

Vergaderjaar 1997–1998

25 893

Uitvoering Vrouwenverdrag

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 6 februari 1998

Inleiding

In de zomer van 1996 heb ik de publicatie «**Gezondheid als recht, de betekenis van artikel 12 van het VN Vrouwenverdrag voor Nederland**»¹ in ontvangst genomen. Vanuit mijn verantwoordelijkheid voor de Volksgezondheid heb ik bij die gelegenheid toegezegd later met een uitgebreider standpunt te zullen komen. Tevens heb ik toen – gezien het belang van genoemd onderzoeksrapport – aangegeven een Engelstalige samenvatting van het rapport wenselijk te achten. Hieronder geef ik u mijn reactie op de bevindingen in het onderzoeksrapport. Tevens geef ik aan op welke wijze ik gevolg heb gegeven aan mijn opvatting dat er een Engelstalige samenvatting van het rapport gepubliceerd moet worden. Omwille van de duidelijkheid wordt een en ander vooraf gegaan door een kort overzicht van het kader waarin het onderzoek naar de betekenis van artikel 12 van het VN Vrouwenverdrag heeft plaatsgevonden. Mede omwille van de leesbaarheid en duidelijkheid zal ik vooraf tevens kort ingaan op de inhoud van artikel 12 van het VN Vrouwenverdrag en op de inhoud van het onderzoeksrapport.

Achtergronden van het onderzoek Gezondheid als recht

Nederland is sinds 1991 partij bij het Internationaal Verdrag tegen Discriminatie van Vrouwen (IVDV) kortweg, het VN Vrouwenverdrag. Bij de parlementaire discussie over het Verdrag in 1990 heeft u aangegeven niet alleen geïnformeerd te willen worden over de vierjaarlijkse rapportage aan het CEDAW (Committee on the Elimination of Discrimination against Women). Bij amendement-Kalsbeek e.a. werd tevens bepaald dat eens in de vier jaar een verslag over de uitvoering van het Verdrag aan de Tweede Kamer zou worden gezonden. Met de in maart van dit jaar uitgebrachte nationale rapportage van de commissie Groenman, is deze afspraak met de Kamer nagekomen². Omdat het Verdrag een breed terrein bestrijkt is door mijn collega van

¹ Holtrust, N., A. C. Hendriks en D. M. J. Bauduin (red.) De betekenis van artikel 12 Vrouwenverdrag voor Nederland: gezondheid als recht. 's-Gravenhage, VUGA Uitgeverij B.V., 1996, 310 pp.

² Groenman, L. S., e.a. Het Vrouwenverdrag in Nederland anno 1997. Verslag van de commissie voor de eerste nationale rapportage over de implementatie in Nederland van het Internationaal Verdrag tegen Discriminatie van Vrouwen. 's-Gravenhage, VUGA Uitgeverij B.V., 1997, 213 pp.

Sociale Zaken en Werkgelegenheid besloten regelmatig een verdiepend onderzoek te laten uitvoeren naar de implementatie van het verdrag op deelterreinen. Het eerste onderzoek had betrekking op de betekenis van artikel 12 van het Vrouwenverdrag voor Nederland.

Inhoud van artikel 12 Vrouwenverdrag

In het rapport «Gezondheid als recht» wordt ingegaan op de juridische betekenis van artikel 12 van het VN Vrouwenverdrag voor de Nederlandse situatie. Genoemd artikel draagt verdragstaten op «alle passende maatregelen te nemen om discriminatie van vrouwen op het gebied van de gezondheidszorg uit te bannen, teneinde te verzekeren dat vrouwen, op basis van gelijkheid van mannen en vrouwen gebruik kunnen maken van medische zorg, met inbegrip van die welke verband houden met geboortenregeling». Het tweede lid van dit artikel verplicht tot het waarborgen van «passende, zonedig kosteloze dienstverlening in verband met zwangerschap, bevalling en de hierop volgende periode, alsmede passende voeding gedurende zwangerschap en de tijd waarin zij hun zuigelingen voeden».

Artikel 12 van het Vrouwenverdrag moet ruim worden uitgelegd en omvat de gehele organisatie van de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg, alsmede het aanbod van alle vormen van gezondheidszorg (cure en care). In het opleggen van verplichtingen aan verdragstaten ter bevordering en bescherming van de gezondheid van vrouwen is artikel 12 Vrouwenverdrag niet uniek. Ook de Grondwet en andere internationale verdragen, zoals het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR) kennen een recht op gezondheid dat aan alle mensen toekomt. De meerwaarde van artikel 12 Vrouwenverdrag ten opzichte van de andere hier genoemde verdragen is dat staten op grond van dit artikel verplicht zijn bij het maken van wetgeving en het formuleren van beleid rekening te houden met de kwetsbare positie van vrouwen. Ik noem dat hier nadrukkelijk omdat in het onderzoeksrapport met name wordt getoetst op deze verplichting.

Bevindingen in het onderzoeksrapport

Het verbod op discriminatie vormt de kern van het Vrouwenverdrag. Met discriminatie worden hier niet alleen directe maar ook indirecte vormen van discriminatie bedoeld. Dit betekent naar mening van de onderzoekers, dat ook ogenschijnlijk neutrale wetten of praktijken waarbij op het eerste gezicht geen sprake is van discriminatie, verboden zijn wanneer het effect ervan is dat vrouwen daardoor worden achtergesteld.

In de onderzoeksrapportage wordt herhaaldelijk benadrukt dat de uitbanning van alle vormen van discriminatie tot doel heeft de gelijkheid van mannen en vrouwen op alle terreinen te verzekeren. Voor wat betreft artikel 12 van het Vrouwenverdrag gaat het dus om de gelijkheid op het terrein van de gezondheidszorg. Het gelijkheidsbeginsel moet hier niet alleen in formele zin maar ook in materiële zin worden opgevat. Dat betekent dat positieve aandacht moet worden besteed aan de verschillen tussen mannen en vrouwen en dat het eindresultaat voor vrouwen en mannen gelijkwaardig moet zijn.

De auteurs vertalen het verbod op discriminatie en de eis van bevordering van materiële gelijkheid tussen mannen en vrouwen in vragen naar de kwaliteit van de gezondheidszorg. Die kwaliteit wordt in dit geval opgevat in termen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de afstemming tussen vraag en aanbod en de bejegening van vrouwen. Voor de verschillende vormen van zorg levert dat de volgende bevindingen op. In de preventieve gezondheidszorg zijn meer programma's voor vrouwen dan voor mannen ontwikkeld. Naast de positieve gevolgen ervan zoals

gezondheidswinst en verbetering van de kwaliteit van leven, kan de omvang van het preventieve aanbod ook leiden tot een cumulatie van preventieve zorg over de verschillende levensfasen. Negatieve effecten in de vorm van angst en onzekerheid over de eigen gezondheid en (onnodig) medische consumptie kunnen hiervan het gevolg zijn, aldus de auteurs. De toegankelijkheid van de huisarts is strikt gesproken alleen problematisch voor de groeiende groep onverzekerden, illegalen, daklozen en (zwervende) druggebruikers. Vrouwen bezoeken vaker dan mannen de huisarts, maar dit is verklaarbaar uit het voorkomen van aandoeningen in de vrouwelijke bevolking en de aanwezigheid van andere factoren die samenhangen met een hoger huisartsbezoek (sociaal-demografische kenmerken, anticonceptie, zwangerschap, prevalentie van psychische problematiek). Naar mening van de auteurs ondervinden vrouwen nadelige gevolgen van de stereotype beeldvorming dat zij onnodig gebruik zouden maken van de eerstelijnsgezondheidszorg en ligt er een taak voor de overheid in het doorbreken van deze stereotype beeldvorming.

Op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg constateren de auteurs dat de achtergrond en problematiek van vrouwen en mannen met psychiatrische stoornissen dermate verschilt dat een «algemeen» hulpaanbod wellicht onvoldoende tegemoet komt aan de specifieke behoeften van vrouwelijke en mannelijke patiënten. Doordat de verschillen genegeerd worden, wordt een vorm van ongelijke behandeling gecreëerd die zowel vrouwen als mannen benadeelt.

In de tweedelijnsgezondheidszorg worden mannen en vrouwen in dezelfde mate bereikt. Dat vrouwen per saldo echter evenveel specialistische zorg ontvangen komt vooral doordat zij gynaecologische ingrepen ondergaan. De onderzoekers zijn van mening dat voor aandoeningen waar vrouwen het meest mee te maken hebben, de specialistische behandeling slechts van beperkte betekenis is. In dit verband wijzen zij erop dat chronisch zieken waarin vrouwen oververtegenwoordigd zijn, vaker zijn aangewezen op hulp die geheel of gedeeltelijk buiten het basispakket ligt. Hierin schuilt naar de mening van de onderzoekers een risico van indirecte discriminatie.

De kern van de bevindingen van de auteurs is gelegen in de constatering dat er op het terrein van ziekte en gezondheid onvermijdbare en onverwiltbare sekseverschillen bestaan en dat die sekseverschillen betrokken moeten worden in de praktijk van de gezondheidszorg en in de beleidsontwikkeling om niet alleen formele maar ook materiële gelijkheid voor vrouwen te kunnen realiseren.

Met de uitdrukking «Women get sick, men die», verwijzen de onderzoekers naar sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Vrouwen hebben in vergelijking met mannen een hogere levensverwachting, maar brengen een groter deel van hun leven door in ongezondheid. Langdurige aandoeningen, lichamelijke beperkingen, psychische problematiek en multimorbiditeit komen vaker bij vrouwen voor dan bij mannen. Uit de aard hebben vrouwen daarbij ook vaker te maken met aandoeningen die samenhangen met de voortplanting.

De auteurs benadrukken dat vrouwen door hun grotere ziektelast vaker in contact komen met de gezondheidszorg en veronderstellen dat veranderingen in de zorg en het gezondheids(zorg)beleid vrouwen dan ook meer raken dan mannen. Seksneutraal bedoelde maatregelen dreigen hierdoor verschillend uit te werken voor vrouwen en mannen (materiële ongelijkheid).

Reactie op de onderzoeksresultaten

In algemene zin kan gesteld worden dat in het rapport geen evidente misstanden worden gesignaleerd als het gaat om de gezondheid van vrouwen in Nederland en om de voorwaarden voor vrouwen om een goede gezondheid te bereiken.

Wel wordt in de onderzoeksrapportage met argumenten inzichtelijk gemaakt dat er sekseverschillen bestaan in ziekte en gezondheid en dat het realiseren van materiële gelijkheid of het tegengaan van discriminatie (om in termen van het VN Vrouwenverdrag te blijven) vereist dat de ongelijke gevallen ongelijk behandeld moeten worden.

In het beleid op het terrein van de gezondheidszorg wordt hier al rekening mee gehouden. Ik verwijs in dit verband bijvoorbeeld naar de groeiende aandacht voor de vrouwenhulpverlening. Aangezien de inspanningen van VWS op dit terrein ten dele een antwoord zijn op de geconstateerde lacunes, wil ik ze hier evenwel niet onvermeld laten. Ik denk hierbij met name aan de in 1996 ingestelde Stuurgroep Vrouwenhulpverlening. Deze Stuurgroep – waarin verschillende actoren uit de gezondheidszorg participeren – richt zich op het verder integreren van vrouwenhulpverlening in de zorg, met name waar het gaat om het beleid. De stuurgroep gebruikt hiervoor onder andere de resultaten en ervaringen van het VWS-Werkprogramma Vrouwenhulpverlening, dat eind 1997 is afgerond. De bevindingen van het rapport over de betekenis van artikel 12 worden betrokken bij de werkzaamheden van de Stuurgroep. Hiermee wordt onder meer tegemoet gekomen aan de aanbeveling van de onderzoekers om bij de ontwikkeling van gezondheids(zorg)beleid meer aandacht te besteden aan de uitgangspunten en doelstellingen van het Verdrag.

Over de toegankelijkheid van preventieprogramma's en de eerstelijnsgezondheidszorg wordt een constatering gedaan die ik niet geheel deel. Zo wijzen de onderzoekers er op dat preventieprogramma's niet of onvoldoende binnen het bereik van onverzekerde vrouwen of vrouwen met een illegale verblijfsstatus zouden liggen. In dit verband wordt de Koppelingswet genoemd die alleen toegang tot collectief gefinancierde zorg zou waarborgen in geval van een acute medische noodsituatie. Deze interpretatie is niet helemaal juist. De toegankelijkheid tot voorzieningen staat open voor die illegalen die medisch noodzakelijke zorg behoeven. Zoals u bekend is er een fonds opgericht om artsen en instellingen die relatief veel zorg bieden aan illegalen, tegemoet te komen in de kosten.

Voorts vind ik het verheugend dat mijn inspanningen om door de instelling van de Nationale Commissie Chronisch Zieken en de Nota Chronisch Ziekenbeleid, de kennis over chronische ziekten te bundelen en betere interventies mogelijk te maken, niet onopgemerkt zijn gebleven. De opvatting van de onderzoekers dat de ontwikkeling van een genderperspectief nodig is voor het welslagen van dit beleid, zal ik bij de verdere beleidsontwikkeling op dit terrein betrekken. Zo zal de Nationale Commissie Chronisch Zieken op mijn verzoek in de komende periode expliciet aandacht geven aan de seksspecifieke problemen van mensen met een chronische aandoening. Dit voornemen is opgenomen in het werkprogramma 1998/99 van de Commissie. Ik acht dit van groot belang en zal dit voornemen ondersteunen. In de voortgangsrapportage chronisch zieken die ik u in het voorjaar van 1998 zal doen toekomen, zal ik u over de voortgang op dit punt informeren.

Reactie op de aanbevelingen

De aanbevelingen die in het rapport worden geformuleerd komen voor een belangrijk deel voort uit de door de onderzoekers geconstateerde seksspecifieke verschillen in gezondheid en de noodzaak om deze mee te wegen in de ontwikkeling en uitvoering van het beleid om aldus ook materiële gelijkheid voor vrouwen te bereiken. Ik zal dan ook niet ingaan op de specifieke aanbevelingen, maar volsta met een globale reactie.

Zoals ik hiervoor al aangaf wordt in het gezondheidsbeleid uitdrukkelijk aandacht besteed aan de vrouwenhulpverlening en aan de wijze waarop deze kan worden geïntegreerd in de reguliere zorg. In algemene zin kan evenwel nog niet gesteld worden dat in het gezondheidsbeleid systematisch rekening wordt gehouden met gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Dit is vanuit historisch oogpunt zeer wel te verklaren.

Als het gaat om verschillen tussen mannen en vrouwen zijn de afgelopen decennia gekenmerkt door een streven naar formele gelijkheid tussen de seksen. De emancipatiebeweging van de afgelopen periode was hier voor een belangrijk deel op gebaseerd. Vanuit dit gelijkheidsdenken lag het niet voor de hand aandacht te vragen voor eventuele verschillen tussen de seksen. Daarin is de laatste jaren verandering gekomen. Zo zien wij op het terrein van de gezondheidszorg een toenemende onderzoeks aandacht voor sekseverschillen in ziekte en gezondheid en voor de consequenties ervan voor het diagnostisch proces, de behandeling en de kwaliteit van het dagelijkse leven van patiënten.

De veranderde inzichten in seksspecifieke verschillen in ziekte en gezondheid zullen nog verder vertaald moeten worden in beleid. Het is nu nog niet het moment om verder aan te geven op welke inhoudelijke wijze deze veranderde inzichten in het beleid worden betrokken, voor zover dit nog niet is gedaan. Gezien de historische context die ik hiervoor heb geschetst is het ook niet redelijk om dit te verwachten.

Wel geef ik hieronder de stappen die in de nabije toekomst gezet moeten worden om te komen tot een beleidsmatige weging van sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Het onderzoek naar de betekenis van artikel 12 van het VN Vrouwenverdrag biedt hiervoor een aantal goede handvatten. Ik wil op korte termijn een ambtelijke werkgroep instellen die voorstellen ontwikkelt om meer bekendheid te geven aan het Vrouwenverdrag zodat bij de ontwikkeling van het gezondheids(zorg)beleid meer aandacht kan worden besteed aan de uitgangspunten en doelstellingen van het Verdrag. Met de instelling van deze werkgroep kom ik tegemoet aan de aanbevelingen van het rapport Gezondheid als recht en van de commissie Groenman. Ook de aanbeveling die werd gedaan op de conferentie in oktober jl. over het rapport Groenman, om brede bekendheid te geven aan de inhoud, strekking en reikwijdte van het Vrouwenverdrag is met de instelling van deze werkgroep overgenomen.

Daarnaast ben ik voornemens de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en de Raad voor de Volksgezondheid in het kader van het programma 1998 te verzoeken mij te adviseren over de wijze waarop in het beleid concreet vorm gegeven kan worden aan de aanbevelingen uit het rapport De betekenis van artikel 12 Vrouwenverdrag voor Nederland. Het ligt in de rede dat de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening bij de opstelling van dit advies wordt betrokken. Over de uitkomsten van deze adviesaanvraag zult u via de gebruikelijke procedures worden geïnformeerd.

Engelstalige vertaling

Het onderzoek naar de betekenis van artikel 12 als recht geeft aan hoe de internationale norm van het Vrouwenverdrag in de gezondheidspraktijk van alledag geïnterpreteerd kan worden. De multidisciplinaire aanpak die hierbij is gevolgd heeft een concrete verbinding tussen de internationale norm en de gezondheidspraktijk mogelijk gemaakt. Dit is niet alleen van belang voor Nederland, maar ook voor andere Verdragstaten. Vanuit internationale gremia zijn dan ook signalen gekomen dat een Engelstalige versie van dit onderzoeksrapport ook andere Verdragstaten kan helpen bij het leggen van de verbinding tussen de internationale norm en de gezondheidspraktijk.

Om hieraan tegemoet te komen heb ik opdracht gegeven voor een Engelstalige samenvatting van het rapport. Deze samenvatting zal eind dit jaar door mijn ministerie worden gepubliceerd en aan u worden aangeboden.

Tenslotte wil ik graag mijn waardering uitspreken voor het onderzoek dat door Holtrust en anderen is verricht. Het onderzoek biedt een goed inzicht in de betekenis van artikel 12 van het Vrouwenverdrag voor Nederland. Het biedt tevens handvatten om de abstracte juridische taal van een mensenrechtenverdrag te vertalen naar concrete beleidsmaatregelen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers