowel tussen als binnen lidstaten) kunnen worden gemeten, namelijk door de informatievergaring te verbeteren aan de hand van systematischere en beter vergelijkbare gegevensbestanden ter aanvulling van bestaande gegevens omtrent gezondheidsachterstanden en door middel van regelmatige observatie en analyse;
72. verzoekt de Commissie zich te beraden over de opstelling van een voorstel voor een aanbeveling van de Raad of enig ander passend Gemeenschapsinitiatief dat erop gericht is

de ontwikkeling door de lidstaten van geïntegreerde nationale of regionale strategieën ter vermindering van gezondheidsachterstanden aan te moedigen en te ondersteunen;

73. verzoekt de Commissie in haar voortgangsrapportages de doeltreffendheid van de ingrepen ter vermindering van gezondheidsachterstanden te beoordelen, alsook de verbeteringen op gezondheidsgebied die het gevolg zijn van beleidsmaatregelen ter beïnvloeding van de sociale, economische en milieudeterminanten van gezondheid;
74. roept de Commissie ertoe op het beginsel dat gezondheid in alle beleidssectoren moet worden geïntegreerd op alle beleidsvorming in EU-verband toe te passen en met reële effectbeoordelingen te komen die recht doen aan de effectief behaalde resultaten in termen van gezondheidsbevordering;
75. stelt zich op het standpunt dat open, concurrentiegericht en goed functionerende markten een stimulans kunnen zijn voor innovatie, investeringen en wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidssector, en onderkent dat deze vergezeld moeten gaan van krachtige financiële ondersteuning van overheidsonderzoek ter bevordering van de verdere ontwikkeling van duurzame en effectieve gezondheidszorgmodellen en ter stimulering van nieuwe technologieën en toepassingen daarvan op dit terrein (bv. in de sfeer van telegeneeskunde), alsook van een gemeenschappelijke evaluatiemethodiek voor gezondheidstechnologische systemen, en wel zo dat deze iedereen ten goede komen, ook mensen met een lagere sociaaleconomische achtergrond, waarbij de vergrijzing van de bevolking niet uit het oog mag worden verloren;
76. roept de Commissie en de lidstaten ertoe op publieksinformatie- en bewustwordingsprogramma's te ondersteunen en de dialoog met het maatschappelijk middenveld, de sociale partners en ngo's op het gebied van gezondheid en medische dienstverlening te intensiveren;
77. beschouwt het als essentieel dat er meer vrouwen worden betrokken bij de uitwerking van het gezondheidsbeleid, de planning van programma's en de dienstverlening op het gebied van gezondheidszorg;
78. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad en de Commissie.

TOELICHTING

Gezondheids- en levensverwachting staan over het algemeen nog steeds in verband met sociale omstandigheden en armoede tijdens de kinderjaren. Ondanks verbeteringen blijft de discrepantie in gezondheidsresultaten tussen de top en de bodem van de sociale ladder groot, en wordt zij op sommige terreinen zelfs nog groter.

Er bestaan nog steeds grote ongelijkheden tussen landen en regio's; in 2007 bijvoorbeeld varieerde de levensverwachting bij geboorte voor mannen tussen de EU-lidstaten met 14,2 jaar, terwijl bij vrouwen dit cijfer lag op 8,3 jaar (Eurostat, 2010).

De levensverwachting voor personen van 65 jaar in de EU-27 laat zien dat de gemiddelde man in 2006 mocht verwachten nog 16,8 jaar voor zich te hebben, terwijl dit voor vrouwen op 20,4 jaar lag. In 2007 varieerde de levensverwachting voor 65-jarige mannen van lidstaat tot lidstaat met 5,6 jaar, namelijk van niet minder dan 18,4 jaar in Frankrijk tot slechts 12,8 jaar in Letland. Voor vrouwen was de spreiding met 6,6 jaar iets groter, namelijk van 23,0 jaar in Frankrijk tot 16,4 jaar in Bulgarije (Eurostat, 2010).

Ongelijkheid op gezondheidsgebied is een probleem dat moet worden aangepakt. Die ongelijkheid begint al in de vroege levensjaren en beklijft niet alleen tot de ouderdomsjaren, maar zelfs tot volgende generaties.

Ongelijkheid die tijdens de jeugd wordt ondervonden bij de toegang tot onderwijs, werk en gezondheidszorg, en ongelijkheid op basis van geslacht en ras kunnen in het latere leven een sterke weerslag hebben op de gezondheidsstatus van mensen. De combinatie van armoede met andere kwetsbaarheidsfactoren zoals jeugd of ouderdom, invaliditeit of minderheidsachtergrond maken de gezondheidsrisico's nog groter, en omgekeerd kan slechte gezondheid leiden tot armoede en/of sociale uitsluiting.

De oorzaken van deze verschillen in gezondheid zijn in veel gevallen vermijdbaar en onrechtvaardig, omdat zij evenzeer het resultaat zijn van verschillen in kansen en in toegang tot diensten en materiële middelen, als van persoonlijke keuzen in levensstijl.

Ongelijkheden op gezondheidsgebied zijn toe te schrijven aan velerlei verschillen tussen bevolkingsgroepen op het punt van de gezondheid, waaronder: levensomstandigheden; gezondheidgerelateerd gedrag; opleiding, beroep en inkomen; gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering alsmede overheidsbeleid dat de kwantiteit, de kwaliteit en de spreiding van deze factoren beïnvloedt. Het verband tussen sociale determinanten en ongelijkheden op gezondheidsgebied wordt steeds meer onderkend. Dat betekent dat sociale problemen in ruime kring worden gezien als verband houdende met gezondheidsproblemen die een integrale aanpak vergen.

Een innovatieve beleidsvisie is nodig om ongelijkheden op gezondheidsgebied aan te pakken, met name voor mensen in de lagere sociaal-economische groepen.

De sociale gevolgen van de huidige economische en financiële crisis hebben zich inmiddels

gemanifesteerd. Er zijn bijna 5 miljoen meer werklozen dan aan het begin van de crisis. Veel huishoudens hebben hun inkomens zien teruglopen, een aanzienlijk aantal wordt bedreigd door armoede en te hoge schulden, en sommigen hebben hun huis verloren. Werknemers met kortlopende arbeidscontracten werden als eersten door de neergang getroffen. Migranten en jonge en oudere werknemers, die doorgaans al in een wankel positie verkeren, werden in het bijzonder getroffen, maar ook in categorieën die tot dusver redelijk waren beschermd werden mensen werkloos.

De crisis had in een aantal lidstaten een zware weerslag op de gezondheidszorg, zowel aan de vraag- als de aanbodzijde. Aan de aanbodzijde leidde de economische en financiële crisis tot een lager financieringspeil voor volksgezondheid, medische diensten en langetermijnzorg, als gevolg van begrotingsbezuinigingen en lagere belastingopbrengsten, terwijl de vraag naar medische diensten en langetermijnzorg eerder toenam door een combinatie van factoren die een verslechtering van de gezondheidstoestand onder de algemene bevolking in de hand werken. Verschillende lidstaten hebben maatregelen ter verzachting van het effect van de economische crisis op de gezondheidszorg in hun herstelplannen opgenomen, door investering in gezondheidsinfrastructuur, optimalisering van de gezondheidszorgfinanciering, en herstructurering en reorganisatie van het gezondheidszorgstelsel. Niettemin loopt de aanpak van ongelijkheden op gezondheidsgebied van lidstaat tot lidstaat zeer uiteen.

Toegang is hetgeen waar het bij alle openbare diensten om gaat. Betere toegang tot rechtskundige advisering en voorlichting kan de burger helpen om meer over zijn rechten te weten te komen. Verzameling en bekendmaking van gegevensmateriaal over effectieve strategieën, beleidsmaatregelen en acties kan helpen steun te winnen bij regeringen en verschillende sectoren. Het is zaak dat de verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied op alle niveau's van beleidsbepaling als essentiële prioriteit wordt opgevat, waarbij een benadering van "gezondheid op alle beleidsgebieden" wordt gevolgd, en voor doelmatige effectbeoordelingen wordt gezorgd waarin gelet wordt op gelijkheidsresultaten op gezondheidsgebied.

11.1.2011

ADVIES VAN DE COMMISSIE INTERNE MARKT EN CONSUMENTENBESCHERMING

aan de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid

inzake de verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU
(2010/2089(INI))

Rapporteur voor advies: Emma McClarkin

SUGGESTIES

De Commissie interne markt en consumentenbescherming verzoekt de ten principale bevoegde Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid onderstaande suggesties in haar ontwerpresolutie op te nemen:

1. benadrukt de noodzaak van een gecoördineerde aanpak op talloze beleidsterreinen om de achterliggende sociaaleconomische, ecologische en geografische oorzaken van de ongelijkheid op gezondheidsgebied aan te pakken; onderstreept eveneens dat gebrek aan onderwijs een ernstige oorzaak van de ongelijkheid op gezondheidsgebied kan zijn;
2. wijst erop dat ongelijkheden op gezondheidsgebied zowel tussen de lidstaten als binnen de lidstaten bestaan;
3. erkent dat ongelijkheden op gezondheidsgebied, met name ten aanzien van de levensverwachting, de meest nadrukkelijke gevolgen hebben voor de laagste sociaaleconomische groepen;
4. wijst met nadruk op het bestaan van discriminatie van ouderen bij de toegang tot gezondheidszorg; vraagt de Commissie en de lidstaten te analyseren wat de redenen hiervan zijn en alle maatregelen die mogelijk zijn te nemen om dergelijke discriminatie te bestrijden; verzoekt de Commissie en de lidstaten in het kader van het Europese jaar voor actief ouder worden (2012) prioriteit te geven aan solidariteit tussen de generaties en toegang tot de gezondheidszorg voor ouderen en ervoor te zorgen dat plaatselijke sociale en medische diensten door de lidstaten op hun gehele grondgebied adequaat worden gefinancierd en ondersteund;

5. onderstreept dat er behoefte is aan een praktisch plan om ongelijkheid op gezondheidsgebied in plattelandsgebieden te bestrijden, rekening houdend met de problemen waarmee de demografische veranderingen ons confronteren;
6. onderstreept dat de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU een grote last is voor de lidstaten en de nationale zorgstelsels en dat het goed functioneren van de interne markt en een sterk, zo mogelijk gecoördineerd preventiebeleid kunnen bijdragen aan verbeteringen op dit vlak;
7. moedigt de lidstaten aan partnerschappen in grensgebieden te ontwikkelen om infrastructuur- en personeelskosten te delen en daarbij de ruimtelijke ongelijkheid op het gebied van de gezondheid te beperken, met name als het gaat om gelijke toegang tot geavanceerde apparatuur;
8. onderstreept dat het bestrijden van sociaaleconomische factoren zoals obesitas, roken, enz., de toegankelijkheid van de zorgstelsels (die in gevaar wordt gebracht door het niet vergoeden van de kosten van zorg en van geneesmiddelen, ontoereikende preventie en versnipperde medische demografie) en een doeltreffende diagnose moeten worden beschouwd als bepalende aspecten van maatregelen tegen de ongelijkheid op gezondheidsgebied en dat bovendien de beschikbaarheid en betaalbaarheid van farmaceutische behandelingen ook moet worden gezien als bepalend aspect van de gezondheid van de individuele burger; verzoekt de lidstaten derhalve ervoor te zorgen dat de transparantierichtlijn (89/105/EEG) correct wordt uitgevoerd en dat er op de juiste wijze maatregelen worden genomen naar aanleiding van de conclusies van de mededeling van de Commissie uit 2008 over het onderzoek naar de farmaceutische sector;
9. onderstreept dat gezondheidszorg geen gewoon product of een gewone dienst is en ook niet als zodanig mag worden beschouwd;
10. is van oordeel dat de lidstaten praktijken voor vroegtijdige diagnose en preventieve zorgprogramma's als essentieel voor de vermindering van ongelijkheden op gezondheidsgebied dienen te beschouwen en dat zij moeten worden aangemoedigd deze programma's verder te ontwikkelen en er ook voor te zorgen dat zij voldoende financiering ontvangen;
11. dringt er bij de Commissie in de context van haar samenwerking met de bevoegde autoriteiten van de lidstaten op aan om optimale praktijken betreffende de prijsvaststelling en vergoeding van geneesmiddelen te bevorderen, waaronder werkbare modellen voor farmaceutische prijsdifferentiatie, teneinde tot een optimale situatie te komen bij de betaalbaarheid van geneesmiddelen en tot een vermindering van ongelijkheden bij hun toegankelijkheid;
12. moedigt de lidstaten aan het gebruik van generieke geneesmiddelen van hoge kwaliteit te verhogen en, eventueel in samenwerking met andere lidstaten, te onderhandelen over de best mogelijke prijzen van geneesmiddelen om zo de meest benadeelde groepen toegang tot kwaliteitsbehandelingen te bieden;
13. verzoekt de lidstaten hun gezondheidsstelsels aan te passen aan de behoeften van de minst bevoorrechte groepen door middel van de ontwikkeling van methoden voor de vaststelling

van de tarieven van werkers in de gezondheidszorg waardoor de toegang tot de gezondheidszorg voor alle patiënten wordt gewaarborgd;

14. verzoekt de Commissie ervoor te zorgen dat de lidstaten de verzamelde gegevens over de ongelijkheid op gezondheidsgebied uitwisselen en om een actieve uitwisseling van beproefde technieken tussen de nationale belanghebbenden aan te moedigen;
15. benadrukt dat de Commissie samen met de lidstaten door middel van een stelsel van vergelijkbare indicatoren die zijn gebaseerd op demografische, ecologische, sociale en economische factoren, met inbegrip van de reeds bestaande indicatoren (bijv. ECHI, WHO, OESO), steun moet verlenen aan de verdere ontwikkeling van, het verzamelen van gegevens over en het toezien op de gezondheidssector op EU-niveau en nationaal niveau, aangezien er aanzienlijke ongelijkheid in die sector binnen de lidstaten bestaat (bijv. duidelijke verschillen tussen de steden en de regio's);
16. verzoekt de Commissie om bestudering van de gevolgen van besluiten die worden gebaseerd op nationale en regionale beoordelingen van de doeltreffendheid van geneesmiddelen en medische apparatuur op de interne markt, met inbegrip van toegankelijkheid voor de patiënt, innovatie in nieuwe producten en medische praktijken, die enkele van de voornaamste elementen zijn die gelijkheid op gezondheidsgebied beïnvloeden;
17. dringt er bij de Commissie op aan het uiterste te doen om de lidstaten aan te moedigen vergoedingen aan patiënten aan te bieden en al het nodige te doen ter vermindering van de ongelijkheid bij de toegang tot geneesmiddelen voor de behandeling van ziekten of aandoeningen als postmenopausale osteoporose en de ziekte van Alzheimer, die in sommige lidstaten niet voor vergoeding in aanmerking komen, en hier vaart achter te zetten;
18. is van mening dat de tenuitvoerlegging van de richtlijn inzake de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (2008/0142/COD) gevolgd moet worden door effectbeoordelingen om zo doeltreffend mogelijk de gevolgen daarvan bij de bestrijding van de ongelijkheid op gezondheidsgebied te meten en ervoor te zorgen dat de richtlijn de bescherming van het publiek blijft waarborgen en de veiligheid van de patiënt beschermt, met name in termen van de geografische verdeling van medische faciliteiten, zowel menselijk als materieel;
19. constateert dat een kwalitatief hoogstaande en doeltreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg een grotere transparantie vergt van de informatie voor het publiek, de patiënten, regelgevers en verstrekkers van gezondheidszorg over een breed scala aan onderwerpen, zoals de rechten van de patiënt, toegang tot schadeloosstelling en de regulering van beroepskrachten in de gezondheidszorg;
20. wijst erop dat gezond, geïntegreerd consumentenbeleid, dat zich ook bezighoudt met aspecten die van invloed op de volksgezondheid zijn zoals preventie en bevordering van een gezonde levenswijze, en waarbij bovendien gekeken wordt naar gezondheidsbepalende factoren die verband houden met het gedrag en de gewoonten van de consument, ook een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de ongelijkheid op gezondheidsgebied;

21. onderstreept dat het bestaan van geografische gebieden met weinig gezondheidszorgpersoneel een van de oorzaken van ongelijkheid op gezondheidsgebied is; pleit daarom voor mobiliteit van werkers in de gezondheidszorg binnen de Europese Unie in overeenstemming met de werkelijke behoeften van de bevolking;
22. betreurt het dat de richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg niet vergezeld ging van een wetgevingsvoorstel over de mobiliteit van personeel in de gezondheidszorg, rekening houdend met het gevaar van een "brain drain" binnen de EU, die op een gevaarlijke manier de geografische ongelijkheden in sommige lidstaten zou vergroten, en doet een beroep op de Commissie hiervoor een oplossing te vinden, mogelijk in de context van de komende herziening van de richtlijn inzake beroepskwalificaties (2005/36/EG);
23. verzoekt de lidstaten de bestaande Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties volledig toe te passen; moedigt de Commissie in verband met de complexiteit van de medische kwalificaties aan om in haar evaluatie en herziening van de richtlijn te kijken naar sommige leemten in de regelgeving die patiënten kunnen schaden en die het recht van een patiënt op een veilige behandeling in gevaar kunnen brengen; vraagt de Commissie verder te overwegen of registratie bij het informatiesysteem voor de interne markt voor de bevoegde autoriteiten verplicht moet worden gesteld en verzoekt haar om uitbreiding van de mate waarin bevoegde autoriteiten proactief kunnen deelnemen aan uitwisseling van informatie over disciplinaire maatregelen tegen personeel in de gezondheidszorg door het instellen van een passend waarschuwingsmechanisme;
24. onderstreept dat aan de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de Europese Unie geen einde zal kunnen worden gemaakt zonder een gemeenschappelijke alomvattende strategie voor de Europese werknemers in de gezondheidszorg, waaronder een gecoördineerd beleid voor faciliteitenbeheer, scholing en beroepsopleiding, minimum kwaliteits- en veiligheidsnormen en de registratie van beroepskrachten;
25. benadrukt dat ongelijkheid op gezondheidsgebied in sommige sectoren te wijten kan zijn aan een gebrek aan personeel en medische uitrusting; vraagt de lidstaten het nodige te doen om een oplossing te vinden voor deze punten en ervoor te zorgen dat de gezondheidssector over voldoende personeel en apparatuur beschikt;
26. dringt er bij de Commissie op aan om in haar komende wetgevingsvoorstel inzake beroepskwalificaties stappen te zetten naar een versterkt mechanisme voor de erkenning van kwalificaties in de lidstaten;
27. dringt erop aan dat in het komende wetgevingsvoorstel over de terbeschikkingstelling van werknemers de administratieve procedures vereenvoudigd worden en de problemen met dubbele belastingheffing worden opgelost;
28. meent dat open, concurrentiekrachtige en goed functionerende markten een stimulans kunnen zijn voor innovatie, investeringen en onderzoek in de gezondheidssector, en erkent dat zij geruggensteund moeten worden door een sterke financiële steun aan overheidsonderzoek om duurzame en effectieve gezondheidszorgmodellen te ontwikkelen en de ontwikkeling van nieuwe technologieën en toepassingen ervan op dit gebied (bijv. telegeneeskunde) en een gemeenschappelijke methodiek voor de evaluatie van gezondheidstechnologie te bevorderen; is van mening dat een en ander dient ten goede te

komen aan elke burger, met inbegrip van de burger uit een lager sociaaleconomisch milieu, waarbij tevens rekening moet worden gehouden met de vergrijzing van de bevolking;

29. wijst erop dat een toegenomen innovatie vaak een betere toegankelijkheid van een behandeling tot gevolg heeft, wat van bijzonder belang is voor geïsoleerde of op het platteland levende gemeenschappen;
30. herinnert eraan dat de totstandkoming van een Europees octrooi, met passende taalregelingen en een uniform gemaakt systeem voor geschillenbeslechting, van cruciaal belang is om de Europese economie een nieuwe dynamiek te geven;
31. onderstreept dat regionale en lokale autoriteiten en actoren in de sociale economie, naast de nationale regeringen, actief moeten worden betrokken bij maatregelen die op deze gebieden worden genomen;
32. merkt op dat de Commissie interne markt en consumentenbescherming met haar werkzaamheden, onder andere op het gebied van productveiligheid en reclame, al heeft bijgedragen aan het aanpakken van bepaalde aspecten van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU, en onderstreept in dit verband hoe belangrijk het is dat strikt wordt toegezien op de informatie die farmaceutische bedrijven aan patiënten, in het bijzonder de meest kwetsbare en slechtst geïnformeerde groepen, verstrekken en dat er behoefte is aan een doeltreffend en onafhankelijk systeem van geneesmiddelenbewaking;
33. dringt er bij de Commissie op aan samen met de lidstaten campagnes op scholen te starten ter bevordering van gezondheid en gezondheidsvoorlichting, en een gezonde levenswijze in het bijzonder, samen met op specifiek groepen afgestemde preventie- en screeningprogramma's;
34. dringt er bij de Commissie op aan ervoor te zorgen dat het punt van de vermindering van ongelijkheid op gezondheidsgebied volledig in de Millenniumdoelstellingen voor ontwikkeling wordt opgenomen.

UITSLAG VAN DE EINDSTEMMING IN DE COMMISSIE

Datum goedkeuring	10.1.2011
Uitslag eindstemming	+: 28 -: 2 0: 0
Bij de eindstemming aanwezige leden	Cristian Silviu Buşoi, Lara Comi, António Fernando Correia De Campos, Jürgen Creutzmann, Christian Engström, Philippe Juvin, Sandra Kalniete, Edvard Kožušník, Kurt Lechner, Hans-Peter Mayer, Mitro Repo, Robert Rochefort, Heide Rühle, Andreas Schwab, Laurence J.A.J. Stassen, Bernadette Vergnaud
Bij de eindstemming aanwezige vaste plaatsvervanger(s)	Regina Bastos, Cornelis de Jong, Frank Engel, Ashley Fox, Jean-Paul Gauzès, Liem Hoang Ngoc, María Irigoyen Pérez, Othmar Karas, Lena Kolarska-Bobińska, Constance Le Grip, Emma McClarkin, Antonyia Parvanova, Sylvana Rapti, Marek Siwiec

2.12.2010

ADVIES VAN DE COMMISSIE RECHTEN VAN DE VROUW EN GENDERGELIJKHEID

aan de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid

over de verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de Europese Unie
2010/2089(INI)

Rapporteur voor advies: Sylvie Guillaume

SUGGESTIES

De Commissie rechten van de vrouw en gendergelijkheid verzoekt de ten principale bevoegde Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid onderstaande suggesties in haar ontwerpresolutie op te nemen:

- onder verwijzing naar zijn resolutie van 9 oktober 2008 met als titel "Samen werken aan gezondheid: een EU-strategie voor 2008-2013"¹,
- gezien artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie,
- gezien Besluit nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautaire actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013)²,
- gelet op de bepalingen inzake volksgezondheid in artikel 168 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie,
- gezien de mededeling van de Commissie met als titel "Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU"³,
- gelet op artikel 23 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie inzake de gelijkheid van mannen en vrouwen op alle gebieden,

¹ PB C 9 E van 15.1.2010, blz. 56.

² PB L 301 van 20.11.2007, blz. 3.

³ COM(2009)0567.

- gelet op artikel 2 van het Verdrag betreffende de Europese Unie,
- A. overwegende dat de biologische, sociaaleconomische en culturele verschillen tussen mannen en vrouwen ertoe leiden dat mannen en vrouwen zich zorgen maken over verschillende onderwerpen inzake gezondheid en met andere behoeften en problemen op gezondheidsvlak geconfronteerd worden,
- B. overwegende dat ongelijkheid op gezondheidsgebied vaker voorkomt onder kwetsbare personen die in hoge mate afhankelijk zijn van betaalbare gezondheidszorg van goede kwaliteit,
- C. overwegende dat vrouwen als gevolg van hun sekse, levenswijze, godsdienst, leeftijd, sociale status en kredietwaardigheid vaak in precare situaties terechtkomen,
- D. overwegende dat onevenwichtigheid op het gebied van gender en leeftijd in biomedisch onderzoek en ondervertegenwoordiging van vrouwen bij klinische tests de gezondheidszorg ondermijnen,
- E. overwegende dat vrouwen in het algemeen, oudere vrouwen en meisjes onevenredig sterk vertegenwoordigd zijn binnen de kwetsbaarste bevolkingsgroepen in de samenleving en overwegende dat belemmeringen voor de toegang tot gezondheidsvoorzieningen ertoe kunnen leiden dat zij nog kwetsbaarder worden en hun gezondheid negatief beïnvloed wordt,
- F. overwegende dat het tabaksgebruik onder vrouwen en met name onder jonge vrouwen snel toeneemt, wat op termijn verwoestende gevolgen heeft voor hun gezondheid, en overwegende dat tal van ongunstige factoren de schadelijke gevolgen van roken voor vrouwen nog verergeren,
- G. overwegende dat geweld tegen vrouwen in alle landen en alle sociale klassen een wijdverbreid fenomeen vormt en ingrijpende gevolgen heeft voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van vrouwen en kinderen,
- H. overwegende dat vrouwen doorgaans langer leven dan mannen maar op hogere leeftijd vaker lijden aan chronische ziektes of te maken krijgen met functiebeperkingen en een verminderde levenskwaliteit,
- I. overwegende dat een eerlijke toegang tot gezondheidsvoorzieningen, waaronder over het algemeen wordt verstaan de gelijke toegang tot behandeling voor iedereen, ongeacht het inkomen, ongelijkheden vermindert,
- J. overwegende dat eerlijke toegang tot gezondheidsvoorzieningen in verscheidene lidstaten van de EU¹ bij wet of in de praktijk niet voor iedereen is gewaarborgd, met name niet voor migranten zonder papieren,

¹ Artsen van de Wereld, Europees waarnemingscentrum voor toegang tot de gezondheidszorg, De toegang van migranten zonder status tot de gezondheidszorg, onderzoeksrapporten voor 2007 en 2009; HUMA, De toegang tot de gezondheidszorg voor migranten zonder papieren en asielzoekers in 10 EU-lidstaten, Recht en praktijk 2009.

- K. overwegende dat de Wereldgezondheidsorganisatie onvruchtbaarheid erkent als een medische aandoening met grote gevolgen voor de gezondheid van vrouwen, en overwegende dat uit een nationaal bewustmakingsonderzoek in het Verenigd Koninkrijk is gebleken dat meer dan 94% van alle onvruchtbare vrouwen ook aan een vorm van depressie lijdt,
- L. overwegende dat er enorme verschillen bestaan tussen de lidstaten voor wat de toegang tot vruchtbaarheidsbehandelingen betreft,
1. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten om de gezondheidstoestand van vrouwen en de ouderdomskwestie (ouder wordende vrouwen) in aanmerking te nemen bij de geïntegreerde benadering van de gelijkheid van mannen en vrouwen en om in alle fases van hun gezondheidsbeleid, -programma's en onderzoek, van de ontwikkeling en opzet tot de impactbeoordeling, een genderbewuste budgettering te hanteren; is van mening dat de door de Europese Unie gefinancierde kaderprogramma's voor onderzoek en het beleid van subsidieverlenende overheidsinstanties een gendereffectbeoordeling moeten omvatten en moeten voorzien in de verzameling en beoordeling van gender- en leeftijdspecifieke gegevens, ter identificatie van de essentiële verschillen tussen mannen en vrouwen op het vlak van gezondheid en ter ondersteuning van wijzigingen in het beleid, en vraagt dat deze programma's en instanties epidemiologische instrumenten voor het analyseren van de verschillen in levensverwachting tussen mannen en vrouwen invoeren en vergelijken;
 2. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten te waarborgen dat vrouwen met een handicap en oudere vrouwen toegang hebben tot gezondheidsvoorzieningen en goede zorg, ongeacht hun persoonlijke financiële situatie;
 3. vraagt de Europese Unie en de lidstaten strategieën uit te werken die tot doel hebben de economische en sociale ongelijkheden tussen mannen en vrouwen te verkleinen door een breder scala aan hoogwaardige en laagdrempelige diensten te bieden en op die manier bijdragen tot betere levensomstandigheden, geografische segregatie tegengaan en ongelijkheden op gezondheidsgebied helpen verminderen;
 4. verzoekt de Commissie en de lidstaten om in het kader van het Europese jaar voor actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties in 2012 prioriteit te geven aan passende toegang tot de gezondheidszorg voor oudere vrouwen;
 5. spoort de Europese Unie en de lidstaten ertoe aan een systeem van gratis gezondheidszorg voor kinderen onder de zes jaar op te zetten, als onderdeel van het beleid ter garantie van de toegang tot gezondheidszorg voor iedereen;
 6. doet een beroep op de EU en de lidstaten om preventie- en bewustmakingscampagnes voor de kwetsbaarste bevolkingsgroepen uit te werken, en benadrukt dat preventieve maatregelen en revalidatiebehandelingen geen discriminerend karakter mogen hebben en probleemloos toegankelijk moeten zijn, zodat zowel jonge als oudere mensen de mogelijkheid hebben en ertoe aangemoedigd worden zich te laten onderzoeken op aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, borst-, hersen-, eierstok- en baarmoederkanker, geheugenstoornissen en dergelijke, en deze aandoeningen vroegtijdig kunnen worden opgespoord en gediagnosticeerd;

7. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten het genderperspectief te integreren in de strijd tegen roken, zoals in de kaderovereenkomst inzake de bestrijding van het tabaksgebruik van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt aanbevolen, en antirookcampagnes op te zetten die zich richten tot meisjes en vrouwen;
8. verzoekt de lidstaten de instrumenten voor de preventie van vrouwenziekten te bevorderen en versterken door middel van doelgerichte, omvangrijke en reguliere voorlichtingscampagnes over de aard en oorzaken van deze ziekten en de ermee verbonden risico's, en te wijzen op de noodzaak van systematische gezondheidscontroles en de voordelen van vroegtijdig ingrijpen;
9. verzoekt de lidstaten medisch en farmaceutisch onderzoek naar typisch vrouwelijke gezondheidsproblemen die zich tijdens de verschillende fasen van het leven van vrouwen en niet uitsluitend tijdens de vruchtbare leeftijd kunnen voordoen, te bevorderen en ondersteunen;
10. verzoekt de lidstaten iets te doen aan de problemen van ongelijke toegang tot de gezondheidszorg met gevolgen voor het dagelijkse leven, zoals de toegankelijkheid van tandheelkunde of oogheelkunde;
11. is van mening dat de Europese Unie en de lidstaten ervoor moeten zorgen dat vrouwen gemakkelijk toegang hebben tot anticonceptiemethoden en het recht hebben om op veilige manier een abortus te laten uitvoeren;
12. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten om de inzameling en analyse van onderling vergelijkbare gegevens voor mannen en vrouwen verplicht te stellen, en om op basis van gemeenschappelijke, strikt omschreven indicatoren epidemiologische studies uit te voeren en volledige gegevens te verzamelen en te produceren, met als doel te evalueren wat de impact is van het bestaande gezondheidsbeleid en de bestaande gezondheidsprogramma's op de gezondheid van vrouwen;
13. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten onderzoek naar de gezondheid en de gezondheidsbehoeften van vrouwen en het ontstaan en de preventie van ziekten aan te moedigen en ondersteuning te bieden voor multidisciplinair onderzoek naar de sociaaleconomische factoren die de gezondheid van vrouwen in de loop van hun leven op bepalende manier beïnvloeden; vraagt met aandrang dat er meer middelen worden uitgetrokken voor en meer aandacht wordt besteed aan de kwesties van gendergelijkheid en de behoeften van vrouwen, en dat gender een financieringscriterium wordt voor alle onderzoeksactiviteiten;
14. vraagt dat de Commissie de lidstaten voorbeelden geeft van goede en beste praktijken om voor meer samenhang te zorgen op het gebied van vruchtbaarheidsbehandelingen;
15. raadt de Europese Unie en de lidstaten aan om een coherent beleid te hanteren en solidariteitsmaatregelen in te voeren voor vrouwen die niet professioneel werkzaam zijn of die werkzaam zijn in sectoren waar zij niet gedekt worden door een persoonlijke ziekteverzekering, en om naar manieren te zoeken om ervoor te zorgen dat deze vrouwen verzekerd worden;

16. vraagt de Europese Unie en de lidstaten met aandrang om bij de initiatieven voor gezond oud worden een benadering te volgen waarbij wordt gekeken naar de hele levensloop, met als doel de negatieve impact van chronische aandoeningen en functiebeperkingen op de levenskwaliteit van oudere vrouwen te verlichten;
17. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten om snel oplossingen te vinden voor discriminatie op grond van etnische afkomst, vooral in die lidstaten waar Richtlijn 2000/43/EG van de Raad, die dit soort discriminatie verbiedt, niet is uitgevoerd en waar tot etnische minderheden behorende vrouwen geen of weinig sociale bescherming genieten en geen of nauwelijks toegang hebben tot de gezondheidszorg;
18. verzoekt de lidstaten rekening te houden met de specifieke behoeften van vrouwelijke immigranten op het gebied van gezondheidszorg en met name te garanderen dat hun gezondheidsstelsels over passende vertaalsoorzieningen beschikken; is van mening dat de gezondheidsstelsels scholingsinitiatieven moeten ontplooiën om artsen en ander medisch personeel in staat te stellen een interculturele aanpak te hanteren op basis van de herkenning en eerbiediging van de verscheidenheid en de gevoeligheden van mensen afkomstig uit verschillende geografische regio's; meent voorts dat er prioriteit moet worden gegeven aan maatregelen en voorlichtingscampagnes gericht tegen genitale verminking bij vrouwen, met inbegrip van zware straffen voor personen die zich hieraan schuldig maken;
19. verzoekt de lidstaten hun gezondheidsstelsels aan te passen aan de behoeften van de minst bevoorrechte groepen door een tarief- en loonstelsel voor werkers in de gezondheidszorg op punt te stellen dat voor alle patiënten toegang tot de gezondheidszorg garandeert;
20. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten een sociaal beleid te voeren dat erop gericht is iedereen, ongeacht geslacht of etnische afkomst, toegang te waarborgen tot gegarandeerde basisgezondheidsvoorzieningen;
21. is van oordeel dat de Europese Unie en de lidstaten maatregelen moeten nemen om te garanderen dat alle vrouwen (inclusief onder meer migrantenvrouwen, vrouwelijke vluchtelingen en vrouwen in plattelandsgebieden) toegang hebben tot gezondheidsvoorzieningen, ongeacht hun leeftijd, hun financiële, sociale, taalkundige, geografische en culturele positie en hun rechtstoestand; verzoekt de lidstaten in dit verband maatregelen te nemen om het beroep van cultureel bemiddelaar binnen de gezondheidszorg te reglementeren;
22. verzoekt de lidstaten een netwerk van dienstverleners op het gebied van specifieke sociale zorg, gezondheidszorg en adviesverlening op te richten, met inbegrip van speciale telefonische hulplijnen voor vrouwen, echtparen en gezinnen, met als doel huiselijk geweld te voorkomen en professionele hulp en ondersteuning te verlenen aan personen die daar nood aan hebben, in samenwerking met de andere organen op dit gebied;
23. meent dat het aantal vrouwen dat betrokken is bij de uitwerking van het gezondheidsbeleid, de planning van programma's en de verstrekking van diensten op het vlak van gezondheid, moet toenemen;
24. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten om alle vormen van geweldpleging door

mannen tegenover vrouwen te erkennen als een volksgezondheidsprobleem;

25. is van oordeel dat de Europese Unie en de lidstaten de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen moeten waarborgen, in hun beleid rekening moeten houden met moedersterfte, en veilige abortus binnen en buiten de Europese Unie mogelijk moeten maken;
26. vraagt dat de Europese Unie en de lidstaten bijzondere aandacht besteden aan de mensenrechten van vrouwen, met name door gedwongen sterilisatie en genitale verminking van vrouwen te verhinderen, uit te bannen en strafbaar te stellen;
27. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten beleidsmaatregelen uit te voeren waarmee wordt gewaarborgd dat kwetsbare personen, en met name zwangere vrouwen, kinderen en senioren, bij wet recht hebben op billijke toegang tot gezondheidsvoorzieningen en ook daadwerkelijk over deze toegang beschikken;
28. verzoekt de Europese Unie en de lidstaten de nodige maatregelen te nemen om discriminatie van vrouwen op grond van hun burgerlijke staat, leeftijd, seksuele geaardheid en etnische en culturele achtergrond bij de toegang tot medisch geassisteerde voortplantingstechnieken uit te bannen;
29. is van oordeel dat de Europese Unie en de lidstaten steun moeten verlenen aan maatschappelijke organisaties en vrouwenverenigingen die zich inzetten voor de mensenrechten van vrouwen – zoals de seksuele en reproductieve rechten van vrouwen, het recht op een gezonde leefwijze en het recht op werk – en er moeten voor zorgen dat vrouwen een stem hebben in het nationale en Europese gezondheidsbeleid;
30. verzoekt de lidstaten met aandrang een eind te maken aan de huidige bezuinigingen op de overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg, die immers een cruciale rol spelen bij de verschaffing van een hoog niveau van gezondheidsbescherming aan mannen en vrouwen.

UITSLAG VAN DE EINDSTEMMING IN DE COMMISSIE

Datum goedkeuring	30.11.2010
Uitslag eindstemming	+ : 14 - : 6 0 : 2
Bij de eindstemming aanwezige leden	Andrea Češková, Marije Cornelissen, Tadeusz Cymański, Edite Estrela, Ilda Figueiredo, Iratxe García Pérez, Philippe Juvin, Astrid Lulling, Elisabeth Morin-Chartier, Siiri Oviir, Nicole Sinclair, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Eva-Britt Svensson, Marc Tarabella, Britta Thomsen, Anna Záborská
Bij de eindstemming aanwezige vaste plaatsvervanger(s)	Izaskun Bilbao Barandica, Vilija Blinkevičiūtė, Sylvie Guillaume, Norica Nicolai, Antigoni Papadopoulou, Sirpa Pietikäinen

UITSLAG VAN DE EINDSTEMMING IN DE COMMISSIE

Datum goedkeuring	25.1.2011
Uitslag eindstemming	+: 52 -: 1 0: 7
Bij de eindstemming aanwezige leden	János Áder, Elena Oana Antonescu, Kriton Arsenis, Pilar Ayuso, Paolo Bartolozzi, Sandrine Bélier, Sergio Berlato, Martin Callanan, Nessa Childers, Chris Davies, Bairbre de Brún, Anne Delvaux, Bas Eickhout, Edite Estrela, Jill Evans, Elisabetta Gardini, Gerben-Jan Gerbrandy, Julie Girling, Nick Griffin, Françoise Grossetête, Cristina Gutiérrez-Cortines, Satu Hassi, Jolanta Emilia Hibner, Dan Jørgensen, Karin Kadenbach, Christa Kläß, Holger Krahmer, Jo Leinen, Corinne Lepage, Linda McAvan, Radvilė Morkūnaitė-Mikulėnienė, Vladko Todorov Panayotov, Gilles Pargneaux, Antonia Parvanova, Andres Perello Rodriguez, Sirpa Pietikäinen, Mario Pirillo, Pavel Poc, Vittorio Prodi, Anna Rosbach, Oreste Rossi, Dagmar Roth-Behrendt, Horst Schnellhardt, Richard Seeber, Theodoros Skylakakis, Catherine Soullie, Salvatore Tatarella, Sabine Wils, Marina Yannakoudakis
Bij de eindstemming aanwezige vaste plaatsvervanger(s)	Philippe Juvin, Jiří Maštálka, Miroslav Mikolášik, Bill Newton Dunn, James Nicholson, Alojz Peterle, Michèle Rivasi, Csaba Sándor Tabajdi, Marita Ulvskog, Kathleen Van Brempt, Elżbieta Katarzyna Łukacijewska