

# Meer gelijkheid op het gebied van gezondheid in de Europese Unie

Sociaal Europa



Europese Commissie

De opdracht voor deze publicatie wordt gegeven in het kader van het programma voor werkgelegenheid en maatschappelijke solidariteit (2007-2013) van de Europese Unie. Dit programma wordt beheerd door het directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen van de Europese Commissie. Het beoogt de uitvoering van de in de Sociale Agenda vastgestelde doelstellingen van de Europese Unie op sociaal en werkgelegenheidsgebied financieel te ondersteunen en aldus bij te dragen tot de verwezenlijking van de doelstellingen van EUROPA 2020 op deze gebieden.

Het programma heeft een looptijd van zeven jaar en richt zich op alle belanghebbenden die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van goede en doeltreffende wetgeving en beleidsmaatregelen inzake werkgelegenheid en sociale zaken in de EU-27, de EVA/EER-landen, de kandidaat-lidstaten en de potentiële kandidaat-lidstaten.

Progress moet de EU-bijdrage versterken aan de toezeggingen en de inspanningen van de lidstaten om meer en betere banen te creëren en voor een hechtere samenleving te zorgen. Progress verleent met name bijstand bij:

- de analyse van en het verlenen van advies over de beleidsgebieden van Progress;
- het toezicht op en de rapportage over de uitvoering van EU-wetgeving en EU-beleidsmaatregelen op de beleidsgebieden van Progress;
- het bevorderen van de overdracht van goed beleid, het wederzijds leren en de samenwerking tussen lidstaten rond doelstellingen en prioriteiten van de EU; en
- het doorgeven van de standpunten van de belanghebbenden en de samenleving als geheel.

Nadere informatie vindt u op de volgende website:

<http://ec.europa.eu/progress>

# Meer gelijkheid op het gebied van gezondheid in de Europese Unie

## **Europese Commissie**

Directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en inclusie

Eenheid E4

Directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming

Eenheid C4

Manuscript voltooid in juni 2010

Noch de Europese Commissie, noch enige persoon die optreedt in naam van de Commissie kan verantwoordelijk worden gesteld voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de gegevens in deze publicatie.

© Omslagfoto: Europese Unie — Michel Loriaux

Voor elk gebruik of elke reproductie die niet valt onder het auteursrecht van de Europese Unie, dient rechtstreeks van de auteursrechthouder(s) toestemming te worden verkregen.

Europe Direct helpt u antwoord  
te vinden op uw vragen over de  
Europese Unie

Gratis nummer (\*):  
00 800 6 7 8 9 10 11

(\*) Als u mobiel belt, hebt u misschien geen toegang tot gratis  
nummers of kunnen kosten worden aangerekend.

Meer gegevens over de Europese Unie vindt u op internet via de Europaserver (<http://europa.eu>).  
Catalografische gegevens en een samenvatting bevinden zich aan het einde van deze publicatie.

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2011

ISBN 978-92-79-15044-9  
doi:10.2767/9747

© Europese Unie, 2011  
Overneming met bronvermelding toegestaan

*Printed in Germany*

GEDRUKT OP ELEMENTAIR CHLOORVRIJ GEBLEEKT PAPIER (ECF)

## Verklaringen

### John Dalli — Lid van de Commissie, belast met gezondheid en consumentenbeleid



Ik geloof in een Europa waar alle burgers in goede gezondheid verkeren en toegang hebben tot goede gezondheidszorg, ongeacht wie zij zijn, waar zij wonen en wat zij verdienen. Dat is het Europa waarnaar wij moeten streven. Het is van cruciaal belang voor meer gelijkheid op het gebied van gezondheid te zorgen.

Om tot meer gelijkheid op het gebied van gezondheid te komen, is er coördinatie nodig tussen volksgezondheid en een aantal andere beleidslijnen die van invloed zijn op de gezondheid, zoals sociale bescherming, onderwijs en milieu. Wij moeten een manier vinden om op basis van verschillende beleidsmiddelen doeltreffend samen te werken, niet alleen binnen de overheid maar ook in de rest van de samenleving.

Ik zal erop toezien dat onze mededeling over de ongelijkheid op gezondheidsgebied, „Solidariteit in de gezondheidszorg” tot concrete resultaten leidt en dat de lidstaten de nodige hulp krijgen om de bestaande kloof op dit gebied te overbruggen.

Zo zullen wij ervoor zorgen dat beste praktijken en ervaringen worden uitgewisseld en dat EU-subsidies voor gezondheid in kansarme gebieden en onder de meest behoeftigen worden verspreid. Ook zal de Commissie ongelijkheden en trends op het vlak van gezondheid overal in Europa op de voet blijven volgen en op dat gebied meer onderzoeksmogelijkheden creëren. Ten slotte zullen wij samenwerken opdat het EU-beleid, waar mogelijk, kan bijdragen tot een oplossing voor het probleem. E-gezondheid en de beoordeling van gezondheidstechnologie zijn van cruciaal belang om duurzame gezondheidsstelsels te waarborgen en de ongelijkheden aan te pakken.

Ik geloof dat wij in deze tijden van economische crisis waarbij begrotingen onder druk staan, onze krachten moeten bundelen om de verschillen in gezondheid in onze samenleving niet te vergroten. Ik ben ervan overtuigd dat wij over enkele jaren

met trots zullen terugblikken en zullen zeggen dat onze inspanningen voor meer gelijkheid op het gebied van gezondheid in Europa een verschil hebben gemaakt.

### László Andor — Lid van de Commissie, belast met werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen

Hoewel op gezondheidsgebied al enorme vooruitgang is geboekt, blijft de ongelijkheid tussen verschillende bevolkingsgroepen en tussen mensen in verschillende delen van de Europese Unie onaanvaardbaar groot. Dergelijke ongelijkheden zijn niet alleen oneerlijk, maar brengen ook enorme economische en sociale kosten met zich mee.

Door meer en vaker aandacht te besteden aan de sociale factoren van gezondheid in werk- en levensomstandigheden, kunnen wij de factoren verkleinen die de levensverwachting doen afnemen en die een negatieve invloed hebben op het leven van mensen, op productiviteit en op gezondheidszorguitgaven.

Gezondheid kan worden verbeterd door de werkgelegenheid te stimuleren, de arbeidskwaliteit te verhogen en te zorgen voor een gezonde en veilige werkomgeving voor iedereen. Langdurige werkloosheid en armoede moeten worden aangepakt om de negatieve gevolgen ervan voor de algemene gezondheid tot een minimum te beperken. Bovendien moeten wij streven naar passende en toegankelijke sociale bescherming en sociale vangnetten om de gevolgen van de ongunstige economische en sociale omstandigheden voor de gezondheid te beperken.

Ten slotte kan een betere toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg in belangrijke mate bijdragen tot een betere gezondheid en een hogere levensverwachting in veel regio's van de Europese Unie en aldus bijdragen aan economische, sociale en territoriale cohesie.





# Inhoud

<b>1. Gezondheidsverschillen in de EU</b> .....	<b>7</b>
1.1. Gezondheidsverschillen tussen en binnen lidstaten .....	7
1.2. Ongelijkheden binnen sociale groepen .....	8
1.3. Bijzonder slechte gezondheid bij kwetsbare groepen.....	8
<b>2. Oorzaken van gezondheidsverschillen</b> .....	<b>9</b>
2.1. Algemene gezondheidsdeterminanten .....	9
2.2. Werkgelegenheid .....	11
2.3. Welvaart en gezondheid: een complex verband .....	11
2.4. Dragen sociale bescherming en uitkeringen bij tot de gezondheid?.....	11
2.5. Focus: uitgaven en begrotingen voor gezondheidszorg .....	12
2.6. Wat zijn de gevolgen van de huidige economische en financiële crisis? .....	13
<b>3. Maatregelen ter bestrijding van gezondheidsverschillen in de EU-lidstaten</b> .....	<b>13</b>
Casestudy 1 Verenigd Koninkrijk — Lokale „Sure Start“-programma’s: een praktijkvoorbeeld van „verhoudingsgewijs universalisme”.....	14
Casestudy 2 Hongarije — Opre Roma: bewustmaking van het belang om gezonde en duurzame huisvesting te plannen in een Romagemeenschap in Debrecen .....	15
Casestudy 3 Duitsland — „Job Fit Regional”: gezondheid koppelen aan de bevordering van de werkgelegenheid.....	16
<b>4. Maatregelen op EU-niveau</b> .....	<b>17</b>
4.1. Mededeling van de Commissie over de ongelijkheid op gezondheidsgebied.....	17
4.2. Europese werkgelegenheidsstrategie .....	18
4.3. Samenwerking met lidstaten .....	19
4.4. Gezondheidsstrategie van de EU .....	19
4.5. EU-fondsen .....	19
4.6. Wetgeving .....	20
4.7. Interne markt .....	21
4.8. Onderwijs en jeugd .....	21
<b>Bijlage</b>	
Nuttige links en referenties .....	22
Korte bibliografie .....	22



© Europese Unie



# 1. Gezondheidsverschillen in de EU

De burgers van de Europese Unie (EU) leven gemiddeld langer en gezonder dan voorgaande generaties en de gezondheidstoestand van de bevolking is de voorbije decennia voortdurend verbeterd. Tegelijkertijd lijken de gezondheidsverschillen tussen en binnen EU-lidstaten alleen maar toe te nemen.

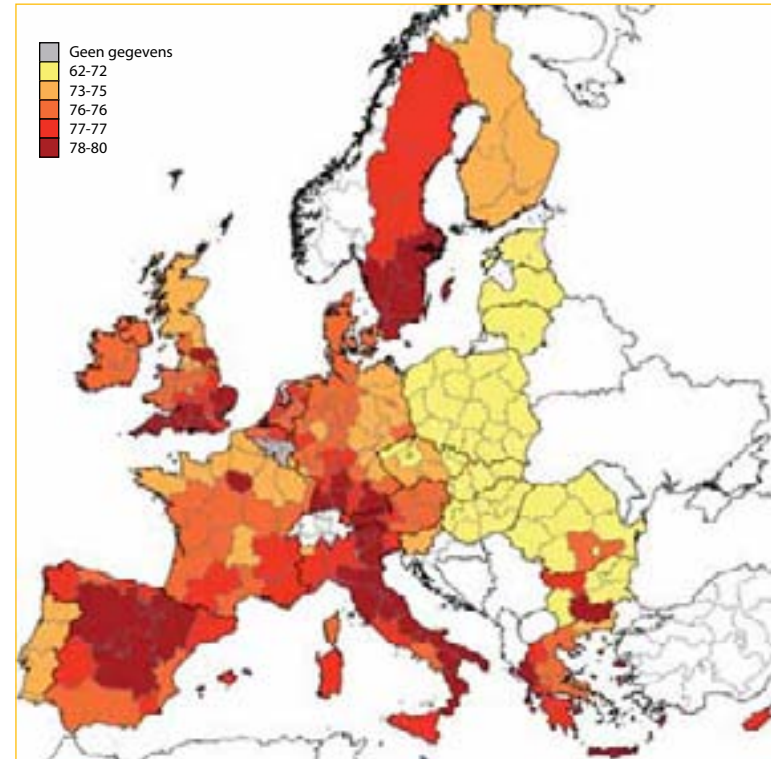
De Europese Commissie beschouwt die verschillen als een uitdaging voor de inspanningen van de EU op het gebied van solidariteit, sociale en economische cohesie, mensenrechten en gelijke kansen. De Commissie is vastbesloten de lidstaten en alle betrokken partijen te helpen ongelijkheden aan te pakken.

## 1.1. Gezondheidsverschillen tussen en binnen lidstaten

De levensverwachting bij geboorte kan een goed idee geven van de gezondheidsniveaus bij de bevolking als geheel. Tussen de EU-regio's blijken er grote verschillen in levensverwachting te zijn. In 2006 bedroeg het verschil tussen de lidstaten met de hoogste en de laagste levensverwachting acht jaar voor vrouwen en veertien jaar voor mannen. In een aantal landen is de kloof tussen de nationale levensverwachting en het EU-gemiddelde de laatste twee decennia breder geworden.

In Midden- en Oost-Europa leven mensen — vooral mannen — soms wel 20 jaar minder lang in goede gezondheid.

Levensverwachting bij geboorte — Mannen 2002-2004, NUTS 2



Bron: Eurostat.



Er bestaan tussen lidstaten ook grote verschillen op het gebied van kindersterfte, vervoegde sterfte, vermijdbare sterfte en meer subjectieve gezondheidsaspecten zoals de zelf ervaren algemene gezondheid en langdurige ziekte of activiteitsbeperkingen in de laatste zes maanden.

Verschillen in levensverwachting worden mede veroorzaakt door hoge sterfte- en ziektecijfers als gevolg van hart- en vaatziekten, verwondingen en geweld, kanker en aan alcohol gerelateerde ziekten. De onderliggende risicofactoren, zoals slechtere huisvesting en arbeidsomstandigheden, roken, eetgewoonten en alcoholconsumptie, zijn duidelijker aanwezig in landen met een lagere levensverwachting.

## 1.2. Ongelijkheden binnen sociale groepen

Naast de verschillen tussen lidstaten wordt de gezondheidstoestand ook door sociale factoren bepaald. Mensen met een lagere opleiding, een beroep dat in laag aanzien staat of een laag inkomen, alsook bepaalde etnische minderheden in veel lidstaten, sterven doorgaans jonger en hebben vaker gezondheidsproblemen.

Mensen ondervinden de gevolgen van die variabelen op hun gezondheid al op jonge leeftijd en hebben er hun hele leven mee te maken. De verschillen in levensverwachting bij geboorte tussen de laagste en de hoogste sociaaleconomische groepen (bv. tussen verschillende types beroepen, mensen met lager en hoger onderwijs en tussen de laagste en hoogste inkomens) bedragen vier tot tien jaar bij mannen en twee tot zeven jaar bij vrouwen. In bepaalde lidstaten is de kloof de laatste decennia zelfs toegenomen. Bovendien ligt de kindersterfte in de laagste sociaaleconomische groepen hoger en de daarmee verbonden ongelijkheid is in een aantal landen ook toegenomen.

## 1.3. Bijzonder slechte gezondheid bij kwetsbare groepen

Groepen zoals mensen in kansarme gebieden, werklozen en werknemers in de informele economie, daklozen, gehandicapten, mentaal of chronisch zieken, bejaarden met een lage pensioenuitkering en alleenstaande ouders zijn doorgaans vaker ziek en lopen meer risico om vervoegd te sterven.

De ongelijkheid tussen autochtonen en bepaalde migrantengroepen blijft bestaan, zowel wat hun gezondheidstoestand als hun toegang tot gezondheidszorg betreft. Migranten kunnen kwetsbaarder zijn voor overdraagbare ziekten zoals tuberculose, hiv/aids of hepatitis, met alle gevolgen van dien voor hun algemene gezondheid. Zij kunnen ook vatbaarder zijn voor niet-overdraagbare ziekten (bv. hart- en vaatziekten) en mentale gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld door een combinatie van sociaaleconomische en omgevingsomstandigheden in hun land van oorsprong, de verandering van land en de aanpassing aan een nieuwe omgeving in hun gastland<sup>1</sup>.

Bovendien blijkt er een verband te zijn tussen gezondheidsverschillen binnen een land en de gezondheid van de bevolking als geheel, in die zin dat hoe groter de verschillen, hoe slechter de gezondheid van de bevolking in het algemeen. Door de ongelijkheden binnen een lidstaat te verkleinen, kunnen dus mogelijk ook de ongelijkheden tussen lidstaten worden verkleind.

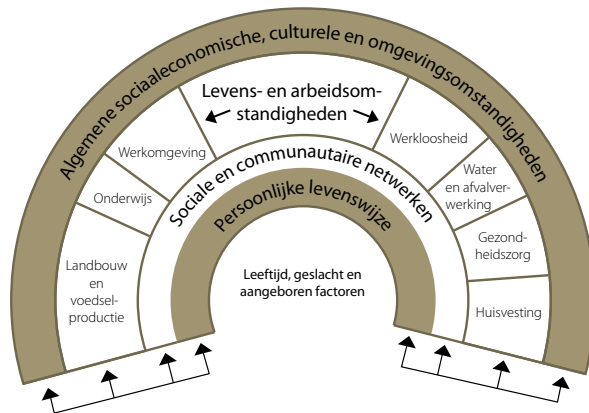
<sup>1</sup> 2007 Conclusies van de Raad over gezondheid en migratie in de EU.

## 2. Oorzaken van gezondheidsverschillen

### 2.1. Algemene gezondheidsdeterminanten

Er bestaan meerdere modellen die het verband tussen verschillende determinanten en gezondheid trachten weer te geven. Het model van Dahlgren en Whitehead, dat door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt gebruikt, geeft de oorzaken van ongelijkheid weer als „schillen” van invloed. De variaties in gezondheidsniveaus zijn niet willekeurig, maar het gevolg van systematische verschillen in de verdeling van de beïnvloedende factoren.

#### Model van Dahlgren-Whitehead voor gezondheidsdeterminanten



Bron: Dahlgren/Whitehead: WHO Europa 2007 „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2”, zie D&G/vorige bron 1993.





**Levens- en arbeidsomstandigheden** beïnvloeden de gezondheid via directe en indirecte fysieke en psychologische mechanismen. De gevolgen van bepaalde factoren zijn nog lange tijd voelbaar. Zo kunnen slechte levensomstandigheden tijdens de kindjaren een invloed hebben op de gezondheid op latere leeftijd. De mate waarin mensen blootgesteld zijn aan factoren die de gezondheid beïnvloeden, is afhankelijk van de woonplaats en de arbeidsomstandigheden. Een deel van de EU-bevolking heeft bijvoorbeeld geen toegang tot stromend water, toereikende was- en toiletfaciliteiten, betaalbare energie, centrale verwarming en isolatie en leeft in vochtige, overbevolkte omstandigheden. Fysiek zwaar werk kan ook negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid, evenals een gebrek aan inspraak, een onevenwichtige verhouding tussen werk en verdienste en blootstelling aan fysieke en mentale risico's op de werkvloer. Anderzijds kunnen een goed beheer, goede arbeidsomstandigheden en de aanwezigheid van sterke sociale netwerken op de werkvloer de gezondheid juist positief beïnvloeden.

**Gezondheidsgerelateerd gedrag** zoals eetgewoonten, lichamelijke activiteiten, roken, alcoholgebruik en seksueel gedrag, wordt beïnvloed door sociaaleconomische en culturele factoren. Dit verklaart ten dele de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen en tussen landen en gebieden. Uit de meeste onderzoeken blijkt dat 25-35 % van de gezondheidsverschillen bij de mens wordt veroorzaakt door individueel gedrag. Er zijn grote verschillen tussen Europese landen en sociaaleconomische groepen op het gebied van gezonde voeding, roken, alcoholconsumptie en lichamelijke activiteiten en de gevolgen van die factoren, zoals zwaarlijvigheid en een slechte gezondheid.

**Psychosociale factoren** zoals negatieve ervaringen, gevoelens van uitsluiting en marginalisatie, gebrek aan controle over gebeurtenissen in het eigen leven en een veeleisende baan voor een laag loon, kunnen allemaal bijdragen tot een slechtere gezondheid.

**De sociale situatie tijdens de kindjaren** kan ook een invloed hebben op de gezondheid. De sociaaleconomische klasse van de familie bijvoorbeeld (inclusief inkomen en interesse in onderwijs) is in hoge mate bepalend voor de schoolprestaties, werkgelegenheidskansen, inkomen en gezondheid van een kind. Uit een aantal onderzoeken blijkt dat een hoge sociaaleconomische positie van de ouders het risico op beroerten en maagkanker op volwassen leeftijd verkleint. Sociaaleconomische deprivatie bij de moeder daarentegen hangt nauw samen met een laag geboortegewicht, met blijvende gevolgen voor de gezondheid van het kind. En zoals we al hebben gezien, kunnen slechte levensomstandigheden tijdens de kindjaren invloed hebben op de gezondheid als volwassene.

Verschillen in leefwijze en levens- en arbeidsomstandigheden per leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status  
 QA24 Kunt u mij vertellen of een van onderstaande beweringen op u van toepassing is? (meerdere antwoorden mogelijk)

		U bent een roker	U lijdt aan overgewicht	U sport zelden of nooit	U eet niet zo gezond	U drinkt iets te veel alcohol	U leeft in een luidruchtige omgeving	U leeft of werkt in een sterk vervuilde omgeving	U lijdt onder stress op het werk	U lijdt onder stress in uw persoonlijke relaties	Geen van voorgaande (spont.)	Geen idee
	EU-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	<b>Geslacht</b>											
	Man	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Vrouw	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	<b>Leeftijd</b>											
	15-24	34%	9%	17%	22%	10%	10%	6%	11%	11%	37%	1%
	25-39	39%	15%	23%	16%	8%	9%	7%	25%	11%	26%	1%
	40-54	34%	25%	26%	14%	9%	8%	8%	26%	12%	25%	1%
	55+	17%	26%	26%	8%	4%	6%	3%	5%	7%	39%	1%
	<b>(Einde van) opleiding</b>											
	15	25%	23%	27%	10%	6%	6%	4%	8%	9%	36%	1%
	16-19	36%	22%	25%	16%	8%	8%	7%	18%	10%	28%	1%
	20+	28%	20%	23%	12%	8%	8%	6%	28%	10%	29%	1%
	Nog aan het studeren	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	<b>Beroepsactiviteit ondervraagde</b>											
	Zelfstandige	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Manager	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Bediende	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Arbeider	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Huisman/-vrouw	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Werkloos	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Gepensioneerd	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
Student	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%	

Bron: Eurobarometer 283.



## 2.2. Werkgelegenheid

Werkgelegenheid is een van de bepalende factoren voor de gezondheid van mensen en er bestaat een verband tussen werkloosheid en een hoger risico op een slechte geestelijke gezondheid, sociale uitsluiting en zelfmoord. Zoals hierboven besproken, spelen arbeidskwaliteit en arbeidsomstandigheden eveneens een belangrijke rol in onze gezondheid.

Een goede werkomgeving, bijvoorbeeld een omgeving die blootstelling aan *fysieke risico's of chemische en biologische stoffen* beperkt, levert voordelen op voor de gezondheid. Uit een aantal onderzoeken blijkt dat arbeidskwaliteit en arbeidsomstandigheden een aanzienlijke invloed hebben op gezondheid. Zo dragen *lage fysieke druk en stress, een hoge mate van controle* over het eigen beroepsleven, mogelijkheden om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen, een *hoog loon* en *toekomstperspectieven* bij tot een goede gezondheid. Anderzijds verhogen een gebrekkige ondersteuning op de werkvloer en het gevoel van werkonzekerheid het risico op een slechte gezondheid en depressies.

Gezondheidsrisico's op het werk kunnen sterk variëren tussen sectoren. Jonge werknemers zijn daarover doorgaans minder op de hoogte en worden daarom meer blootgesteld aan arbeidsrisico's. Werknemers met een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur of een tijdelijke arbeidsovereenkomst lopen meer risico op arbeidsongevallen en beroepsziekten.

## 2.3. Welvaart en gezondheid: een complex verband

Economische prestaties, gemeten in bruto binnenlands product (bbp) per capita, en armoedecijfers lopen binnen de EU uiteen en er zijn nog altijd grote inkomensverschillen. In 2006 was het totale inkomen van de rijkste 20 % van

de bevolking 4,8 maal hoger dan dat van de armste 20 %. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat ongelijkheid op het gebied van inkomen een van de factoren is die aan de basis liggen van de verschillen in gezondheid tussen landen en personen. Deze ongelijkheid is grotendeels het gevolg van de sociale stratificatie door structurele factoren zoals de politieke context, maatschappelijke normen en waarden en het economische en sociale beleid, alsook het beleid rond onderwijs, milieu en gezondheid.

Het algemene verband tussen economische groei en gezondheid is echter complex. Het is bewezen dat economische groei op zich niet tot een verkleining van gezondheidsverschillen hoeft te leiden. Om deze ongelijkheden te beperken, moet economische groei gepaard gaan met aanvullende beleidslijnen en met een betere verdeling van de voordelen. Bovendien is de omzetting van het bbp per capita in gezonde burgers en gelijkheid op gezondheidsgebied in grote mate afhankelijk van de juiste combinatie van beleidslijnen, teneinde via een optimale relatie tussen gezondheidsvoordeel en beschikbare middelen tot meer gelijkheid te komen en de gezondheid in het algemeen te verbeteren. Ten slotte moet nog worden opgemerkt dat door factoren zoals eetgewoonten, bepaalde lidstaten en regio's gunstiger gezondheidsindicatoren vertonen dan sommige van hun economisch sterkere tegenhangers.

## 2.4. Dragen sociale bescherming en uitkeringen bij tot de gezondheid?

In de EU zijn er verschillen in omvang van de socialezekerheidsstelsels, ook met betrekking tot de begrotingen voor gezondheidszorg en bescherming van de niet-actieve bevolking. Aangezien armoede een belangrijke gezondheidsdeterminant is, kan de mate van herverdeling en sociale bescherming rechtstreeks in verband worden gebracht met gezondheidsverschillen. Geëerd wordt dat een beleid van inkomensherverdeling het risico op armoede met maar liefst 38 % verkleint.

## 2.5. Focus: uitgaven en begrotingen voor gezondheidszorg

De omvang van de begrotingen voor gezondheidszorg kan bepalen in welke mate de gezondheidsstelsels tegemoet kunnen komen aan de behoeften van de bevolking. Lidstaten met een lagere levensverwachting en hogere tekorten aan medische zorg hebben meestal ook lagere begrotingen voor gezondheidszorg per capita en als percentage van het bbp.

Beschikbaarheid (met inbegrip van infrastructuur, uitrusting en aantal gezondheidswerkers) en kwaliteit van, alsook toegang tot, gezondheidszorg zijn belangrijke determinanten van ongelijkheid, aangezien zij de ziekte- en sterftecijfers beïnvloeden. De gezondheidsstelsels kampen met een geld- en personeelstekort en een ongelijke geografische en sociale spreiding. Daardoor worden ziekten anders en trager gediagnosticeerd en behandeld, wat dus invloed heeft op de gezondheid van de hele bevolking.

De kwaliteit van de gezondheidszorg bepaalt in hoge mate het niveau van de volksgezondheid. Zo lopen jaarlijks 3 miljoen patiënten in de EU via de gezondheidszorg infecties op en 50 000 patiënten sterven aan die infecties. De enorme verschillen in vermijdbare sterfte worden veroorzaakt door de verschillen in toegang tot kwalitatieve zorg.

Er zijn ook sociaaleconomische verschillen in toegang tot zorg. Inkomen speelt een belangrijke rol bij de verstrekking of weigering van gezondheidszorg. Bij de laagste inkomensgroepen kan minder vaak aan een behoefte aan gezondheidszorg worden tegemoetgekomen vanwege lange wachttijden, onmiddellijke kosten of de afstand tot zorginstellingen. Er zijn bewijzen dat families met een lager inkomen gemiddeld verder moeten reizen naar een ziekenhuis of de huisarts. Bovendien hebben mensen met een laag inkomen een kleinere kans om in een ziekenhuis te worden opgenomen of door een specialist te worden onderzocht. In meerdere Gezamenlijke Verslagen over sociale bescherming en sociale inclusie zijn hinderpalen voor toegang tot



gezondheidszorg vastgesteld, zoals een gebrekkige ziektekostendekking, onmiddellijke kosten van gezondheidszorg, geografische verschillen in beschikbare diensten, wachttijden en culturele obstakels.

Bovendien kunnen lagere sociaaleconomische groepen — door de hoge kosten van particuliere gezondheidszorg ten opzichte van hun gezinsinkomen — beslissen om geen beroep te doen op gezondheidszorg, hoewel zij die wel nodig hebben. Dat zorgt in bepaalde landen tevens voor een toenemende ongelijkheid op gezondheidsgebied.

## 2.6. Wat zijn de gevolgen van de huidige economische en financiële crisis?

Macro-economische omstandigheden kunnen een grote invloed op de gezondheid hebben. Slechte economische omstandigheden leiden vaak tot meer stress en risicovoller gedrag zoals drinken en roken. Niet alleen heeft dat direct negatieve gevolgen voor de gezondheid, maar het kan ook leiden tot factoren zoals depressies, een verstoord immuunsysteem en ongevallen. Die zaken kunnen op hun beurt weer hun weerslag hebben op de gezondheids- en onderwijsituatie in het gezin, met name voor kinderen. Een aanhoudende economische crisis kan langdurige negatieve gevolgen voor de gezondheid hebben. Het is immers mogelijk dat de symptomen van een burn-out zich pas weken en maanden, of zelfs jaren, na een ontslag manifesteren.

Een ander gevolg van een economische recessie is dat lagere sociaaleconomische groepen in het bijzonder moeilijker toegang krijgen tot kwalitatieve sociale en gezondheidszorg. Indien de toegang tot zorg afhankelijk wordt van de financiële middelen die men bezit of indien lidstaten de middelen voor de sociale en gezondheidszorg terugschroeven als gevolg van de crisis, zullen de dekking en de kwaliteit van de zorg afnemen.

Indien de gezondheidsstelsels onder financiële druk komen te staan, hebben de landen de neiging hun beleid inzake gezondheidsdeterminanten te herzien om tot een effectiever en efficiënter systeem te komen. Ook dat kan de ongelijkheden op het gebied van de toegang tot zorg vergroten.

## 3. Maatregelen ter bestrijding van gezondheidsverschillen in de EU-lidstaten

In het kader van de open coördinatiemethode zetten alle EU-lidstaten zich in om ongelijkheid op het gebied van de toegang tot gezondheidszorg en gezondheidsresultaten te verkleinen. In de verslagen van de lidstaten die voor het jaarlijkse Gezamenlijke Verslag over sociale bescherming en sociale inclusie worden geanalyseerd, worden hun maatregelen opgesomd. Er zijn bovendien een aantal informatiebronnen over beleidsinitiatieven op het niveau van de lidstaten die doeltreffend blijken te zijn voor het bestrijden van ongelijkheden op het gebied van gezondheid. Voorbeelden van die bronnen zijn het verslag dat in 2005 voor het voorzitterschap van het Verenigd Koninkrijk werd opgesteld, getiteld „Health Inequalities: a Challenge for Europe”, het door Eurohealthnet gecoördineerde project „Closing the Gap: Strategies for Action to tackle health inequalities” en het huidige project van Eurohealthnet „Determine” en de website hierover ([www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)).

Hier wordt alle informatie van de lidstaten over strategieën ter bestrijding van gezondheidsverschillen samengebracht. Het meeste documentatiemateriaal komt van het Verenigd Koninkrijk, dat al meer dan tien jaar aan dergelijke strategieën werkt en waar ook al verscheidene evaluaties hebben plaatsgevonden.

Uit de beschikbare documentatie blijkt dat veel lidstaten de hieronder vermelde conclusies delen. Voor een aantal hebben wij hier ter illustratie een casestudy opgenomen.

**1. Verhoudingsgewijs universalisme:** „To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage“ („Fair Society, Healthy Lives — Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010“; gepubliceerd door The Marmot Review, februari 2010)<sup>2</sup>. Met andere woorden, om de invloed van de sociale omstandigheden op de gezondheid te beperken moeten de acties op iedereen gericht zijn, maar met verhoudingsgewijs meer aandacht voor achtergestelde groepen. Dit geldt met name voor de programma's ter gezondheidsbevordering en ziektepreventie in kansarme gebieden, kwetsbare gezinnen en lagere sociaaleconomische groepen (bv. moeders, kinderen, jonge ouders en vijftigplussers).

### Casestudy 1 Verenigd Koninkrijk — Lokale „Sure Start“-programma's: een praktijkvoorbeeld van „verhoudingsgewijs universalisme“

Lokale „Sure start“-programma's zijn gebaseerd op een holistische aanpak van de ongelijkheid op gezondheidsgebied en omvatten kinderopvang, onderwijs op een jonge leeftijd, gezondheid en gezinsondersteunende diensten voor gezinnen met kinderen jongeren dan 5 jaar. De aanpak van armoede en sociale uitsluiting onder kinderen is een van de manieren waarop de Britse regering de gezondheidsverschillen tracht te verkleinen. De programma's worden op lokaal niveau uitgevoerd, in lokale „Sure Start“-centra, die in benadeelde gebieden zijn gevestigd.

In het programma werken dienstverleners uit de openbare sector zoals gezondheidszorg, sociale diensten en voor- en vroegschoolse educatie, alsook vrijwilligers, privéorganisaties, maatschappelijke organisaties en ouders zelf. Zij leveren geïntegreerde diensten aan jonge kinderen en hun families op basis van de behoeften van lokale kinderen en de wensen van ouders.

De belangrijkste resultaten: de impactstudie van de nationale beoordeling van het „Sure Start“-programma had betrekking op meer dan 9 000 kinderen van 3 jaar en hun gezinnen. Op de volgende gebieden werden positieve ontwikkelingen vastgesteld: vaccinatie, letsels door ongevallen en sociale ontwikkeling. Ook voor de ouders werden positieve gevolgen aangetoond, zoals een toenemend gebruik van de diensten ter ondersteuning van kind en gezin.

\* <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

2 <http://www.marmot-review.org.uk/>



© Getty Images



**2. De lidstaten zijn van mening dat regionale en lokale maatregelen, gesteund door nationale maatregelen en maatregelen op EU-niveau, belangrijk zijn om resultaten te boeken.** Plaatselijke overheden moeten in hun gemeenschap personen identificeren die mogelijk een slechtere gezondheid hebben. Om die personen te kunnen bereiken, kunnen actoren op regionaal niveau zorgen voor nabuurschap en een gemeenschapsinfrastructuur.



### **Casestudy 2 Hongarije — Opre Roma: bewustmaking van het belang om gezonde en duurzame huisvesting te plannen in een Romagemeenschap in Debrecen\*.**

De hoofddoelstellingen van dit initiatief waren de gemeenschap bewust te maken van milieu-, energie- en gezondheidsaspecten, gemeenschapsplannen te ontwikkelen voor duurzame, energiebesparende en gezonde sociale huisvesting, maar ook plannen voor sociale huisvesting uit te werken die onmiddellijk kunnen worden uitgevoerd.

De leden van de gemeenschap werden zoveel mogelijk betrokken bij de ontwikkeling van die plannen en kregen passende opleidingen in het beheer van hun huishouden en energiebesparing. De mensen die aan het project meewerkten, leerden onder andere dat er een verband bestaat tussen gezondheid en huisvesting.

De belangrijkste resultaten: woonomstandigheden werden geïdentificeerd als een belangrijke factor voor de gezondheid; ze spelen dus een rol in de ongelijkheid op het gebied van gezondheid. Tegen deze achtergrond was het verbeteren van de woonomstandigheden en het bouwen van nieuwe huizen, rekening houdend met de culturele achtergrond van de Roma, een van de belangrijkste prestaties van het project.

\* <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e52af77626a071aba322dfded1c78d99&id=Seite3486>



**3. Partnerschappen met de non-profitsector, bedrijven en de arbeidsmarkt** kunnen ook een doeltreffende manier zijn om het bewustzijn te vergroten en tot actie op te roepen om mensen te helpen die een groter risico lopen op gezondheidsproblemen.

### **Casestudy 3 Duitsland — „Job Fit Regional“: gezondheid koppelen aan de bevordering van de werkgelegenheid\***

De belangrijkste doelstelling was het bevorderen van de gezondheid via arbeidsbemiddelingsbureaus. Opleidingscentra die doorgaans werkzoekenden ondersteunen, gaven specifieke opleidingen. Ook de verplichte ziektekostenverzekeringsinstellingen waren belangrijke partners in dit project omdat ze eveneens doelgroepgerichte acties uitvoerden.

Werkzoekenden werden aan de hand van een specifieke methode\*\* benaderd en begeleid om hun persoonlijke gezondheidscompetentie heel nauwkeurig te beoordelen (in het bijzonder via een diepgaand motivatiegesprek over gezondheid) en een gezondheidsbevorderingsplan op te stellen. Verschillende programma's, in het bijzonder preventiecurcussen, stressmanagement en groepsgerichte opleidingen, werden door verplichte ziektekostenverzekeringsinstellingen financieel ondersteund. Bovendien werden er specifieke trainingssessies ontwikkeld voor personeelsleden van selectie- en arbeidsbemiddelingsbureaus.

Dankzij dit programma werken selectie- en arbeidsbemiddelingsbureaus voor werkzoekenden en verplichte ziektekostenverzekeringsinstellingen nauw samen om de gezondheid van werkzoekenden binnen hun eigen kader te verbeteren.

Belangrijkste resultaten: het project werd goed onthaald door de instellingen. De mensen werkten meer aan hun gezondheid (vooral door beweging en voeding) en de psychosociale stress nam af. Bovendien droeg het programma bij tot een betere rendabiliteit.

\* <http://www.gjb.nrw.de>

\*\* [http://www.gjb.nrw.de/service/downloads/BKK\\_JobFit\\_guidelines\\_RZweb\\_Einzelseiten.pdf](http://www.gjb.nrw.de/service/downloads/BKK_JobFit_guidelines_RZweb_Einzelseiten.pdf)

**4. Het meten en regelmatig rapporteren van indicatoren voor gezondheidsverschillen** is een essentiële eerste stap naar doeltreffende actie, vooral in achtergestelde gebieden. Door informatie te verzamelen op basis van regelmatige controles van de gezondheidsindicatoren kunnen bewustmakingscampagnes beter worden ontwikkeld en kunnen beleidsmakers nagaan wat de omvang van de ongelijkheid is en op welke gebieden zij zich manifesteert (soorten ziekten en oorzaken van sterfte).

**5. De beoordeling van alle beleidslijnen op hun gezondheidseffecten en op de mate waarin zij gelijke kansen op gezondheidsgebied creëren** is een doeltreffende manier om over meerdere sectoren heen bewustzijn te creëren over ongelijkheden op gezondheidsgebied en de sociale factoren die hiervoor bepalend zijn.

De lidstaten zijn van mening dat er meerdere specifieke beleidsacties zijn die het probleem van de gezondheidsverschillen doeltreffend aanpakken. Dat is ook gebleken uit onderzoeken.

Nederland en het Verenigd Koninkrijk hebben acties ondernomen om mensen in kansarme gebieden en in lagere sociaaleconomische groepen betere toegang te geven tot informatie over de risico's van roken en tot diensten die helpen bij het stoppen met roken. Bij deze mensen ligt het percentage rokers immers voortdurend hoger dan in meer welvarende groepen.

Het verbeteren van prenatale (screening en vaccinatie) en postnatale zorg, inclusief neonatale screening en ondersteuning van de ouders, bijvoorbeeld door hen informatie te verschaffen over voeding, slaapposities en de gevolgen van roken door de ouders, komt de algemene gezondheidsniveaus sterk ten goede. Zowel het Verenigd Koninkrijk als Polen hebben programma's opgestart om mensen in minder welvarende gebieden en/of sociaaleconomische groepen passende prenatale en postnatale zorg te geven zodat de kloof van zuigelingen- en kindersterfte kleiner wordt. Nederland werkt momenteel aan een gelijksoortig plan voor migranten. Dergelijke programma's komen tot stand met de hulp van huisartsen en ziekenhuizen, en omvatten huisbezoeken aan kwetsbare moeders vanaf het begin van de zwangerschap tot de tweede verjaardag van het kind.

## 4. Maatregelen op EU-niveau

### 4.1. Mededeling van de Commissie over de ongelijkheid op gezondheidsgebied

Op 20 oktober 2009 nam de Commissie de mededeling „Solidariteit in de gezondheidszorg: verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU”<sup>3</sup> aan. De mededeling was een gezamenlijk initiatief van de leden van de Commissie voor gezondheid en sociaal beleid. Ze is gebaseerd op de hieronder vermelde documenten en identificeert gebieden die nog voor verbetering vatbaar zijn.

**De mededeling omvat onder andere de volgende belangrijke maatregelen.**

- Rechvaardige verdeling van gezondheid als onderdeel van de algemene sociale en economische ontwikkeling. De vraag moet worden gesteld of adequate monitoring van de indicatoren van ongelijkheid op gezondheidsgebied ook zou kunnen worden gebruikt bij de monitoring van de sociale dimensie van de toekomstige Lissabon-strategie (Europa 2020);
- betere samenwerking met lidstaten, belanghebbenden en regio's;
- meer onderzoek naar verschillen in gezondheid;
- beoordeling van beleidslijnen om na te gaan of zij tot meer gelijkheid op het gebied van gezondheid leiden;
- stimulering van de lidstaten om meer gebruik te maken van de mogelijkheden van het cohesiebeleid van de EU, de structuurfondsen en het plattelandsontwikkelingsbeleid om oorzaken van ongelijkheid op het gebied van gezondheid aan te pakken;

<sup>3</sup> COM(2009) 567. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=nl&newsId=619&furtherNews=yes>  
[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm)

- organisatie van activiteiten voor kwetsbare groepen zoals etnische minderheden, migranten en Roma;
- zoeken naar mogelijke synergieën tussen de ontwikkelingshulp van de Commissie en de werkzaamheden met betrekking tot gezondheidsverschillen;
- verbetering van het meten en het monitoren van gezondheidsverschillen; het eerste verslag zou in 2012 moeten worden gepubliceerd.

## 4.2. Europese werkgelegenheidsstrategie

Het belang van werkgelegenheid wordt in een aantal EU-richtsnoeren benadrukt.

**Werkgelegenheidsrichtsnoer 17** heeft betrekking op het verbeteren van de arbeidskwaliteit en -productiviteit en het moderniseren van de stelsels voor sociale bescherming. Gezondheid en veiligheid op de werkvloer dragen in belangrijke mate bij tot goede arbeidsomstandigheden. Het richtsnoer is ook een belangrijk element in het aantrekken van mensen tot de arbeidsmarkt, met name in het licht van de vergrijzende Europese bevolking. Op die manier draagt het richtsnoer bij tot het verkleinen van de ongelijkheid op het gebied van gezondheid.

**Werkgelegenheidsrichtsnoer 18** bevordert een levensloopbeleid en wil ondersteuning bieden voor actief ouder worden, onder meer door passende arbeidsomstandigheden en meer veiligheid en gezondheid op het werk zodat de burgers langer actief blijven. Het richtsnoer vraagt ook om moderne stelsels voor sociale bescherming, inclusief gezondheidszorg. Ten slotte benadrukt ze dat meer veiligheid en gezondheid op het werk de ziektekosten verlaagt en de arbeidsproductiviteit verhoogt.



**Werkgelegenheidsrichtsnoer 21** stimuleert en verspreidt innovatieve en flexibele vormen van werkorganisatie om zowel de arbeidskwaliteit en -productiviteit als de gezondheid en veiligheid op het werk te verbeteren. Het richtsnoer moedigt een geïntegreerde flexizekerheid aan, om werknemers, met inbegrip van laaggeschoolden en werknemers aan de rand van de arbeidsmarkt, te helpen omgaan met een complexer, gevarieerder en onregelmatiger, en daarom veeleisender beroepsleven.

**Werkgelegenheidsrichtsnoer 23** benadrukt de behoefte aan nieuwe vaardigheden voor nieuwe banen om de toegang tot de arbeidsmarkt voor iedereen te bevorderen en innovatie en kwaliteit op de werkvloer te verzekeren.

### 4.3. Samenwerking met lidstaten

De EU steunt maatregelen van de lidstaten om gemeenschappelijke problemen aan te pakken door de dialoog te vergemakkelijken, beste praktijken uit te wisselen en het beleid met en binnen lidstaten en met belanghebbende organisaties te coördineren. De open coördinatiemethode, het Comité voor sociale bescherming en de groep van deskundigen inzake sociale determinanten en gezondheidsongelijkheden van de EU zijn voorbeelden van mechanismen voor een dergelijke samenwerking. In 2010 nam de Raad de conclusies inzake gelijke kansen en gezondheid aan<sup>4</sup>, waarin de lidstaten worden aangemoedigd om hun beleid en maatregelen voor het terugdringen van gezondheidsverschillen verder uit te breiden en om actief goede praktijken uit te wisselen.

### 4.4. Gezondheidsstrategie van de EU

Een grotere gelijkheid op gezondheidsgebied is een belangrijk element van de gezondheidsstrategie van de EU. Bij het ontwikkelen van beleidslijnen en initiatieven op gebieden als roken, zwaarlijvigheid, alcohol, jongeren en geestelijke gezondheid, wordt daarmee in grote mate rekening gehouden. Op dit gebied wordt nauw samengewerkt met de Wereldgezondheidsorganisatie, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, de Raad van Europa en onderzoeksinstellingen.

---

4 Council conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. 3019e zitting van de Raad Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken, Brussel, 8 juni 2010 [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf)

### 4.5. EU-fondsen

Financiële steun voor maatregelen inzake ongelijkheid op het gebied van gezondheid wordt via een aantal EU-programma's en -instrumenten verleend.

**Het cohesiebeleid** verleent financiële steun aan de lidstaten voor het herstellen van regionale onevenwichtigheden. Onlangs werd gezondheid opgenomen als een van de thema's die in aanmerking komen voor steun via het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO) en het Europees Sociaal Fonds, overeenkomstig de communautaire strategische richtsnoeren inzake cohesie 2007-2013<sup>5</sup>. De bevordering van gezondheid, ziektepreventie, overdracht van kennis, opleidingen, een goed geschoolde beroepsbevolking en de nodige infrastructuur in convergentieregio's zijn enkele van de aspecten die in aanmerking komen voor steun. In de richtsnoeren wordt het volgende bepaald: „Tussen de Europese regio's bestaan grote verschillen inzake gezondheidstoestand en toegang tot de gezondheidszorg. Het is dus van belang dat het cohesiebeleid bijdraagt tot de voorzieningen voor gezondheidszorg [...]. Verbetering van de eerstelijnszorg en preventie zijn van groot belang om de ongelijkheden in de gezondheidszorg weg te werken”.

Het **gemeenschappelijk landbouwbeleid (GLB)** is op zich geen sociale beleidslijn, maar omvat elementen die kunnen bijdragen tot een vermindering van de gezondheidsverschillen. Het beleid zorgt bijvoorbeeld voor een billijke levensstandaard van de landbouwbevolking, de beschikbaarheid van voedsel en redelijke consumentenprijzen. Het GLB steunt de schoolmelkregeling en de verdeling van landbouwproducten onder achtergestelde groepen. Onlangs werd nog onderzocht of het GLB kan bijdragen tot de bevordering van gezondere eetgewoonten door het eten van fruit en groenten in de kijker te zetten. Bovendien steunt het plattelandsbeleid van de EU investeringen in en de ontwikkeling van sociale en gezondheidsdiensten, technologie en infrastructuur in plattelandsgebieden, alsook opleidingen en informatie over gezondheid en sociale onderwerpen.

---

5 [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docoffic/2007/osc/l\\_29120061021n00110032.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021n00110032.pdf)

**Het gezondheidsprogramma van de EU** financiert actienetwerken, lokale initiatieven, beoordelingen door deskundigen, conferenties en innovatieve beleidsvorming op het gebied van volksgezondheid.

**In het kader van Progress** (*communautair programma voor werkgelegenheid en maatschappelijke solidariteit 2007-2013*) werd in maart 2010 een specifieke oproep gepubliceerd tot het indienen van voorstellen om de maatregelen in de mededeling van de Commissie uit te voeren. Meer in het bijzonder zouden de nationale of regionale overheden van de aan Progress deelnemende landen hulp moeten krijgen om hun beleid ter bestrijding van ongelijkheden op gezondheidsgebied te versterken.

**Het Europees Fonds voor de integratie van onderdanen van derde landen** steunt lidstaten bij de integratie van migranten in de Europese maatschappij. Van de totale begroting van 825 miljoen EUR wordt 7 % gebruikt



voor projecten betreffende aspecten van integratie, zoals de toegang tot gezondheidszorg. De overige 93 % is voor de lidstaten, voor de uitvoering van een met de Commissie overeengekomen jaarprogramma.

**De kaderprogramma's voor onderzoek van de EU** bieden ook mogelijkheden om de ongelijkheid op gezondheidsgebied aan te pakken, met name onder de derde pijler van het gezondheidsthema, onderdeel van het specifieke programma „Samenwerking” tot uitvoering van het zevende kaderprogramma van de EU. Deze pijler beoogt de ontwikkeling van onderzoeksmethoden en de vorming van een wetenschappelijke basis voor beleidsbeslissingen en meer doeltreffende, op feitenmateriaal gebaseerde strategieën op gebieden als gezondheidsbevordering. Ook wordt aandacht besteed aan bredere gezondheidsdeterminanten zoals levenswijze en sociaaleconomische en milieufactoren<sup>6</sup>.

#### 4.6. Wetgeving

Om de arbeidsomstandigheden te verbeteren heeft de EU een wetgeving vastgesteld op het gebied van gezondheid en veiligheid op het werk. Zij houdt toezicht op de uitvoering van de wetgeving en financiert onderzoek op dit gebied.

De actieve bevolking vertegenwoordigt momenteel 48,3 % van de totale bevolking in de EU. De bescherming van de gezondheid en de veiligheid van werknemers is daarom bepalend voor de algemene volksgezondheid en voor het wegnemen van een aantal belangrijke elementen die aan de oorsprong liggen van de gezondheidsverschillen tussen EU-lidstaten en burgers. Richtlijn 91/383/EG wil er bijvoorbeeld voor zorgen dat werknemers met een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur en uitzendkrachten evenveel bescherming krijgen op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk als andere werknemers.

<sup>6</sup> Beschikking 2006/971/EG van de Raad van 19 december 2006 betreffende het specifieke programma „Samenwerking” tot uitvoering van het zevende kaderprogramma van de Europese Gemeenschap voor activiteiten op het gebied van onderzoek, technologische ontwikkeling en demonstratie (2007-2013), PB L 400 , blz. 127

In 2009 werd verslag uitgebracht van de tenuitvoerlegging van de richtlijn tot 2007. In dit verslag wordt getracht mogelijke tekortkomingen in de richtlijn aan te wijzen waarop de Commissie zich in de toekomst zou kunnen richten.

Uit de effectbeoordeling van de communautaire strategie 2007-2012 voor gezondheid en veiligheid op het werk blijkt dat via specifieke strategieën op dit vlak arbeidsongevallen worden beperkt en slachtoffers van ongevallen en chronisch zieken gemakkelijker hun baan kunnen behouden of het werk weer kunnen opnemen. Bovendien bieden dergelijke strategieën een platform voor de integratie van migrerende werknemers en kunnen stresserende, monotone arbeidsomstandigheden die leiden tot vroegtijdige gezondheidsproblemen en dus een vroegtijdige beëindiging van het arbeidsleven, beperkt worden.

Naast de wetten inzake gelijke behandeling van mannen en vrouwen bestaat er sinds 2000 ook een Europese antidiscriminatiewet die moet zorgen voor minimale niveaus van gelijke behandeling en bescherming van iedereen die in Europa leeft en werkt, ongeacht ras of etnische afstamming, godsdienst of overtuiging, handicap, seksuele geaardheid en leeftijd. Die wetgeving heeft betrekking op tal van alledaagse aspecten, zoals de arbeidsplaats, onderwijs, gezondheidszorg en toegang tot goederen en diensten. In 2008 heeft de Commissie een groep van regeringsdeskundigen op het gebied van antidiscriminatie en de bevordering van gelijke kansen in het leven geroepen om de impact van antidiscriminatiemaatregelen op nationaal en EU-niveau te onderzoeken en goede werkwijzen door middel van „peer learning” te valideren.

#### 4.7. Interne markt

Door meer aandacht te besteden aan inbreukprocedures op het gebied van gezondheidszorg, kunnen obstakels voor de toegang tot gezondheidszorg worden weggenomen en de prijzen voor gezondheidszorg worden verlaagd. Dat komt de burgers van kansarme sociaaleconomische groepen ten goede. Een voorbeeld hiervan is de wetgeving inzake de vrijheid van vestiging en dienstverle-

ning, beperkingen op eigendom en vestiging van apothekers, en op eigendom van laboratoria en hun openingsuren.

Momenteel worden alle initiatieven van de Commissie beoordeeld op hun economische, sociale en milieueffecten, in het bijzonder voor verschillende sociale en economische groepen en de bestaande ongelijkheid.

#### 4.8. Onderwijs en jeugd

##### **Fysieke en mentale gezondheid en een gezonde levenswijze**

worden als sociale en burgerschapscompetenties bevorderd in de aanbeveling inzake sleutelcompetenties<sup>7</sup>, waarin de lidstaten wordt verzocht om voor iedereen dergelijke competenties te ontwikkelen in het kader van hun strategieën voor een leven lang leren. De Commissie heeft ook een nieuwe EU-strategie voor jongeren voorgesteld<sup>8</sup>, die de nadruk legt op de kwetsbaarheid van jongeren en maatregelen bepaalt om de gezondheid van jongeren, en vooral van jongeren die sociaal uitgesloten dreigen te worden, te verbeteren.

##### **Deze brochure geeft een globaal overzicht van de bestaande ongelijkheden op het gebied van gezondheid in de EU en van een aantal van de EU-beleidslijnen die bijdragen tot meer gelijkheid.**

Voor verdere informatie kunt u de hieronder vermelde links en referenties raadplegen of contact opnemen met de Europese Commissie (gratis nummer Europe Direct: **00 800 6 7 8 9 10 11**).



<sup>7</sup> Aanbeveling van het Europees Parlement en de Raad van 18 december 2006 inzake sleutelcompetenties voor een leven lang leren (2006/962/EG).

<sup>8</sup> COM(2009) 200 van 27 april 2009 — Een EU-strategie voor jongeren — Investerings- en empowerment.

## Nuttige links en referenties

Europese Commissie:

Mededeling over ongelijkheid op gezondheidsgebied

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtHerNews=yes>

[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm)

DG Gezondheid en consumenten / Sociale factoren van gezondheid

[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_en.htm)

DG Werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen

<http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=en>

DG Regionaal beleid

[http://ec.europa.eu/dgs/regional\\_policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/regional_policy/index_en.htm)

Raad van de Europese Unie:

<http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?id=&lang=en>

Council conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health.

[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf)

Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

WHO

<http://www.who.int/en/>

WHO-commissie voor sociale gezondheidsdeterminanten

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/index.html)

Andere in het document vermelde websites (ter informatie / niet-limitatieve lijst)

<http://www.health-inequalities.eu>

<http://www.marmot-review.org.uk/>

<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

<http://www.gib.nrw.de>

## Korte bibliografie

Eurohealthnet, 2007, *Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity*

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., Kunst, A. E., 2006, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Erasmus MC, Ministerie van Volksgezondheid, Nederland voor de Europese Commissie

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/socioeco\\_inequalities\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf)

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006, Een onafhankelijk, deskundig rapport op vraag van het Britse voorzitterschap van de EU

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf)

SHARE — Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Börsch-Supan, A., A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist en G. Weber (eds.), 2005, *Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA)

[http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=books&no\\_cache=1](http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=books&no_cache=1)

Whitehead M, 1990, *The concepts and principles of equity and health*. Kopenhagen. Regionaal kantoor van de WHO in Europa, 1990

WHO-commissie voor sociale gezondheidsdeterminanten, 2008, *Closing the gap in a generation*

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)



Zie voor verdere informatie en referenties het persmateriaal met achtergrondinformatie over de Mededeling 2009/567 van de Europese Commissie over de ongelijkheid op gezondheidsgebied:

[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_background\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf)

Europese Commissie

## Meer gelijkheid op het gebied van gezondheid in de Europese Unie

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie

2011 — 23 blz. — 25 x 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15044-9

doi:10.2767/9747

Deze brochure met als titel „*Meer gelijkheid op het gebied van gezondheid in de Europese Unie*” bevat recente informatie over de ongelijkheid op gezondheidsgebied tussen en binnen de lidstaten van de Europese Unie.

Ze beschrijft verschillende aspecten van de ongelijkheid op gezondheidsgebied (voornamelijk de levensverwachting) en gaat op zoek naar de rol van gezondheidsdeterminanten met specifieke aandacht voor de „sociale gradiënt” (de sociale dimensie die aanwezig is in vrijwel alle factoren die de gezondheidsstatus bepalen).

De rol van Europese en nationale beleidslijnen in dat specifieke gebied (met inbegrip van financieringsmogelijkheden) en hun mogelijke bijdrage tot de verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied worden nader verklaard.

Ten slotte worden drie casestudies belicht waaruit de positieve gevolgen blijken die werden bereikt op het vlak van gezondheid van kinderen, gezondheid van werkzoekenden en de gezondheidsstatus van etnische minderheden.

Deze publicatie is beschikbaar op papier in alle officiële talen van de EU.

## HOE KOM IK AAN EU-PUBLICATIES?

### **Gratis publicaties:**

- bij de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bij de vertegenwoordigingen en delegaties van de Europese Unie.  
Ga voor de contactgegevens naar <http://ec.europa.eu>  
of stuur een fax naar +352 2929-42758.

### **Betaalde publicaties:**

- bij de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Betaalde abonnementen (bv. jaarreeksen van het *Publicatieblad van de Europese Unie* en de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie):**

- via een van de verkoopkantoren van het Bureau voor publicaties van de Europese Unie ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_nl.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_nl.htm)).

U kunt de **publicaties** van het directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en inclusie downloaden of een gratis abonnement nemen via:  
*<http://ec.europa.eu/social/publications>*

U kunt zich ook opgeven voor de gratis *elektronische nieuwsbrief Sociaal Europa* van de Europese Commissie op  
*<http://ec.europa.eu/social/e-newsletter>*

<http://ec.europa.eu/social>



Publicatiebureau



[www.facebook.com/socialeurope](http://www.facebook.com/socialeurope)

ISBN 978-92-79-15044-9



9 789279 150449