Publicatieblad
van de Europese Unie

NL
C-serie

C/2025/5142

28.10.2025

Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité

Ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg aanpakken

(initiatiefadvies)

(C/2025/5142)

Rapporteur: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Adviseur	Carlo GIACOBINI (van de rapporteur)
Besluit van de voltallige vergadering	23.1.2025
Rechtsgrond	Artikel 52, lid 2, van het reglement van orde (initiatiefadvies)
Bevoegde afdeling	Werkgelegenheid, Sociale Zaken en Burgerschap
Goedkeuring door de afdeling	27.6.2025
Goedkeuring door de voltallige vergadering	16.6.2025
Zitting nr.	598
Stemuitslag (voor/tegen/onthoudingen)	176/0/4

1. Conclusies en aanbevelingen

1.1. Het Europees Economisch en Sociaal Comité (EESC) benadrukt dat de toenemende ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg in de EU dringend moet worden aangepakt. Deze ongelijkheid wordt versterkt door de huidige crisis in verband met de kosten van levensonderhoud, de gevolgen van de hoge inflatie en het risico op armoede.

1.2. Het EESC wijst erop dat financiële moeilijkheden de toegang tot gezondheidszorg beperken, wat de meest kwetsbare bevolkingsgroepen onevenredig hard treft, waaronder mensen met een handicap, kinderen en ouderen. Daarom moeten maatregelen worden genomen om de kosten van gezondheidszorg en langdurige zorg voor alleenstaanden en gezinnen met een laag inkomen te verlagen of te vergoeden, in overeenstemming met de nationale regelgeving.

1.3. Het is belangrijk dat de effectieve uitvoering van de beginselen 16 en 18 van de Europese pijler van sociale rechten wordt gewaarborgd en ondersteund. Daarin is het recht op tijdige toegang tot betaalbare, preventieve en curatieve gezondheidszorg en het recht op betaalbare, hoogwaardige langdurige zorg vastgelegd. Deze rechten moeten met toereikende overheidsfinanciering worden ondersteund.

1.4. Het EESC is van mening dat het recht op gezondheidszorg een grondrecht is, dat toegang tot sociale bescherming onlosmakelijk verbonden is met de waarborging van de grondrechten en dat dit moet worden gegarandeerd door meer transparantie over de rechten en uitkeringen binnen de nationale stelsels.

1.5. Het EESC verwelkomt EU-initiatieven en -strategieën zoals het EU4Health-programma en de farmaceutische strategie voor Europa. Deze zijn erop gericht de gezondheidsstelsels te versterken en de toegang tot geneesmiddelen te waarborgen. Er zijn echter maatregelen nodig om toe te zien op de daadwerkelijke en uniforme toepassing ervan in de Europese Unie. Ook moet de geneesmiddelenwetgeving worden herzien, moet er meer worden samengewerkt op het gebied van de prijsstelling en is er grotere transparantie nodig om de hoge kosten van geneesmiddelen te drukken.

1.6. Het EESC benadrukt dat het belangrijk is om een duidelijker, doeltreffender en transparanter kader voor grensoverschrijdende gezondheidszorg tot stand te brengen. Daarin moeten subsidiariteit in de gezondheidszorg op basis van de respectieve regelgeving en de noodzaak van een coherente modus operandi voor grensoverschrijdende behandelingen met elkaar worden verzoend.

1.7. Het EESC beveelt aan initiatieven voor de uitwisseling van goede praktijken op het gebied van geïntegreerde gezondheidszorg en sociale zorg te bevorderen. In dit verband moet ook worden overwogen een gemeenschappelijke basisnomenclatuur voor sociale en gezondheidsdiensten op te stellen om semantische problemen uit de wereld te helpen, vergelijkingen te vergemakkelijken en de basis te leggen voor gemeenschappelijke analyses, op basis waarvan gezamenlijke richtsnoeren kunnen worden opgesteld.

1.8. Het EESC benadrukt dat er krachtdadiger moet worden opgetreden om ervoor te zorgen dat beginselen en strategieën concrete resultaten opleveren. Daartoe stelt het met name opnieuw een Europese gezondheids- en zorggarantie voor om ervoor te zorgen dat alle mensen in de EU permanent toegang hebben tot betaalbare, hoogwaardige gezondheids- en zorgdiensten, om het tekort aan zorgpersoneel op te lossen en om menswaardige arbeidsomstandigheden en opleidingsmogelijkheden te bevorderen.

1.9. Het EESC beveelt aan om:

— toe te zien op de uitvoering van de beginselen van de Europese pijler van sociale rechten en de lidstaten op hun verantwoordelijkheid te wijzen;

— adequate investeringen in openbare gezondheidszorgstelsels te garanderen en ervoor te zorgen dat de financiële middelen en initiatieven van de EU specifiek gericht zijn op het wegnemen van economische belemmeringen voor de toegang tot gezondheidszorg;

— onderzoek te doen om de territoriale verschillen in de doeltreffendheid van het gezondheidsbeleid beter te begrijpen;

— op EU-niveau richtsnoeren op te stellen om specifieke belemmeringen voor de toegang weg te nemen, waaronder financiële, organisatorische en discriminatoire belemmeringen;

— de sociale economie en sociale innovatie te bevorderen om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

1.10. Het EESC is bereid om, in samenwerking met de sociale partners en maatschappelijke organisaties, actief bij te dragen aan deze doelstellingen.

2. **Algemene opmerkingen**

2.1. De hoge inflatie en de crisis in verband met de kosten van levensonderhoud hebben de koopkracht van de huishoudens in de EU aangetast. De kosten van levensonderhoud zijn met 10 % gestegen. Dit maakt het steeds moeilijker om noodzakelijke uitgaven te betalen, onder andere voor gezondheidszorg. Dit geldt zowel voor de directe kosten (eigen bijdragen, geneesmiddelen) als voor de indirecte kosten (vervoer, loonverlies). Bovendien is er een gebrek aan goed opgeleid medisch personeel. Uit gegevens van Eurostat over 2023 blijkt dat 3,8 % van de EU-bevolking niet in zijn zorgbehoeften kon voorzien. Als reden hiervoor gaf 2,4 % van de bevolking de te hoge kosten aan, vooral in landen waar de patiënt de kosten van de behandeling eerst zelf moet betalen en vervolgens door de sociale zekerheid wordt vergoed ([1]). Dit kan ertoe leiden dat mensen hun doktersbezoek uitstellen of afzien van noodzakelijke behandelingen, wat op lange termijn een negatief effect heeft op de gezondheid ([2]).

2.2. Er bestaat een duidelijk verband tussen het inkomensniveau en de toegang tot gezondheidszorg. In 2023 gaf 2,2 % van de personen uit het laagste inkomenskwintiel aan dat hun medische behoeften niet werden vervuld vanwege de gestegen kosten. In het hoogste kwintiel was dit slechts 0,2 %. Dit toont aan dat de volksgezondheidsstelsels de meest kwetsbare mensen niet voldoende beschermen. De inflatie maakt deze situatie nog erger, omdat mensen hun behandeling uitstellen of er zelfs van afzien ([3]).

([1]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.
([2]) Eurohealthnet.eu, https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2023/2305_policyprecis_col.pdf.
([3]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.

2.3. Mensen met een handicap zijn extra kwetsbaar. In 2023 werd 28,8 % van hen met armoede of sociale uitsluiting bedreigd, tegenover 18 % van de mensen zonder handicap. Mensen met een handicap kunnen te maken krijgen met extra kosten als gevolg van hun toestand. De crisis rond de kosten van levensonderhoud verergert deze ongelijkheden nog, wat de toegang van deze mensen tot gezondheidszorg bemoeilijkt en ertoe kan leiden dat hun gezondheidstoestand achteruitgaat ([4]).

2.4. De inflatie zet ook de budgetten voor gezondheidszorg onder druk. Het gevaar bestaat dat zorgverleners hun prijzen verhogen of minder door de overheid gefinancierde behandelingen aanbieden. Het is noodzakelijk dat de lidstaten langetermijnstrategieën ontwikkelen om de gevolgen van inflatie voor de gezondheidszorgstelsels tegen te gaan en de kwaliteit en toegankelijkheid van de diensten te garanderen, anders komt de betaalbaarheid in gevaar ([5]).

2.5. In 2022 gaf bijna 25 % van de mensen die in de EU het risico lopen om in armoede te vervallen, aan dat ze matige of ernstige mobiliteitsbeperkingen hadden, en 19 % had moeite om de medische kosten te betalen. Uit deze statistieken blijkt dat mensen in een precaire sociaaleconomische situatie in verhouding meer gezondheidsproblemen hebben en grotere financiële belemmeringen ondervinden om de hulp te krijgen die ze nodig hebben ([6]).

2.6. De situatie verschilt aanzienlijk van lidstaat tot lidstaat. In 2022 liep het percentage mensen dat met armoede werd bedreigd en dat de medische kosten nauwelijks kon betalen uiteen van 43 % in Bulgarije tot 3,4 % in Estland. Deze verschillen wijzen erop dat het nationale gezondheidsbeleid en de nationale gezondheidsstelsels een cruciale rol spelen bij het beperken of verergeren van het effect van armoede op de toegang tot gezondheidszorg ([7]).

3. **Beginselen en richtsnoeren**

3.1. Beginsel 16 van de Europese pijler van sociale rechten garandeert dat iedereen recht heeft op tijdige toegang tot betaalbare, preventieve en curatieve gezondheidszorg van goede kwaliteit. Dit houdt in dat kosten en wachtlijsten de toegang tot zorg niet mogen verhinderen. Dit beginsel vormt een basis voor beleidsmaatregelen op Europees en nationaal niveau.

3.2. Beginsel 18 van de Europese pijler garandeert het recht op hoogwaardige en betaalbare langdurige zorg, met name thuiszorg en gemeenschapszorg. Het gaat om zorgdiensten voor mensen die intensieve ondersteuning nodig hebben bij hun dagelijkse activiteiten als gevolg van een handicap, chronische ziekte of kwetsbaarheid. Dankzij toereikende overheidsfinanciering mogen de kosten ervan geen belemmering vormen.

3.3. Het programma EU4Health (2021-2027) heeft tot doel gezondheidszorgstelsels op te bouwen die sterker, veerkrachtiger en toegankelijker zijn. Het biedt financiële steun aan de gezondheidssector en draagt bij tot de aanpak van gezondheidsproblemen op lange termijn. Het programma toont aan dat de EU vastbesloten is te investeren in gezondheidszorg, onder meer door de toegang ertoe te verbeteren ([8]).

3.4. Een van de belangrijkste doelstellingen van de farmaceutische strategie voor Europa is ervoor te zorgen dat patiënten toegang hebben tot betaalbare geneesmiddelen en dat de gezondheidsstelsels financieel houdbaar blijven. De strategie erkent dat dure geneesmiddelen steeds meer een probleem vormen en stelt maatregelen voor zoals de herziening van de geneesmiddelenwetgeving, samenwerking inzake prijsstelling en grotere transparantie om de hoge kosten van geneesmiddelen te drukken ([9]).

([4]) "Disability statistics – poverty and income inequalities" (Eurostat, 2024), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_poverty_and_income_inequalities.
([5]) EuroHealth Observatory, 2024, https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-effects-of-economy-wide-inflation-how-resilient-are-european-health-systems.
([6]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_problems_and_financial_burden_of_care.
([7]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_problems_and_financial_burden_of_care.
([8]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2021.107.01.0001.01.NLD.
([9]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761.

3.5. In de aanbeveling van de Raad over de toegang tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg (2022) wordt aandacht besteed aan de geschiktheid en kwaliteit van diensten voor langdurige zorg, maar wordt, aangezien het slechts een aanbeveling betreft, geen gemeenschappelijke definitie voor zulke diensten vastgesteld. Zelfs op specifieke gebieden zoals langdurige zorg, waar grensoverschrijdende kwesties zoals arbeidsmobiliteit spelen, blijft de nadruk liggen op kwaliteit en betaalbaarheid. Dit wordt verklaard door de verdeling van bevoegdheden en de verschillen in de manier waarop langdurige zorg in de lidstaten wordt georganiseerd en verleend, onder invloed van culturele en demografische factoren. Niettemin merkt het EESC op dat voor de toepassing van de aanbeveling onder "langdurige zorg" wordt verstaan "een reeks diensten en vormen van bijstand voor mensen die – als gevolg van geestelijke en/of lichamelijke broosheid, ziekte en/of handicap gedurende langere tijd – afhankelijk zijn van ondersteuning bij de activiteiten van het dagelijkse leven en/of permanente verpleegkundige zorg nodig hebben. Bij de activiteiten van het dagelijkse leven die ondersteuning vereisen, kan het gaan om de zelfzorgactiviteiten die iemand dagelijks moet verrichten (activiteiten van het dagelijkse leven, zoals zich wassen, zich aankleden, eten, uit bed of van een stoel opstaan, in bed gaan liggen of op een stoel gaan zitten, rondwandelen, het toilet gebruiken en de blaas- en darmfuncties beheersen), of om activiteiten die verband houden met zelfstandig wonen (instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven, zoals maaltijden bereiden, geld beheren, naar de winkel gaan voor kruidenierswaren of persoonlijke artikelen, licht of zwaar huishoudelijk werk uitvoeren en een telefoon gebruiken)" ([10]).

3.6. In het EESC-advies over Gezondheidswerkers en zorgstrategie voor de toekomst van Europa ([11]) wordt voorgesteld een Europese zorggarantie in het leven te roepen die ervoor moet zorgen dat iedereen in de EU toegang heeft tot betaalbare en hoogwaardige gezondheids- en zorgdiensten, dat tekorten worden aangepakt en menswaardige arbeidsomstandigheden worden bevorderd.

3.7. In het EESC-advies over de Bestrijding van armoede en sociale uitsluiting door de kracht van de sociale economie en sociaal-economische innovaties te benutten ([12]) wordt gewezen op het verband tussen de bestrijding van armoede en de toegang tot gezondheidszorg en op de noodzaak van geïntegreerde oplossingen. Zolang de armoede en het risico op armoede niet worden aangepakt, is de billijke toegang tot diensten zoals gezondheidszorg niet gewaarborgd ([13]).

3.8. In het EESC-advies over de Ontwikkeling van een Europees vlaggenschipinitiatief op gezondheidsgebied ([14]) wordt gepleit voor een dergelijk initiatief, gebaseerd op de beginselen van universaliteit, kwaliteit, toegankelijkheid, solidariteit en inclusie. Ook wordt voorgesteld een Europese gezondheids- en zorggarantie in het leven te roepen.

3.9. In zijn advies over het Voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg ([15]) heeft het EESC ingestemd met de doelstelling om een duidelijk kader voor de verlening van grensoverschrijdende gezondheidszorg tot stand te brengen. Wel benadrukte het dat subsidiariteit moet worden verzoend met de noodzaak van een coherente modus operandi en de integratie van een Europees handvest van patiëntenrechten in de nationale wetgeving. Bij de goedkeuring van Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad ([16]) is rekening gehouden met de standpunten van de instellingen, waaronder het EESC.

3.10. In de richtlijn van het Europees Parlement en de Raad (PE-CONS 49/24) ([17]) tot invoering van de Europese kaart voor personen met een handicap en de Europese parkeerkaart voor personen met een handicap staat dat mensen met een handicap recht hebben op "specifieke diensten op basis van een handicap (...) in de lidstaat waarnaar ze op reis gaan of waar ze op bezoek zijn", in de vorm van "persoonlijke bijstand".

([10]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022H1215(01).

([11]) Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over gezondheidswerkers en zorgstrategie voor de toekomst van Europa (initiatiefadvies) (PB C 486 van 21.12.2022, blz. 37).

([12]) Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité inzake de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting door de kracht van de sociale economie en sociaal-economische innovaties te benutten (verkennend advies) (PB C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité inzake de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting door de kracht van de sociale economie en sociaal-economische innovaties te benutten (verkennend advies) (PB C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité — Ontwikkeling van een Europees vlaggenschipinitiatief op gezondheidsgebied (initiatiefadvies) (PB C, C/2025/105, 10.1.2025, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over het Voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (PB C 175 van 28.7.2009, blz. 116) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927.

([16]) Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (PB L 88 van 4.4.2011, blz. 45) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

([17]) https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-49-2024-INIT/nl/pdf.

4. **Ongelijkheden opsporen en aanpakken**

4.1. Het is van cruciaal belang dat wordt toegezien op de uitvoering van de beginselen 16 en 18 van de pijler en dat de lidstaten de middelen krijgen om betaalbare toegang tot gezondheidszorg en langdurige zorg te waarborgen. Dit vereist een adequate financiering van de openbare gezondheidszorg en infrastructuur.

4.2. Door de sociale economie en sociale innovatie te bevorderen, kunnen nieuwe manieren worden gevonden om de toegang tot gezondheidszorg voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen te verbeteren. Er moet worden gezorgd voor adequate overheidsinvesteringen, maar het verkennen van alternatieve modellen voor het verstrekken en financieren van gezondheidszorg zou kunnen helpen om aloude belemmeringen uit de weg te ruimen.

4.3. Financiële middelen zijn van cruciaal belang om de infrastructuur en de dienstverlening in de gezondheidszorg te verbeteren. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat de financiële middelen en initiatieven van het programma EU4Health (2021-2027) gericht zijn op het wegnemen van economische belemmeringen voor de toegang tot gezondheidszorg en op oplossingen die de passende duurzaamheid ervan waarborgen.

4.4. Gezien de grote territoriale verschillen lijkt het belangrijk onderzoek te doen naar de oorzaken en de redenen waarom het beleid in sommige landen doeltreffender is dan in andere, ook wanneer de verarming in deze landen vergelijkbaar is.

4.5. Het lijkt nuttig om de uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden bij de ontwikkeling en uitvoering van een inclusief gezondheids- en welzijnsbeleid aan te moedigen. In dit verband zou ook moeten worden nagedacht over de uitwerking van een gemeenschappelijke basisnomenclatuur voor sociale en gezondheidsdiensten, om de semantische problemen uit de wereld te helpen, vergelijkingen te vergemakkelijken en de basis te leggen voor gemeenschappelijke analyses op basis waarvan gezamenlijke richtsnoeren kunnen worden ontwikkeld.

4.6. Het Europees netwerk van openbare diensten voor arbeidsvoorziening zou kunnen worden gebruikt als referentiemodel voor een gestandaardiseerde en gemeenschappelijke nomenclatuur. Om de efficiëntie van openbare arbeidsbemiddelingsdiensten te vergroten, bevordert dit netwerk de vergelijking tussen de verschillende landen, brengt het goede praktijken in kaart op basis van wetenschappelijke bevindingen en bevordert het dat de Europese openbare arbeidsbemiddelingsdiensten van elkaar leren. Alle EU-lidstaten, Noorwegen, IJsland en de Europese Commissie maken deel uit van dit netwerk.

4.7. Het is nuttig om op EU-niveau richtsnoeren of aanbevelingen uit te werken om specifieke belemmeringen voor de toegang tot zorg aan te pakken, zoals financiële moeilijkheden, organisatorische en discriminatoire belemmeringen en de individuele situatie van mensen. Met de steun van de Commissie zouden de lidstaten moeten worden aangespoord om beleidsmaatregelen te nemen die:

— zorgen voor adequate investeringen in volksgezondheidsstelsels om universele en betaalbare toegang tot hoogwaardige zorg te waarborgen;

— de sociale vangnetten versterken, met inbegrip van minimuminkomensregelingen en werkloosheidsuitkeringen, om de armoede en het risico op armoede terug te dringen, wat een impact kan hebben op de toegang tot gezondheids- en zorgdiensten;

— de kosten van gezondheidszorg en langdurige zorg voor alleenstaanden en gezinnen met een laag inkomen verlagen of vergoeden, in overeenstemming met de nationale regelgeving;

— de toegankelijkheid en beschikbaarheid van sociale diensten verbeteren, met inbegrip van langdurige zorg, bijstand voor huisvesting en diensten voor gezinnen met kinderen;

— belemmeringen voor de toegang tot gezondheidszorg aanpakken, zoals lange wachttijden, tekorten aan arbeidskrachten en gebrek aan coördinatie tussen verschillende zorgniveaus;

— gerichte bewustmakingsprogramma's opzetten om kwetsbare groepen in contact te brengen met de beschikbare gezondheids- en sociale diensten.

4.8. Om aan deze doelstellingen bij te dragen, kan het EESC als facilitator optreden die positieve processen op gang brengt, door het maatschappelijk middenveld te betrekken bij het onder de aandacht brengen van de bevindingen die nader moeten worden bestudeerd.

Brussel, 16 juli 2025.

De voorzitter
van het Europees Economisch en Sociaal Comité
Oliver RÖPKE