



Zittingsdocument

A10-0221/2026

31.8.2026

VERSLAG

over een EU-strategie voor hart- en vaatziekten

(2025/2132(INI))

Commissie volksgezondheid

Rapporteur: Romana Jerković

INHOUD

	Blz.
ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT	3
TOELICHTING	48
BIJLAGE: BEKENDMAKING VAN INPUT	50
INFORMATIE OVER DE GOEDKEURING IN DE BEVOEGDE COMMISSIE	51
HOOFDELIJKE EINDSTEMMING IN DE BEVOEGDE COMMISSIE	52

ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT

over een EU-strategie voor hart- en vaatziekten

(2025/2132(INI))

Het Europees Parlement,

- gezien de artikelen 7, 9, 168 en 191 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie,
- gezien de artikelen 3 en 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie,
- gezien de Europese pijler van sociale rechten,
- gezien de Agenda 2030 voor duurzame ontwikkeling van de Verenigde Naties en de daarin opgenomen duurzameontwikkelingsdoelstellingen (Sustainable Development Goals – SDG's), met name SDG 3.4 om vroegtijdige sterfte als gevolg van niet-overdraagbare ziekten tegen 2030 met een derde te verminderen door middel van preventie en behandeling,
- gezien het op 18 mei 2023 gepubliceerde “Health service delivery framework for prevention and management of obesity” (Kader voor de verlening van gezondheidsdiensten met het oog op preventie en beheer van obesitas) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het “Acceleration Plan to Stop Obesity” (versnellingsplan om obesitas tegen te gaan) van de WHO van 3 juli 2023,
- gezien de mededeling van de Commissie van 16 december 2025 betreffende een EU-plan voor cardiovasculaire gezondheid: het plan voor een veilig hart (COM(2025)1024),
- gezien de mededeling van de Commissie van 3 februari 2021 getiteld “Het Europees kankerbestrijdingsplan” (COM(2021)0044),
- gezien zijn resolutie van 16 februari 2022 over versterking van Europa in de strijd tegen kanker – naar een alomvattende en gecoördineerde strategie¹,
- gezien het door de Commissie gelanceerde initiatief “Samen gezonder – initiatief van de EU voor niet-overdraagbare ziekten”,
- gezien de mondiale gezondheidsstrategie van de EU,
- gezien Verordening (EU) 2025/327 van het Europees Parlement en de Raad van 11 februari 2025 betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens en tot wijziging van Richtlijn 2011/24/EU en Verordening (EU) 2024/2847²,

¹ PB C 342 van 6.9.2022, blz. 109.

² PB L, 2025/327, 5.3.2025, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj>.

- gezien Richtlijn 2014/40/EU van het Europees Parlement en de Raad van 3 april 2014 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten en tot intrekking van Richtlijn 2001/37/EG³ (de tabaksproductenrichtlijn),
- gezien Richtlijn 2011/64/EU van de Raad van 21 juni 2011 betreffende de structuur en de tarieven van de accijns op tabaksfabrikaten⁴,
- gezien Richtlijn 2005/29/EG van het Europees Parlement en de Raad van 11 mei 2005 betreffende oneerlijke handelspraktijken van ondernemingen jegens consumenten op de interne markt en tot wijziging van Richtlijn 84/450/EEG van de Raad, Richtlijnen 97/7/EG, 98/27/EG en 2002/65/EG van het Europees Parlement en de Raad en van Verordening (EG) nr. 2006/2004 van het Europees Parlement en de Raad (“richtlijn oneerlijke handelspraktijken”)⁵,
- gezien Verordening (EG) nr. 1924/2006 van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen⁶,
- gezien Richtlijn 2008/50/EG van het Europees Parlement en de Raad van 21 mei 2008 betreffende de luchtkwaliteit en schonere lucht voor Europa⁷,
- gezien Richtlijn 2002/49/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 juni 2002 inzake de evaluatie en de beheersing van omgevingslawaaï⁸,
- gezien 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 gezondheidszorg⁹ (richtlijn grensoverschrijdende gezondheidszorg),
- gezien het rapport van Mario Draghi van 9 september 2024, getiteld “De toekomst van het Europese concurrentievermogen” (rapport-Draghi),
- gezien de mededeling van de Commissie van 29 januari 2025 getiteld “Het EU-kompas voor concurrentievermogen” (COM(2025)0030),
- gezien het verslag van de Commissie van 29 januari 2026 getiteld “Tussentijdse evaluatie van het actieplan Verontreiniging naar nul — Zorgen voor schone lucht, oceanen, zoet water en bodems” (COM (2026) 0042),
- gezien Richtlijn (EU) 2016/2284 van het Europees Parlement en de Raad van 14 december 2016 betreffende de vermindering van de nationale emissies van bepaalde luchtverontreinigende stoffen, tot wijziging van Richtlijn 2003/35/EG en tot intrekking

³ PB L 127 van 29.4.2014, blz. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj>.

⁴ PB L 176 van 5.7.2011, blz. 24, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/64/oj>.

⁵ PB L 149 van 11.6.2005, blz. 22, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/29/oj>.

⁶ PB L 404 van 30.12.2006, blz. 9, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2006/1924/oj>.

⁷ PB L 152 van 11.6.2008, blz. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2008/50/oj>.

⁸ PB L 189 van 18.7.2002, blz. 12, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2002/49/oj>.

⁹ PB L 88 van 4.4.2011, blz. 45, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>.

van Richtlijn 2001/81/EG¹⁰, en de evolutie daarvan gepubliceerd op 1 december 2025,

- gezien het verslag van het Europees Milieuagentschap van 22 juni 2023 getiteld “Beating cardiovascular disease — the role of Europe’s environment” (hart- en vaatziekten bestrijden — de rol van het milieu in Europa) en het verslag van 3 november 2025 getiteld “Preventing cardiovascular disease through a healthy environment” (hart- en vaatziekten voorkomen door een gezonde omgeving),
- gezien de EU-strategie voor aanpassing aan de klimaatverandering, gepubliceerd op 24 februari 2021 (COM(2021)0082),
- gezien Horizon Europa, het EU4Health-programma, het programma Digitaal Europa en de fondsen van het cohesiebeleid,
- gezien de mededeling van de Commissie van 14 oktober 2020 over de strategie voor duurzame chemische stoffen (COM(2020)0667),
- gezien het Europees register voor ongelijkheden bij kanker,
- gezien het mondiale actieplan van de WHO voor de preventie en beheersing van niet-overdraagbare ziekten 2013-2030, het actieplan voor de preventie en beheersing van niet-overdraagbare ziekten in de Europese regio van de WHO 2016-2025, en het tweede Europese werkprogramma van de WHO 2026-2030: “Gezamenlijke actie voor een betere gezondheid”,
- gezien de politieke verklaring van de vierde bijeenkomst op hoog niveau van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties van 8 december 2025 over de preventie en bestrijding van niet-overdraagbare ziekten en de bevordering van geestelijke gezondheid en welzijn, aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties,
- gezien de aanbevelingen van de WHO (“Best Buys”) en van WHO Europe (“Quick Buys”) voor de preventie en beheersing van niet-overdraagbare ziekten, waaronder hart- en vaatziekten,
- gezien de mededeling van de Commissie van 7 maart 2025 getiteld “Een routekaart voor vrouwenrechten” (COM(2025)0097),
- gezien het technisch pakket “HEARTS” van de WHO,
- gezien het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging,
- gezien de WHO-strategie inzake lichaamsbeweging voor de Europese regio van de WHO 2016-2025,
- gezien zijn resolutie van 16 februari 2022 getiteld “Versterking van Europa in de strijd tegen kanker – naar een alomvattende en gecoördineerde strategie”¹¹,

¹⁰ PB L 344 van 17.12.2016, blz. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2016/2284/oj>.

¹¹ PB C 342 van 6.9.2022, blz. 109.

- gezien zijn resolutie van 13 december 2023 over niet-overdraagbare ziekten¹²,
 - gezien zijn lopende werkzaamheden inzake het tekort aan gezondheidswerkers in de EU,
 - gezien het verslag van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling van 15 december 2025 getiteld “The state of cardiovascular health in the European Union” (De toestand van de cardiovasculaire gezondheid in de Europese Unie),
 - gezien het advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité van 18 september 2025 over de commerciële gezondheidsdeterminanten,
 - gezien artikel 55 (en artikel 148, lid 2) van zijn Reglement,
 - gezien het verslag van de Commissie volksgezondheid (A10-0221/2026),
- A. overwegende dat hart- en vaatziekten een breed spectrum aan hart- en vaataandoeningen omvatten, waaronder aandoeningen die zowel het hart als de bloedsomloop aantasten;
- B. overwegende dat hart- en vaatziekten en de daaraan verbonden risicofactoren veel voorkomen en niet alleen aanzienlijke gevolgen hebben voor de gezondheid en de levenskwaliteit maar ook grote economische en sociale gevolgen; overwegende dat cardiovasculaire gezondheid daarom een grote uitdaging vormt voor de volksgezondheid en de samenleving in de EU, aangezien hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak in de EU blijven, met ongeveer 1,7 miljoen sterfgevallen per jaar; overwegende dat in de EU 62 miljoen mensen last hebben van hart- en vaatziekten en dat er jaarlijks bijna 13 miljoen nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten worden vastgesteld; overwegende dat milieurisico's naar schatting verantwoordelijk zijn voor meer dan 18 %¹³ van de sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten in Europa; overwegende dat hart- en vaatziekten gepaard gaan met een aanzienlijke morbiditeit, handicap, een verminderde levenskwaliteit, verminderde zelfredzaamheid, productiviteitsverlies, een verhoogd risico op complicaties door infectieziekten en een economische kost van naar schatting 282 miljard EUR per jaar; overwegende dat ongeveer 80 % van de hart- en vaatziekten te voorkomen is¹⁴;
- C. overwegende dat hart- en vaatziekten een belangrijke oorzaak zijn van vroegtijdige sterfte en handicaps als gevolg van niet-overdraagbare ziekten, en overwegende dat het terugdringen van cardiovasculaire mortaliteit van essentieel belang is om SDG 3.4 tegen 2030 te verwezenlijken;
- D. overwegende dat hart- en vaatziekten ingrijpende gevolgen hebben voor samenlevingen en economieën in de hele EU, met gevolgen voor de arbeidsmarkten, de socialebeschermingsstelsels en de economische duurzaamheid op lange termijn;
- E. overwegende dat coronaire hartziekten het grootste aandeel hebben in de

¹² PB C, C/2024/4171, 2.8.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/4171/oj>.

¹³ <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/beating-cardiovascular-disease-the-role-of-europes-environment>.

¹⁴ <https://world-heart-federation.org/what-we-do/prevention/>.

cardiovasculaire mortaliteit, gevolgd door beroertes; overwegende dat hartfalen, atriumfibrillatie, perifere arteriële ziekten, valvulaire hartziekten, cardiomyopathiën, reumatische hartziekten, hypertensieve hartziekten en aortische ziekten aanzienlijk bijdragen aan handicaps, vermijdbare ziekenhuisopnamen en vroegtijdige sterfte in de hele EU;

- F. overwegende dat slechts een beperkt aantal lidstaten de mondiale doelstelling heeft gehaald om de prevalentie van hypertensie tegen 2025 met 25 % te verminderen, waaruit blijkt dat er onvoldoende vooruitgang is geboekt bij het voorkomen en aanpakken van een van de belangrijkste en beïnvloedbare cardiovasculaire risicofactoren; overwegende dat ongeveer 22 % van de EU-bevolking van 15 jaar en ouder hypertensie heeft en dat dit een van de meest voorkomende risicofactoren voor hart- en vaatziekten is; overwegende dat een ontoereikende opsporing en slechte aanpak van hypertensie nog steeds een oorzaak vormen van vermijdbare ziekte en vroegtijdige sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten in de hele EU;
- G. overwegende dat gestandaardiseerde sterftecijfers in verband met hart- en vaatziekten nog steeds grote regionale verschillen vertonen in de EU, die wijzen op een hardnekkige kloof tussen oost en west; overwegende dat deze verschillen wijzen op ongelijke blootstelling aan risicofactoren en ongelijke toegang tot tijdige preventie, diagnose en hoogwaardige zorg in de verschillende regio's; overwegende dat slechts 11 van de 27 lidstaten nationale cardiovasculaire plannen hebben; overwegende dat er behoefte is aan een gemeenschappelijke Europese aanpak om deze plannen te harmoniseren met het oog op de uitwisseling van informatie, en dat de lidstaten die nog niet over dergelijke plannen beschikken, het "plan voor een veilig hart" moeten aannemen;
- H. overwegende dat de vergrijzing van de bevolking, in combinatie met het toenemende aantal cardiovasculaire risicofactoren, de last van hart- en vaatziekten en daarmee samenhangende chronische aandoeningen naar verwachting verder zal doen toenemen als een betere preventie, vroegtijdige opsporing en adequate respons van gezondheidszorgstelsels uitblijven, met extra druk op het personeelsbestand in de gezondheidszorg tot gevolg; overwegende dat hart- en vaatziekten alle leeftijdsgroepen treffen en dat vroegtijdige blootstelling aan risicofactoren en laatijdige herkenning bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen bepalend zijn voor de verdere levensloop; overwegende dat het daarom van essentieel belang is om de cardiovasculaire gezondheid gedurende het hele leven in het oog te houden;
- I. overwegende dat hart- en vaatziekten nauw verband houden met andere belangrijke niet-overdraagbare ziekten, waaronder diabetes, hypertensie, kanker, chronische nierziekte, obesitas en vele andere; overwegende dat een aanzienlijk deel van de cardiovasculaire aandoeningen ontstaat als complicaties van diabetes en aanverwante aandoeningen die onopgemerkt blijven, pas in een laat stadium worden gediagnosticeerd of onvoldoende worden behandeld; overwegende dat zodra hart- en vaatziekten zich eenmaal hebben ontwikkeld, de behandeling van diabetes complexer en duurder wordt;
- J. overwegende dat diabetes ongeveer 34 miljoen mensen in de EU treft, en overwegende dat ongeveer een derde van de mensen met diabetes in hun leven hart- en vaatziekten zal ontwikkelen, wat diabetes tot een belangrijke, vermijdbare oorzaak van

cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in Europa maakt; overwegende dat mensen met diabetes type 1, een levenslange auto-immuunziekte die vaak in de kindertijd wordt gediagnosticeerd, een aanzienlijk hoger risico op hart- en vaatziekten lopen gedurende hun hele leven, ondanks het ontbreken van beïnvloedbare gedragsgerelateerde oorzaken; overwegende dat tot 40 % van de kinderen wordt gediagnosticeerd na diabetische ketoacidose, een potentieel levensbedreigende aandoening;

- K. overwegende dat overgewicht en obesitas bij kinderen een groot probleem vormen in Europa; overwegende dat één op de tien kinderen in de leeftijd van 5 tot 19 jaar obees is en dat 25 % overgewicht heeft¹⁵;
- L. overwegende dat obesitas verantwoordelijk is voor bijna een kwart van de behandelingskosten voor hart- en vaatziekten en leidt tot aanzienlijke maatschappelijke verliezen in de vorm van een lagere arbeidsparticipatie en productiviteit en een grotere afhankelijkheid van sociale en gezondheidsdiensten¹⁶;
- M. overwegende dat aan de geestelijke gezondheid gerelateerde ziekten en symptomen zoals depressie, angst, boosheid en vijandigheid, evenals acute of chronische stress, factoren zijn die het risico op hart- en vaatziekten verhogen¹⁷; overwegende dat de huidige aanbevelingen vragen om een gestandaardiseerde screening van depressie en de implementatie van een geschikt therapeutisch plan bij patiënten met hartaandoeningen; overwegende dat een gebrek aan psychosociaal welzijn in de bevolking ook een cardiovasculaire risicofactor vormt, omdat het geassocieerd wordt met een slechtere cardiovasculaire gezondheid en meer ongunstige klinische resultaten bij hart- en vaatziekten; overwegende dat psychosociale factoren daarenboven nauw verbonden zijn met het algehele risico op hart- en vaatziekten, omdat ze vaak van invloed zijn op gedrag zoals tabaksgebruik en mate van lichaamsbeweging¹⁸;
- N. overwegende dat metabole-disfunctie geassocieerde steatotische leverziekte nog steeds onvoldoende wordt erkend als oorzaak van hart- en vaatziekten en meer dan 25 % van de volwassenen treft in de EU;
- O. overwegende dat er hardnekkige en toenemende ongelijkheden op het gebied van cardiovasculaire gezondheidsresultaten bestaan tussen en binnen de lidstaten, tussen vrouwen en mannen, tussen stedelijke en plattelandsgebieden, en bij kwetsbare bevolkingsgroepen, waaronder migranten, ouderen, personen met een handicap, personen met zeldzame ziekten en meerdere aandoeningen, werklozen en sociaal-economisch achtergestelde bevolkingsgroepen; overwegende dat de risico's in verband met het milieu en de gezondheid op het werk ongelijk verdeeld zijn over de samenleving¹⁹;

¹⁵ https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bf1f4.html#tablegrp-d1e19578-1bd943d292.

¹⁶ https://www.oecd.org/en/publications/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en/full-report/component-6.html.

¹⁷ <https://www.revespcardiol.org/en-psychiatric-behavioral-aspects-cardiovascular-disease-articulo-S1885585711004683>.

¹⁸ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7068361/>.

¹⁹ <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts>

- P. overwegende dat cardiovasculaire ziekten bepaalde migrantenpopulaties in toenemende mate en onevenredig zwaar treffen, als gevolg van sociale, omgevings- en gedragsfactoren, en dat deze situatie nog wordt verergerd door diverse factoren, waaronder een geringe gezondheidswijsheid en beperkte toegang tot gezondheidszorg, met name als gevolg van taalbarrières, een gebrek aan informatie over beschikbare diensten en culturele verschillen; overwegende dat er een aanhoudende ondervertegenwoordiging is van kwetsbare bevolkingsgroepen in klinische proeven, waaronder migranten;
- Q. overwegende dat bij kinderen en adolescenten de diagnose van diabetes type 1 en familiale hypercholesterolemie steevast te laat wordt gesteld, wat leidt tot ernstige complicaties, vertraagde zorg en slechtere gezondheidsresultaten op lange termijn; overwegende dat diabetes type 1 ongeveer 1 op de 200 personen treft, maar dat bij 40 % van de kinderen met diabetes type 1 een diabetische ketoacidose wordt vastgesteld, een potentieel levensbedreigende aandoening; overwegende dat familiale hypercholesterolemie ongeveer 1 op de 250 personen treft, maar dat minder dan 10 % van de gevallen wordt opgespoord en de diagnose vaak pas wordt gesteld nadat zich een cardiovasculair voorval heeft voorgedaan;
- R. overwegende dat uit gegevens van EU-agentschappen en internationale organen blijkt dat niet alleen leefstijl- en milieufactoren, maar ook werkgerelateerde blootstellingen bijdragen tot de ontwikkeling en verergering van hart- en vaatziekten; overwegende dat risicobeoordelingen op EU-niveau en kaders voor veiligheid en gezondheid op het werk van oudsher gericht zijn op kanker, ademhalingsaandoeningen en acute toxische effecten, terwijl de cardiovasculaire effecten van beroepsmatige blootstelling nog steeds onvoldoende worden erkend en aangepakt;
- S. overwegende dat hart- en vaatziekten bij vrouwen steevast onvoldoende gediagnosticeerd en behandeld worden als gevolg van biologische risicofactoren, waaronder ongunstige zwangerschapsuitkomsten, en als gevolg van gendervooroordelen bij diagnose, behandeling en klinisch onderzoek, waarbij komt dat vrouwen nog steeds ondervertegenwoordigd zijn in klinische proeven, wat leidt tot vertraagde zorg en slechtere gezondheidsresultaten;
- T. overwegende dat verschillende reproductieve gezondheidsaandoeningen, zoals onvruchtbaarheid die wordt toegeschreven aan aandoeningen met betrekking tot de ovulatie en endometriose, hypertensiestoornissen bij zwangere vrouwen, hormonale anticonceptiemiddelen en de overgang naar de menopauze, verband houden met een verhoogd cardiovasculair risico²⁰; overwegende dat wetenschappelijk bewijs erop wijst dat polycystisch ovariumsyndroom de meest voorkomende endocriene aandoening is bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd en in verband wordt gebracht met een verhoogd risico op hypertensie, beroertes en hart- en vaatziekten, onafhankelijk van de lichaamsgewichtindex²¹; overwegende dat endometriose in verband wordt gebracht met

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3507-43266-60638>.

²⁰ https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4b1f4.html#section-d1e26541-1bd943d292.

²¹ <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03927-5>.

een verhoogd risico op ischemische hartziekten en cerebrovasculaire ziekten²²;

- U. overwegende dat onderzoek naar hart- en vaatziekten en daarmee samenhangende risicofactoren, zoals pre-eclampsie en zwangerschapsdiabetes, relatief weinig financiering ontvangt in verhouding tot de gezondheidslast die deze aandoeningen met zich meebrengen;
- V. overwegende dat hart- en vaatziekten nog steeds als een mannenprobleem worden beschouwd; overwegende dat vrouwen vijf keer minder vaak hartziekten als een belangrijk gezondheidsprobleem²³ of een belangrijke doodsoorzaak beschouwen; overwegende dat vrouwen minder vaak een cardiovasculaire screening ondergaan; overwegende dat voor veel vaak gebruikte cardiovasculaire geneesmiddelen onvoldoende naar gender uitgesplitste veiligheidsgegevens beschikbaar zijn, bijvoorbeeld over het gebruik tijdens zwangerschap, waardoor de behandelingsmogelijkheden beperkt zijn en zwangere vrouwen aan grotere gezondheidsrisico's worden blootgesteld;
- W. overwegende dat een gecoördineerd en alomvattend EU-plan voor cardiovasculaire gezondheid de lidstaten kan ondersteunen bij het versnellen van de uitvoering van geïntegreerde, empirisch onderbouwde preventiemaatregelen voor hart- en vaatziekten en de daarmee samenhangende risicofactoren, met inbegrip van secundaire preventie en systematische follow-up, het versterken van gezondheidszorgstelsels, het verbeteren van de veerkracht, het uitbreiden van grensoverschrijdende samenwerking, het vergroten van het bewustzijn over symptomen en de te nemen maatregelen bij cardiovasculaire voorvallen, het bieden van tijdige en betaalbare toegang tot geneesmiddelen en het terugdringen van ongelijkheden op het gebied van cardiovasculaire resultaten en daarmee samenhangende comorbiditeiten in de hele EU;
- X. overwegende dat de meeste sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten te voorkomen zijn en 74 % van de ziektelast kan worden teruggevoerd op beïnvloedbare risicofactoren²⁴; overwegende dat veel van deze risicofactoren — waaronder tabaksgebruik, schadelijk alcoholgebruik, met name wanneer de wetenschappelijk vastgestelde gezondheidsaanbevelingen worden overschreden, ongezonde voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en blootstelling aan schadelijke omgevingsfactoren — dezelfde zijn als die van andere niet-overdraagbare ziekten, met name kanker;
- Y. overwegende dat sommige sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten ook te wijten zijn aan niet-beïnvloedbare risicofactoren, waaronder genetisch erfelijke aandoeningen;
- Z. overwegende dat vaccinatie een doeltreffende gezondheidsinterventie kan vormen ter ondersteuning van de preventie en beheersing van hart- en vaatziekten, omdat het zorgt voor immuniteit en dus het risico op door infecties veroorzaakte cardiovasculaire voorvallen en daarmee samenhangende complicaties vermindert, en een belangrijke maatregel is om de overlevingskansen te verbeteren, het aantal ziekenhuisopnames te

²² <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad077>.

²³ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8835179/>.

²⁴ https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bflf4.html.

verminderen en de levenskwaliteit van patiënten te verhogen; overwegende dat het ingenomen is met de komende aanbeveling van de Raad over vaccinatie tegen infecties van de luchtwegen als onderdeel van strategieën ter preventie van hart- en vaatziekten;

- AA. overwegende dat sterke eerstelijnszorg met voldoende middelen, doeltreffende preventie en risicogebaseerde vroegtijdige opsporing van essentieel belang zijn om vermijdbare sterfgevallen en handicaps terug te dringen en de meest kosteneffectieve strategie vormen om te zorgen voor de duurzaamheid van universele gezondheidszorg;
- AB. overwegende dat de meeste EU-landen te kampen hebben met een tekort aan huisartsen en medisch specialisten en een ongelijke verdeling van gezondheidswerkers over de regio's, als gevolg van demografische druk en moeilijke arbeidsomstandigheden, waaronder een vergrijzende beroepsbevolking in de gezondheidszorg en moeilijkheden bij het aantrekken en behouden van gezondheidswerkers, hetgeen de tijdige toegang van patiënten tot medisch advies en medische zorg en de duurzaamheid van gezondheidszorgstelsels ondermijnt; overwegende dat volgens de huidige ramingen het toekomstige aantal cardiologen ontoereikend zal zijn om te voldoen aan de toenemende vraag naar cardiovasculaire preventie en zorg en dat ook de psychosociale gevolgen van hart- en vaatziekten onvoldoende worden gedekt;
- AC. overwegende dat hartstilstand buiten het ziekenhuis een belangrijke oorzaak van vermijdbare mortaliteit blijft; overwegende dat overleving in belangrijke mate afhangt van de onmiddellijke erkenning van hartstilstand, vroegtijdige cardiopulmonale reanimatie door omstanders, snelle defibrillatie en tijdige geavanceerde levensondersteuning; overwegende dat het verbeteren van de respons- en noodprestaties van de gemeenschap op het gebied van medische diensten van essentieel belang is om vermijdbare cardiovasculaire sterfgevallen terug te dringen;
- AD. overwegende dat de snelheid van de diagnose en behandeling een belangrijke rol speelt bij het beperken van de langetermijneffecten van cardiovasculaire ongevallen; overwegende dat veel cardiovasculaire ongevallen verkeerd worden gediagnosticeerd, waardoor patiënten een groter risico lopen op herhaling en langdurige gezondheidsproblemen; overwegende dat de resultaten bij acute coronaire syndromen, en met name bij ST-elevatie myocardinfarcten, sterk afhankelijk zijn van de tijd die nodig is voor reperfusie; overwegende dat vertragingen bij het openen van geoccludeerde coronaire slagaders myocardbeschadiging, risico op hartfalen en mortaliteit vergroten; overwegende dat om de vertragingen in het systeem te verminderen gecoördineerde netwerken nodig zijn, van het eerste medische contact tot de definitieve reperfusie;
- AE. overwegende dat betrouwbare en tijdige toegang tot essentiële cardiovasculaire geneesmiddelen een hoeksteen is van doeltreffende preventie van en zorg²⁵ voor hart- en vaatziekten;
- AF. overwegende dat ziekenhuis- en officina-apothekers in bepaalde omstandigheden de meest toegankelijke gezondheidswerkers kunnen zijn en een bijdrage kunnen leveren aan de preventie van hart- en vaatziekten, vroegtijdige opsporing, therapietrouw en

²⁵ <https://www.escardio.org/news/press/press-releases/avoidable-inequalities-remain-in-cardiovascular-disease-burden-and-care/>.

langdurige zorg;

- AG. overwegende dat sociale gezondheidsdeterminanten verwijzen naar de niet-medische factoren en systemen die de omstandigheden van het dagelijks leven bepalen en worden gedefinieerd als de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en oud worden²⁶²⁷;
- AH. overwegende dat sociale gezondheidsdeterminanten, waaronder marketing en ongefundeerde gezondheidsclaims, het preventiebeleid kunnen ondermijnen en schadelijke consumptie tot norm kunnen verheffen; overwegende dat het aanpakken van sociale determinanten van essentieel belang is om de samenhang en doeltreffendheid van de EU-strategieën inzake niet-overdraagbare ziekten te waarborgen;
- AI. overwegende dat de blootstelling aan sociale gezondheidsdeterminanten verschilt tussen sociaal-economische groepen; overwegende dat veel ongezonde producten worden geconsumeerd door kinderen en jongeren;
- AJ. overwegende dat doeltreffende preventie op bevolkingsniveau structurele beleidsmaatregelen vereist die verder gaan dan individuele gedragsverandering²⁸;
- AK. overwegende dat, volgens het “plan voor een veilig hart”, belastingheffing een belangrijke rol heeft gespeeld bij het terugdringen van risicofactoren die verband houden met de levensstijl van burgers, en dat ongeveer 40 % van de daling van het roken in de EU in het afgelopen decennium aan belastingheffing kan worden toegeschreven;
- AL. overwegende dat nicotine een verslavend cardiovasculair toxine is en dat het gebruik ervan ernstige gezondheidsrisico's met zich meebrengt; overwegende dat tabaksgebruik, met inbegrip van actief roken, blootstelling aan passief roken en nieuwe nicotineproducten, in de EU een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten blijft en het risico op ischemische hartziekte, beroerte, aorta-aneurysma en perifere arteriële ziekten aanzienlijk verhoogt; overwegende dat tabaksgebruik in 2023 verantwoordelijk was voor ongeveer 160 000 cardiovasculaire sterfgevallen en meer dan 3,27 miljoen verloren gezonde levensjaren in de EU²⁹, waarbij mannen en sociaal-economisch achtergestelde bevolkingsgroepen onevenredig zwaar worden getroffen;
- AM. overwegende dat de economische kosten van roken in Europa, met inbegrip van uitgaven voor gezondheidszorg, productiviteitsverlies en vroegtijdige sterfte, meer dan 300 miljard EUR per jaar bedragen; overwegende dat preventie effectiever is dan welke behandeling dan ook, en tevens de meest kosteneffectieve strategie is voor het beheersen van het cardiovasculaire risico op de lange termijn;
- AN. overwegende dat tabaksgebruik de belangrijkste vermijdbare oorzaak van niet-overdraagbare ziekten in de EU blijft, waardoor de ongelijkheden op gezondheidsgebied

²⁶ <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/about/social-determinants-of-health.html>.

²⁷ https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

²⁸ Europese Commissie: groep van wetenschappelijk hoofdadvisers en directoraat-generaal Onderzoek en Innovatie, “Towards sustainable food consumption – Promoting healthy, affordable and sustainable food consumption choices”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2023.

²⁹ IHME -instrument voor gezondheidsgegevens, 2023.

nog verder toenemen; overwegende dat een krachtig beleid ter bestrijding van tabaksgebruik een hoeksteen vormt voor de preventie van zowel hart- en vaatziekten als kanker, de twee belangrijke doodsoorzaken in de EU;

- AO. overwegende dat zelfs laagintensief of occasioneel roken het cardiovasculaire risico aanzienlijk verhoogt en dat het gebruik van nieuwe tabaks- en nicotineproducten ook in verband wordt gebracht met een hogere cardiovasculaire mortaliteit;
- AP. overwegende dat wetenschappelijk bewijs erop wijst dat e-sigaretten niet zonder risico zijn en aanzienlijke cardiovasculaire risico's met zich meebrengen, onder meer vanwege mechanismen die het risico op trombose en atherosclerose verhogen, met name als gevolg van blootstelling aan nicotine en de inademing van giftige stoffen;
- AQ. overwegende dat de WHO e-sigaretten niet aanbeveelt als instrument om te stoppen met roken, en dat er aanwijzingen zijn dat het gebruik van e-sigaretten leidt tot een toegenomen gebruik van conventionele tabaksproducten, met name onder jongeren;
- AR. overwegende dat cardiovasculaire gezondheid sterk wordt beïnvloed door milieu-, sociale, commerciële en economische factoren buiten de gezondheidssector; overwegende dat de systematische toepassing van “gezondheid op alle beleidsgebieden”, in combinatie met een “één gezondheid”-benadering, van essentieel belang is voor een doeltreffende preventie van hart- en vaatziekten;
- AS. overwegende dat obesitas, diabetes, een sedentaire levensstijl en onvoldoende lichaamsbeweging in belangrijke mate bijdragen aan cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit, en dat de vooruitgang bij het verminderen van deze risicofactoren in verschillende lidstaten is gestagneerd of teruggedraaid;
- AT. overwegende dat is aangetoond dat sterke sociale banden en steun van familie, vrienden en gemeenschappen de resultaten op het gebied van cardiovasculaire gezondheid verbeteren, het risico op cardiovasculaire voorvallen verminderen, het herstel ondersteunen en de naleving van behandelingen bevorderen, effecten die niet kunnen worden gerepliceerd door artificiële intelligentie of digitale interventies³⁰;
- AU. overwegende dat bijna 80 % van de cardiovasculaire problemen te wijten is aan beïnvloedbare risicofactoren³¹;
- AV. overwegende dat bij een benadering op basis van het exposoom rekening wordt gehouden met de totale blootstelling, zoals blootstelling aan milieu-, chemische, fysieke, biologische, sociale en gedragsaspecten gedurende het hele leven van een persoon en dat deze benadering een samenhangend kader biedt voor gerichte preventie; overwegende dat uit studies is gebleken dat er een sterke correlatie bestaat tussen het exposoom en de cardiovasculaire gezondheid³², waarbij verschillende componenten van het exposoom een verband bleken te hebben met de ontwikkeling en progressie van

³⁰ Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. “Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review”. PMC link.

³¹ B.A. Stark et al., “Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2023”, *Journal of the American College of Cardiology* 86, nr. 22 (2025): 2167–2243, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.015>.

³² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290538/>.

hart- en vaatziekten;

- AW. overwegende dat er aanwijzingen zijn dat blootstelling aan omgevingslawaai overdag (Lden) boven 70 dB en 's nacht (Lnight) boven 60 dB de gedrags- en cognitieve ontwikkeling bij kinderen kan aantasten en gepaard gaat met een verhoogd cardiovasculair risico gedurende de hele levensloop³³;
- AX. overwegende dat het verminderen van de last van hart- en vaatziekten actie op meerdere niveaus vereist, waaronder maatregelen op bevolkingsniveau om de blootstelling aan risicofactoren te verminderen, een betere gezondheidswijsheid en verbeterde vaardigheden bij gezondheidswerkers en patiënten;
- AY. overwegende dat cardiovasculaire en follow-upscreening passende preventiemaatregelen zijn, voor zover deze gericht zijn op personen met risicofactoren; overwegende dat moet worden voorzien in een passende screening van familieleden wanneer wordt vastgesteld dat er sprake is van hart- en vaatziekten waarbij genetische aanleg een rol speelt;
- AZ. overwegende dat niet-gerichte of niet-empirisch onderbouwde cardiovasculaire screening- en diagnosetechnieken mogelijk slechts beperkt nut opleveren, terwijl ze tegelijkertijd leiden tot meer overdiagnose, overbehandeling en een inefficiënt gebruik van middelen voor gezondheidszorg, zodat het vermijden van zorg met geringe toegevoegde waarde van essentieel belang is voor de patiëntveiligheid en de duurzaamheid van het zorgstelsel;
- BA. overwegende dat regelmatige lichaamsbeweging een belangrijke beschermende factor tegen hart- en vaatziekten is en met name belangrijk is voor kinderen en adolescenten, aangezien het de bloeddruk verlaagt, de cholesterolspiegel verbetert, de bloedsuikerregulering ondersteunt, bijdraagt aan de instandhouding van een gezond lichaamsgewicht en systemische ontstekingen vermindert, waardoor gezond gedrag wordt aangenomen dat blijft voortduren tot de volwassen leeftijd³⁴;
- BB. overwegende dat voeding een sleutelrol speelt bij het voorkomen van hart- en vaatziekten en dat slechte voeding en ongezonde gewoonten sterk in verband worden gebracht met een hoog risico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit; overwegende dat de cardiovasculaire gezondheid wordt beïnvloed door de cumulatieve effecten van voedingsgewoonten, die worden bepaald door voedselsystemen, sociale praktijken en beschikbaarheidspatronen, en niet zozeer door afzonderlijke voedingsbestanddelen; overwegende dat benaderingen waarin het voedingsbeleid los van deze bredere context wordt bekeken, het risico met zich meebrengen dat de gezondheidsdeterminanten worden vereenvoudigd en de inspanningen ter preventie van hart- en vaatziekten minder doeltreffend worden;
- BC. overwegende dat een preventieve gezondheidsaanpak en de bevordering van gezonde

³³ M. Raess, M. Röösli, en D. Vienneau, "Association between Community Noise and Children's Cognitive and Behavioral Problems: A Systematic Review and Meta-analysis", *Environmental Research* 204 (2022): 112316, <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.112316>.

³⁴ Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), richtsnoeren voor lichaamsbeweging en sedentair gedrag, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.

gewoonten een fundamentele rol spelen bij de aanpak van hart- en vaatziekten en de risicofactoren daarvan;

- BD. overwegende dat voedselsystemen bijdragen aan de gezondheid van zowel de mens als de planeet;
- BE. overwegende dat energiedranken aanzienlijke cardiovasculaire risico's met zich kunnen meebrengen, vooral voor jongeren, vanwege de hoge concentraties cafeïne en andere stimulerende middelen, die kunnen leiden tot een hogere hartslag, een hogere bloeddruk en een abnormaal hartritme;
- BF. overwegende dat gezonde voeding een positieve invloed heeft op het risico op hart- en vaatziekten; overwegende dat voedingspatronen in veel lidstaten worden gekenmerkt door een overmatige inname van zout, suiker en verzadigde vetten; overwegende dat evenwichtige, gezonde voedingspatronen, zoals de traditionele mediterrane en Noordse voedingspatronen³⁵, evenals plantaardige voedingspatronen en bepaalde voedingspatronen op basis van biologisch voedsel³⁶, in verband worden gebracht met een aanzienlijk lager risico op hart- en vaatziekten;
- BG. overwegende dat slechts 12 % van de Europeanen dagelijks vijf of meer porties groenten en fruit eet; overwegende dat dit aandeel lager is bij lagere-inkomensgroepen (10,8 %) dan bij hogere-inkomensgroepen (14,8 %), wat wijst op een sociale gradiënt in de toegang tot en betaalbaarheid van gezonde voeding³⁷; overwegende dat de conclusie van onafhankelijke wetenschappelijke evaluaties luidt dat voedingspatronen die rijk zijn aan groenten, fruit, hele granen, bessen, peulvruchten en vis, en waarbij de consumptie van rood en verwerkt vlees, toegevoegde suikers, overtollig zout en verwerkte levensmiddelen binnen redelijke grenzen blijft, gepaard gaan met een lager risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en vroegtijdige sterfte³⁸;
- BH. overwegende dat de EU wereldleider is op het gebied van onderzoek, met inbegrip van gezondheidsonderzoek; overwegende dat structurele belemmeringen in het regelgevingsklimaat van de EU ertoe hebben geleid dat dit leiderschap niet voldoende gepaard gaat met het vermogen om onderzoek om te zetten in praktische therapieën; overwegende dat slechts 4 % van de klinische proeven die tussen 2017 en 2022 van start gingen, gericht was op cardiovasculaire therapieën; overwegende dat het wetenschappelijk leiderschap van de EU moet worden ingezet om hart- en vaatziekten te bestrijden; overwegende dat de innovatiecapaciteit van de biowetenschappelijke sector in de EU moet worden ondersteund en vergemakkelijkt;
- BI. overwegende dat het doeltreffende en billijke gebruik van digitale gezondheidsinstrumenten, AI en innovatieve medische technologieën afhankelijk is van adequate digitale geletterdheid bij patiënten, gezondheidswerkers en de bredere

³⁵ <https://www.who.int/europe/news/item/07-05-2018-fostering-healthier-and-more-sustainable-diets-learning-from-the-mediterranean-and-new-nordic-experience>.

³⁶ <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2747-5734?id=&lang=en>.

³⁷ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Nutritional_habits_statistics.

³⁸ SAPEA, Science Advice for Policy by European Academies. (2023). "Towards sustainable food consumption." Berlin: SAPEA. doi:10.5281/zenodo.8031939 <https://scientificadvice.eu/scientific-outputs/towards-sustainable-food-consumption-evidence-review-report/>

bevolking;

- BJ. overwegende dat stijgende temperaturen en frequentere hittegolven naar verwachting steeds ernstigere gevolgen zullen hebben voor de cardiovasculaire gezondheid, met name bij ouderen en mensen met chronische aandoeningen, zeldzame ziekten en handicaps; overwegende dat mortaliteit in verband met hitte het grootste aandeel heeft in het aantal klimaatgerelateerde sterfgevallen in Europa, waarbij hart- en vaatziekten een aanzienlijk deel uitmaken, en overwegende dat de wisselwerking tussen extreme hitte, droogte en luchtverontreiniging het cardiovasculaire risico verder vergroot;
- BK. overwegende dat verschijnselen zoals klimaatverandering, extreme weersomstandigheden, luchtverontreiniging, aantasting van het milieu, blootstelling aan chemische stoffen, problemen op het gebied van veiligheid en andere stressfactoren in aanzienlijke mate bijdragen aan het risico op hart- en vaatziekten doordat zij het aantal hartaanvallen, hartritmestoornissen en andere cardiale voorvallen doen toenemen, en naar verwachting ook in de toekomst van invloed zullen blijven op de cardiovasculaire gezondheid;

Actiegebieden

I. Preventie

1. wijst er nogmaals op dat op EU- en nationaal niveau systematisch “gezondheid op alle beleidsgebieden” moet worden toegepast; dringt erop aan dat gezondheidsaspecten worden meegenomen in effectbeoordelingen voor omvangrijke EU-wetgevingsinitiatieven die van belang zijn voor de volksgezondheid; herinnert eraan dat toegankelijke, tijdige, betaalbare en hoogwaardige gezondheidszorg een grondrecht is en deel uitmaakt van het recht op gezondheid; benadrukt dat doeltreffende en duurzame gezondheidszorgstelsels moeten zorgen voor billijke toegang tot cardiovasculaire preventie, diagnose, behandeling en revalidatie voor iedereen, ongeacht hun omstandigheden, zoals gender, inkomen, arbeidsstatus, verblijfsstatus of woonplaats; beklemtoont dat dit een van de meest doeltreffende strategieën is om hart- en vaatziekten te voorkomen, op te sporen en te behandelen; roept de Commissie en de lidstaten op deze ongelijkheden met spoed aan te pakken;
2. benadrukt dat een doeltreffende preventie van hart- en vaatziekten reeds in de vroege kinderjaren begint, een leven lang voortduurt en vroegtijdige en aanhoudende actie vereist; onderstreept dat het aanpakken van obesitas op jonge leeftijd van essentieel belang is om het risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten op latere leeftijd te verminderen;
3. benadrukt dat de Europese respons op hart- en vaatziekten resoluut moet evolueren van een overwegend acute zorgaanpak naar een preventiegerichte en geïntegreerde aanpak gedurende de hele levensloop, die zowel primaire als secundaire en tertiaire preventie omvat; verzoekt de Commissie een horizontaal EU-gezondheidspreventieplan vast te stellen om alle risicofactoren voor niet-overdraagbare ziekten aan te pakken; beklemtoont dat preventie transitietrajecten voor aangeboren hartziekten, zwangerschapsgerelateerde monitoring van cardiovasculaire risico's en op de leeftijd afgestemde strategieën voor ouderen moet omvatten; dringt aan op een gecoördineerde preventieaanpak van hart- en vaatziekten en de onderling verbonden risicofactoren en comorbiditeiten ervan, met

inbegrip van alle belangrijke niet-overdraagbare ziekten, gezien hun overlappende klinische trajecten; benadrukt dat het nodig is om het bewustzijn over comorbiditeiten te vergroten en de risicobeoordelingen aan te scherpen;

4. beklemtoont dat investeringen in doeltreffende preventie volgens wetenschappelijk advies de kosten van de gezondheidszorg op lange termijn verlagen, de lasten voor het zorgpersoneel verlichten en bijdragen tot het voorkomen van personeelstekorten;
5. benadrukt dat een hoog niveau van gezondheidswijsheid en inzicht in diverse risicofactoren van essentieel belang zijn om de blootstelling aan cardiovasculaire risicofactoren onder de gehele bevolking te verminderen en om de betrokkenheid van patiënten, hun zelfmanagement en de therapietrouw te verbeteren; roept de lidstaten en de Commissie op om voorlichtingscampagnes te bevorderen ter versterking van de kennis over hart- en vaatziekten en van de gezondheidswijsheid gedurende de hele levensloop, met inbegrip van het vroegtijdig herkennen van symptomen, basisvaardigheden voor levensreddende handelingen en respons op gemeenschapsniveau, in het besef dat een mondige en goed geïnformeerde bevolking essentieel is om het aantal vermijdbare sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten terug te dringen;
6. moedigt de lidstaten aan praktische maatregelen te nemen om therapietrouw op lange termijn te ondersteunen, met inbegrip van patiëntgerichte optimalisering van behandelingen, gecoördineerde follow-up door multidisciplinaire teams en het gebruik van gevalideerde digitale instrumenten (zoals herinnerings- en follow-upoplossingen);
7. erkent dat psychosociale factoren en geestelijke gezondheidsproblemen, waaronder depressie, chronische stress en angst, in toenemende mate relevante cardiovasculaire risicofactoren zijn, met name bij adolescenten en jongvolwassenen; dringt erop aan dat in het revalidatiebeleid rekening wordt gehouden met psychosociale ondersteuning gedurende de hele levensloop;
8. wijst op de centrale rol van de eerstelijnszorg en zorgverleners in de gemeenschap, onder meer bij het bevorderen van cardiovasculaire gezondheidswijsheid, waarbij specifiek wordt erkend dat officina-apothekers vaak tot de meest toegankelijke gezondheidswerkers behoren, met name in achtergestelde regio's, en dat ziekenhuisapothekers via regelmatige, laagdrempelige contacten met burgers voorlichting aan patiënten geven en ondersteuning bieden op het gebied van zelfzorg alsook advies inzake therapietrouw;
9. moedigt de lidstaten aan het onderwijs op het gebied van eerste hulp en de capaciteit voor snelle respons op medische noodsituaties te versterken door middel van basisopleiding, bewustmaking en de uitwisseling van beste praktijken op EU- niveau;
10. moedigt het gebruik aan van programma's ter bevordering van de gezondheid, voorlichting, vaccinatiecampagnes en etikettering, aangevuld met digitale etikettering en andere digitale hulpmiddelen, om de voorlichting, zelfredzaamheid en bescherming van de consument te verbeteren, ondersteund door advies dat wordt verstrekt via de eerstelijnsgezondheidszorg, met inbegrip van ziekenhuis- en officina-apotheken; is van mening dat deze maatregelen een aanvulling moeten vormen op het volksgezondheidsbeleid en een breder kader ter bevordering van gezondere voedselomgevingen, in het besef dat doeltreffende gezondheidspreventie vereist dat bredere sociaal-economische factoren worden aangepakt en burgers in staat worden

gesteld geïnformeerde keuzes te maken;

11. merkt op dat virale infecties, waaronder infecties van de luchtwegen, in verband worden gebracht met een verhoogd cardiovasculair risico; is ingenomen met de aangekondigde aanbeveling van de Raad over vaccinatie tegen infecties van de luchtwegen als preventieve maatregel voor hart- en vaatziekten en verzoekt de Commissie hier vooruitgang mee te boeken, parallel aan de ontwikkeling en uitvoering van nationale plannen voor cardiovasculaire gezondheid en in overleg met nationale wetenschappelijke deskundigen en relevante belanghebbenden, teneinde de tijdige coördinatie, samenhang en complementariteit van maatregelen op EU- en nationaal niveau te waarborgen; benadrukt dat de preventie van infectieziekten kan bijdragen tot een vermindering van het risico op hart- en vaatziekten; beklemtoont het belang van gerichte vaccinatieprogramma's voor bevolkingsgroepen met een verhoogd cardiovasculair risico;
12. verzoekt de Raad aanbevelingen aan te nemen over alomvattende, empirisch onderbouwde gezondheidseducatie op school, met inbegrip van cardiovasculaire gezondheidswijsheid en bewustwording van metabole, gedrags-, milieu- en andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten, een gezonde levensstijl – waaronder het effect van lichaamsbeweging, het terugdringen van zittend gedrag en gezonde voeding – en de preventie van niet-overdraagbare ziekten; vraagt de lidstaten deze aanbevelingen uit te voeren en van gezondheidseducatie een kernonderdeel van hun nationale plannen voor cardiovasculaire gezondheid te maken;
13. benadrukt dat sociale gezondheidsdeterminanten, waaronder de marketing van verschillende producten die bijdragen aan het ontstaan van hartziekten en daarmee samenhangende niet-overdraagbare aandoeningen, een negatieve invloed kunnen hebben op de keuzes van consumenten en daardoor kunnen bijdragen aan het ontstaan van hart- en vaatziekten; beklemtoont dat deze praktijken de doelstellingen op het gebied van volksgezondheid kunnen ondermijnen en onevenredig grote gevolgen kunnen hebben voor huishoudens met een lager inkomen; wijst nogmaals op de noodzaak van duidelijke consumentenvoorlichting over de risico's die verbonden zijn aan de verschillende categorieën in de handel gebrachte producten; benadrukt dat jongeren en kinderen bijzonder kwetsbaar zijn en specifieke en op maat gesneden bescherming verdienen tegen gerichte reclame en marketing die niet geschikt zijn voor hen; roept de lidstaten op passende maatregelen te nemen om de blootstelling van kinderen en adolescenten aan reclame voor producten die kunnen bijdragen aan het ontstaan van hartziekten en daarmee samenhangende niet-overdraagbare ziekten te verminderen, ook in de digitale omgeving; verzoekt de Commissie de lacunes in de regelgeving met betrekking tot het op de markt brengen van deze producten aan te pakken, met inbegrip van gebruikersinhoud op socialemediaplatforms, websites, spelplatforms en apps, en de richtlijn audiovisuele mediadiensten³⁹ in dit verband te evalueren;
14. benadrukt dat het gezondheidsbeleid empirisch onderbouwd moet zijn, moet aansluiten bij de beste beschikbare wetenschappelijke gegevens en vrij moet zijn van ongepaste beïnvloeding; erkent dat een succesvol gezondheidsbeleid en cardiovasculaire preventie

³⁹ Richtlijn 2010/13/EU van het Europees Parlement en de Raad van 10 maart 2010 betreffende de coördinatie van bepaalde wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen in de lidstaten inzake het aanbieden van audiovisuele mediadiensten (richtlijn audiovisuele mediadiensten) (PB L 95 van 15.4.2010, blz. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2010/13/oj>).

een maatschappijbrede aanpak vereisen; dringt aan op transparantie van het besluitvormingsproces en lobbyactiviteiten met betrekking tot cardiovasculaire gezondheid; herinnert aan de toezeggingen van de EU in het kader van de relevante internationale verdragen om de beleidsvorming op het gebied van de volksgezondheid te vrijwaren van commerciële en gevestigde belangen; brengt in herinnering dat de Commissie en de lidstaten regels inzake belangenconflicten toepassen en verzoekt de Commissie en de lidstaten te zorgen voor een doeltreffend beheer van potentiële belangenconflicten in deskundigengroepen, adviesorganen en beleidsvormingsprocessen op het gebied van cardiovasculaire preventie en ziekte;

15. benadrukt dat onjuiste en misleidende gezondheidsclaims die zonder voldoende context worden gepresenteerd en niet door wetenschappelijk bewijs worden onderbouwd, met betrekking tot producten zoals levensmiddelen, e-sigaretten en andere nieuwe en opkomende nicotine- en tabaksproducten, van invloed kunnen zijn op de keuzes van consumenten en op de doeltreffendheid van preventiebeleid; herinnert eraan dat de bestaande EU-wetgeving het gebruik van gezondheidsclaims inzake voedingsmiddelen en dranken regelt; roept de lidstaten op overwegingen te maken over verdere maatregelen ter bescherming van consumenten, met name kinderen; dringt aan op een verbeterd en empirisch onderbouwd regelgevingskader om ervoor te zorgen dat alle communicatie met consumenten over producten die cardiovasculaire risicofactoren kunnen verhogen, gebaseerd is op onafhankelijk wetenschappelijk bewijs, onderworpen is aan passend toezicht door bevoegde overheidsinstanties en consumenten niet misleidt met betrekking tot cardiovasculaire en andere gezondheidsrisico's; neemt kennis van het voornemen van de Commissie om voedingsprofielen op te stellen als maatregel om misleidende voedings- en gezondheidsclaims uit te bannen; roept voorts op tot de volledige handhaving van het verbod op de gratis verstrekking van tabaksproducten;
16. dringt erop aan om bij de komende herziening van de richtlijn oneerlijke handelspraktijken⁴⁰ verder te gaan dan alleen de bescherming van de economische belangen van consumenten en om de bescherming van de gezondheid van consumenten expliciet op te nemen, teneinde handelspraktijken die de gezondheid van mensen ondermijnen doeltreffend aan te pakken;
17. erkent dat hart- en vaatziekten werkgerelateerd kunnen zijn en door het werk kunnen worden verergerd, en dat beroepsmatige blootstelling een vermijdbare risicofactor is voor cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in de EU; roept de Commissie en de lidstaten op om de kaders voor de beoordeling van beroepsrisico's met betrekking tot hart- en vaatziekten te verbeteren;
18. benadrukt dat doeltreffende cardiovasculaire preventie een gezondere sociale, economische en fysieke omgeving vereist; dringt aan op een alomvattend overheidsbeleid op het gebied van voeding, arbeidsomstandigheden, evenwicht tussen werk en privéleven, vervoer, lichaamsbeweging, onderwijs en milieubescherming;

⁴⁰Richtlijn 2005/29/EG van het Europees Parlement en de Raad van 11 mei 2005 betreffende oneerlijke handelspraktijken van ondernemingen jegens consumenten op de interne markt en tot wijziging van Richtlijn 84/450/EEG van de Raad, Richtlijnen 97/7/EG, 98/27/EG en 2002/65/EG van het Europees Parlement en de Raad en van Verordening (EG) nr. 2006/2004 van het Europees Parlement en de Raad ("Richtlijn oneerlijke handelspraktijken") (PB L 149 van 11.6.2005, blz. 22, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/29/oj>).

BEÏNVLOEDBARE RISICOFACTOREN

Tabak en roken

19. benadrukt het belang van krachtige, empirisch onderbouwde en passende regelgevingsmaatregelen om de toegankelijkheid, de betaalbaarheid, het gebruik en de aantrekkelijkheid van verschillende rookhulpmiddelen en nicotine- en tabaksproducten, met inbegrip van nieuwe en opkomende nicotine- en tabaksproducten, te beperken; merkt op dat dergelijke maatregelen, in voorkomend geval, een verbod kunnen omvatten op smaakstoffen die bijzonder aantrekkelijk zijn voor minderjarigen en niet-rokers, alsmede beperkingen op het nicotinegehalte en een passende en doeltreffende accijnsheffing op de verschillende producten; herinnert eraan dat is aangetoond dat nicotine het cardiovasculaire risico verhoogt;
20. wijst op de toename van het gebruik van nieuwe en opkomende nicotineproducten door niet-rokers en vrouwen; benadrukt dat minderjarigen bijzonder kwetsbaar blijven als het gaat om het beginnen gebruiken van nieuwe nicotineproducten zoals e-sigaretten, nicotinezakjes en verhitte tabaksproducten, die vaak verkrijgbaar zijn in aantrekkelijke smaken en verpakkingen; beklemtoont dat preventieve en voorlichtingsmaatregelen moeten worden versterkt en dat moet worden voorkomen dat minderjarigen en adolescenten toegang krijgen tot tabaks- en nicotineproducten, onder meer door een doeltreffende handhaving van het verkoopverbod aan minderjarigen en strengere leeftijdscontroles bij het verkooppunt, met inbegrip van uniforme regels voor digitale verkoop; verzoekt de lidstaten in dit verband de Europese portemonnee voor digitale identiteit snel in te voeren om te voorkomen dat minderjarigen goederen kopen waarvoor leeftijdsbeperkingen gelden;
21. benadrukt dat strategieën en beleid om te stoppen met roken strikt moeten worden afgestemd op wetenschappelijk bewijs en vorm moeten krijgen in overeenstemming met onafhankelijk advies van de wetenschappelijke gemeenschap;
22. beklemtoont dat nicotineconsumptie, in zowel conventionele, nieuwe als opkomende vormen, de bloeddruk kan verhogen, het risico op harttritmestoornissen kan vergroten en kan bijdragen aan endotheeldisfunctie en versnelde atherosclerose; merkt op dat het nicotinegehalte en de toedieningswijzen per product verschillen, en dat verschillende nicotineproducten daarom verschillende risicoprofielen kunnen hebben, maar dat al deze producten niettemin gezondheidsrisico's met zich meebrengen;
23. dringt erop aan dat alle niet-medicinale nicotineproducten, met inbegrip van nieuwe en opkomende tabaks- en nicotineproducten, onder het toepassingsgebied van de tabaksproductenrichtlijn worden gebracht en onderworpen worden aan passende voorschriften inzake leeftijdsgrenzen, smaakstoffen, nicotinegehalte, verpakking en marketing, zodat rechtszekerheid en krachtige beschermingsmaatregelen worden gewaarborgd, met name voor jongeren; benadrukt de noodzaak van duidelijke, alomvattende en technologie-neutrale definities; dringt aan op een betere afstemming op de beginselen van de Kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de bestrijding van tabaksgebruik;
24. roept op tot duidelijke en doeltreffende regelgeving inzake reclame, promotie en sponsoring van tabaks- en nicotineproducten, met inbegrip van nieuwe en opkomende

tabaks- en nicotineproducten, in alle media en communicatiekanalen, waaronder onlineplatforms en sociale media, en tot de invoering van maatregelen om indirecte marketingpraktijken uit te bannen en de aantrekkingskracht van producten te verminderen, in het bijzonder voor minderjarigen, met inachtneming van de nationale bevoegdheden; dringt erop aan dat reclame via sociale media duidelijk wordt opgenomen in het toepassingsgebied van de richtlijn inzake de reclame en sponsoring voor tabaksproducten⁴¹;

25. is ingenomen met het initiatief van de Commissie om het wetgevingskader voor de bestrijding van tabaksgebruik te herzien, zoals voor het eerst aangekondigd in het Europees kankerbestrijdingsplan, dat – samen met de EU-strategie inzake hart- en vaatziekten – van cruciaal belang is voor het bereiken van de overeengekomen EU-doelstellingen op het gebied van het beleid ter bestrijding van tabaksgebruik; verzoekt de Commissie zo spoedig mogelijk een krachtig, wetenschappelijk onderbouwd herzien kader voor te leggen om de doelstelling te verwezenlijken van een “tabaksvrije generatie”, waarbij minder dan 5 % van de bevolking tabak gebruikt in 2040, zoals vastgelegd in het Europees kankerbestrijdingsplan; stelt met bezorgdheid vast dat de huidige percentages rokers in Europa deze doelstelling dreigen te ondermijnen; benadrukt dat toekomstige voorstellen moeten worden ondersteund door gedegen effectbeoordelingen, in overeenstemming met de richtsnoeren voor betere regelgeving; wijst op het groeiende besef dat de werkzaamheid van sigarettenfilters opnieuw moet worden bekeken, aangezien deze een onjuiste perceptie van minder schade kunnen wekken;
26. dringt aan op de invoering van gezondheidseffectbeoordelingen vóór het in de handel brengen van alle nieuwe tabaks- en nicotineproducten, met inbegrip van verhitte tabaksproducten, e-sigaretten en nicotinezakjes, indien van toepassing en in overeenstemming met het EU-recht;
27. roept de lidstaten op om rookvrij-wetgeving doeltreffend te handhaven voor alle openbare binnenruimten en werkplekken, en om bovendien rookvrij-wetgeving in te voeren voor buitenruimten die door kinderen worden bezocht, zoals schoolterreinen, teneinde de bevolking te beschermen tegen blootstelling aan passief roken;
28. herinnert eraan dat de Commissie regels inzake transparantie op het gebied van lobbyactiviteiten toepast die ook gelden voor de tabaksindustrie, en dat bepaalde directoraten-generaal aanvullende regelingen hebben toegepast bij hun contacten met vertegenwoordigers van deze sector; merkt op dat de Europese Ombudsman in haar besluit inzake zaak OI/6/2021/KR met betrekking tot de transparantie van de interacties van de Commissie met belangenvertegenwoordigers van de tabaksindustrie aanvullende aanbevelingen heeft gedaan om de transparantie met betrekking tot de Kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de bestrijding van tabaksgebruik te waarborgen;

⁴¹ Richtlijn 2003/33/EG van het Europees Parlement en de Raad van 26 mei 2003 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de reclame en sponsoring voor tabaksproducten (PB L 152 van 20.6.2003, blz. 16, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2003/33/oj>).

Schadelijk alcoholgebruik, met name in hoeveelheden die de wetenschappelijk vastgestelde gezondheidsaanbevelingen overschrijden

29. benadrukt dat schadelijk alcoholgebruik, met name in hoeveelheden die de wetenschappelijk vastgestelde gezondheidsaanbevelingen overschrijden, het risico op hart- en vaatziekten, kanker en andere niet-overdraagbare ziekten verhoogt; beklemtoont dat dit kan leiden tot een aanhoudende stijging van de bloeddruk, wat een belangrijke risicofactor is voor hartaanvallen, beroertes en andere hart- en vaatziekten, en in verband wordt gebracht met een toename van zowel ischemische als hemorragische beroertes;
30. verzoekt de Commissie en de lidstaten voort te bouwen op de alomvattende beleidsmaatregelen op het gebied van alcohol die zijn uiteengezet in het Europees kankerbestrijdingsplan, onder andere door een herziening van richtlijn betreffende de harmonisatie van de structuur van de accijns op alcohol en alcoholhoudende dranken⁴²; herinnert eraan dat belastingheffing in de eerste plaats een nationale bevoegdheid is; merkt op dat de lidstaten in het kader van hun alcoholbeleid gebruik kunnen maken van diverse beleidsmaatregelen, waaronder fiscale maatregelen, en benadrukt dat heffingen, belastingen en rechten kunnen dienen als stimulansen om het gedrag van consumenten te beïnvloeden;
31. dringt erop aan dat de voorlichting van consumenten wordt verbeterd door hen betere en nauwkeurige voedings- en gezondheidsinformatie over alcohol te verstrekken; neemt kennis van het voorstel van de Commissie in het Europees kankerbestrijdingsplan om de verplichte vermelding van de ingrediëntenlijst en de voedingswaardevermelding op de etiketten van alle alcoholhoudende dranken in te voeren;
32. benadrukt de noodzaak van een duidelijke aanpak op het gebied van alcoholpreventie en roept de lidstaten op om voorlichtings- en communicatiecampagnes op te zetten over de cardiovasculaire en andere gezondheidsrisico's die gepaard gaan met schadelijk alcoholgebruik, met name bij consumptieniveaus die hoger liggen dan de wetenschappelijk vastgestelde gezondheidsaanbevelingen; moedigt de uitwisseling van beste praktijken tussen de lidstaten aan, onder meer op het gebied van bewustmakingscampagnes en passende ondersteunende diensten, om alcoholgebruik door minderjarigen terug te dringen en mensen te beschermen tegen aan alcohol gerelateerde schade;
33. dringt aan op een doeltreffende regulering van alcoholreclame en -sponsoring in situaties waarin deze minderjarigen zouden kunnen bereiken;

Drugs

34. is bezorgd over de toename van het drugsgebruik in de EU, waarbij steeds meer nieuwe soorten drugs beschikbaar worden; benadrukt dat er onvoldoende bewustzijn bestaat over de schadelijke gevolgen die drugsgebruik en verslaving hebben voor het cardiovasculaire stelsel; roept de EU en de lidstaten op om bewustmakingscampagnes

⁴²Richtlijn 92/83/EEG van de Raad van 19 oktober 1992 betreffende de harmonisatie van de structuur van de accijns op alcohol en alcoholhoudende dranken (PB L 316 van 31.10.1992, blz. 21, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1992/83/oj>).

over de gevaarlijke effecten van drugs te ondersteunen en te voeren en om gezondheidswerkers beter op te leiden over de complexe patronen van verslaving aan verschillende drugs; dringt er bij de EU en de lidstaten op aan om een ambitieus horizontaal beleid in te voeren om het drugsgebruik in Europa uit te bannen;

35. benadrukt dat er bewustmakingscampagnes moeten worden gevoerd over het cumulatieve cardiovasculaire risico van gelijktijdig gebruik van schadelijke stoffen;

Ongezonde voeding en gebrek aan lichaamsbeweging

36. benadrukt dat ongezonde levensstijlen en slechte voedingsgewoonten bijdragen tot de ontwikkeling van hart- en vaatziekten en andere niet-overdraagbare ziekten; wijst op het belang van het bevorderen van evenwichtige voedingspatronen en lichaamsbeweging;
37. beklemtoont dat overgewicht en obesitas tot de belangrijkste oorzaken van hart- en vaatziekten behoren en erkende risicofactoren zijn voor verschillende vormen van kanker, en dat de kwaliteit van de voeding een belangrijke bepalende factor is voor de cardiovasculaire gezondheid; benadrukt daarom de noodzaak van een alomvattende benadering van het voedselsysteem in alle relevante beleidsterreinen van de EU, met het oog op het systematisch terugdringen van obesogene voedselomgevingen en het bevorderen van gezonder eetgedrag;
38. dringt aan op EU-maatregelen om de voedselomgeving te verbeteren, met inbegrip van voedingswaarde-etikettering op de voorkant van de verpakking in overeenstemming met voedingsaanbevelingen en de regulering van marketingpraktijken voor ongezonde levensmiddelen; is ingenomen met vrijwillige toezeggingen van de sector, maar benadrukt dat deze moeten worden aangevuld met meer consistente en afdwingbare wetgeving; benadrukt dat dergelijke maatregelen geen onbedoelde gevolgen mogen hebben voor levensmiddelen die zijn bedoeld om aan specifieke voedingsbehoeften te voldoen en neemt nota van de specifieke kenmerken van producten die worden beschermd door EU-kwaliteitslabels zoals de beschermde oorsprongsbenaming (BOB) of de beschermde geografische aanduiding (BGA);
39. dringt aan op EU-maatregelen om de consument bewuster te maken en de toegang tot informatie over het verband tussen voeding en gezondheid te verbeteren, onder meer door middel van voorlichtingscampagnes op scholen; benadrukt dat de bevordering van een uit voedingsoogpunt adequaat, gevarieerd en gebalanceerd voedingspatroon, dat een breed spectrum van categorieën nutriënten in passende hoeveelheden omvat en rekening houdt met de culturele diversiteit in de EU, een hoeksteen is van een doeltreffend volksgezondheidsbeleid; onderstreept dat preventiestrategieën bewuste keuzes van de consument en voedingsgewoonten moeten ondersteunen die gebaseerd zijn op solide wetenschappelijke gegevens; steunt tevens het opzetten van initiatieven die de consumptie van natuurlijke, verse, seizoensgebonden en lokale voedingsmiddelen stimuleren, waardoor korte toeleveringsketens worden bevorderd en de banden tussen landbouw en gezondheid worden versterkt; benadrukt dat landbouwers en hun organisaties moeten worden betrokken bij de uitvoering van dergelijke initiatieven om de banden tussen duurzame landbouw, voeding en volksgezondheid te versterken;
40. roept de Commissie op om ervoor te zorgen dat de herziening van de richtlijnen inzake

overheidsopdrachten overheidsinstanties in staat stelt gezondere maaltijden aan te bieden, met inbegrip van voedingsmiddelen die lokaal en met behulp van duurzame praktijken zijn geproduceerd; roept op tot een strategisch gebruik van overheidsopdrachten voor voedingsmiddelen om de gelijke toegang tot gezonde maaltijden in kinderopvangcentra, scholen, ziekenhuizen en andere openbare instellingen te verbeteren; is verheugd over de technische richtsnoeren van het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek inzake het bevorderen van gezondere keuzemogelijkheden bij overheidsopdrachten en moedigt de nationale, regionale en lokale autoriteiten aan ze toe te passen;

41. dringt aan op meer samenhang tussen de gezondheidsdoelstellingen van de EU en het agrovoedingsbeleid van de EU, om ervoor te zorgen dat overheidsfinanciering de productie en consumptie van levensmiddelen met een verminderd cardiovasculair risico ondersteunt;
42. benadrukt dat de doeltreffende preventie van hart- en vaatziekten en andere chronische aandoeningen al op jonge leeftijd moet beginnen en een levensloopgerichte aanpak moet volgen; wijst op de alarmerende toename van obesitas en ongezonde voedingspatronen bij kinderen; roept op tot de voortzetting en toereikende financiering van de EU-schoolregeling voor melk, groenten en fruit; dringt aan op gezonde en toegankelijke schoolmaaltijden en de invoering van minimumkwaliteitsnormen voor school- en openbare kantines; vraagt om ervoor te zorgen dat deze kantines kunnen beschikken over verse, natuurlijke en seizoensgebonden producten, en tegelijkertijd dat ze minder vaak gebruikmaken van voedingsmiddelen met een hoog vet-, suiker- en zoutgehalte; roept overheidsinstanties voorts op om gezonde eetgewoonten in alle omstandigheden en vanaf jonge leeftijd te bevorderen en te financieren, onder meer in sportfaciliteiten en recreatiegebieden;
43. benadrukt dat marketingpraktijken voor voedingsmiddelen met een hoog vet-, suiker- en zoutgehalte een rol kunnen spelen bij het vormgeven van de eetgewoonten van kinderen en daardoor kunnen bijdragen aan het ontstaan van obesitas bij kinderen en andere chronische aandoeningen die een leven lang blijven bestaan; beklemtoont met name dat de regelgeving inzake de marketing en reclame voor dergelijke producten gericht op kinderen en adolescenten via alle kanalen – met inbegrip van onlineplatforms, sociale media en influencermarketing – moet worden aangescherpt, met name wat betreft algoritmische targeting en opkomende, op artificiële intelligentie gebaseerde marketingpraktijken; wijst op de bestaande EU-wetgeving op dit gebied en is ingenomen met de lopende initiatieven, waaronder de herziening van de richtlijn audiovisuele mediadiensten, zoals aangekondigd in het “plan voor een veilig hart”, en de uitvoering van de digitaledienstenverordening⁴³;
44. wijst erop dat de huidige voedingspatronen in de EU niet in overeenstemming zijn met voedingsaanbevelingen, aangezien slechts 12 % van de Europeanen dagelijks vijf of meer porties groenten en fruit consumeert; dit ondanks het feit dat evenwichtige gezonde voedingspatronen, zoals traditionele Europese voedingspatronen, met inbegrip

⁴³ Verordening (EU) 2022/2065 van het Europees Parlement en de Raad van 19 oktober 2022 betreffende een eengemaakte markt voor digitale diensten en tot wijziging van Richtlijn 2000/31/EG (digitaledienstenverordening) (PB L 277 van 27.10.2022, blz. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2065/oj>).

van de mediterrane en Noordse voedingspatronen⁴⁴, alsook plantaardige voedingspatronen en bepaalde voedingspatronen op basis van biologisch voedsel⁴⁵, in verband worden gebracht met een aanzienlijk lager risico op hart- en vaatziekten; benadrukt het belang van de dagelijkse consumptie van groenten en fruit en een redelijke consumptie van rood en verwerkt vlees in overeenstemming met de Europese aanbevelingen op het gebied van de volksgezondheid; merkt op dat de consumptie van groenten en fruit in een vorm die de vezel- en voedingswaarde behoudt, een gezond en evenwichtig voedingspatroon kan ondersteunen;

45. beklemtoont dat er verschillende belemmeringen zijn voor gezonde voedingskeuzes; benadrukt met name dat sectoroverschrijdende maatregelen nodig zijn om een voedingsomgeving te creëren waarin gezondere voedingsmiddelen voor EU-burgers de gemakkelijkste en meest betaalbare keuze zijn, aangezien gezondere voedingspatronen doorgaans duurder zijn dan minder gezonde en de prijsvorming onevenredig grote gevolgen heeft voor bevolkingsgroepen met een laag of gemiddeld inkomen; erkent dat belemmeringen voor de toegang tot gezond en voedszaam voedsel moeten worden aangepakt; dringt aan op adequate strategieën die gezondere producten betaalbaarder maken; verzoekt de lidstaten de betaalbaarheid en toegankelijkheid van fruit, groenten, peulvruchten en volkorengranen te verbeteren, onder meer door middel van gerichte regelgevingsmaatregelen en door ten volle gebruik te maken van de financieringsinstrumenten van de EU;
46. benadrukt dat particuliere marktdeelnemers ernaar moeten streven de voedingskwaliteit van de door hen aangeboden producten te verbeteren, met het oog op de gezondheid van de consumenten;
47. is verheugd over het feit dat in het “plan voor een veilig hart” melding wordt gemaakt van een lopend onderzoek van de Commissie naar de gevolgen van de consumptie van “ultrabewerkte voedingsmiddelen”; verzoekt de Commissie om op EU-niveau een duidelijke, wetenschappelijk onderbouwde en geharmoniseerde definitie van “ultrabewerkte levensmiddelen” te ontwikkelen en te bevorderen, met een uitzondering voor levensmiddelen die zijn samengesteld om te voldoen aan specifieke voedingsbehoeften welke voortvloeien uit gediagnosticeerde medische aandoeningen, allergieën, ernstige intoleranties of andere pathologieën, teneinde een samenhangend voedingsbeleid te ondersteunen en empirisch onderbouwde maatregelen ter preventie van hart- en vaatziekten en andere niet-overdraagbare ziekten te versterken;
48. erkent dat traditionele verwerkingstechnieken, zoals fermentatie, inblikken, drogen en zouten, een belangrijke rol hebben gespeeld bij het waarborgen van de houdbaarheid van voedsel, zodat de gezondheids- en veiligheidsnormen zijn verbeterd en, in veel gevallen, de beschikbaarheid van landbouwproducten voor een gezonder voedingspatroon is toegenomen;

⁴⁴ WHO, “Fostering healthier and more sustainable diets – learning from the Mediterranean and New Nordic experience”, 2018, <https://www.who.int/europe/news/item/07-05-2018-fostering-healthier-and-more-sustainable-diets-learning-from-the-mediterranean-and-new-nordic-experience>.

⁴⁵ Dahm, J. B., “Geringere Inzidenz atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Ernährung mit Biolebensmitteln (dänische Kohortenstudie)”, 2026, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2747-5734?id=&lang=en>.

49. verzoekt de Commissie de gevolgen van “energiedrankjes” voor de cardiovasculaire gezondheid te beoordelen en vervolgens passende maatregelen op EU-niveau te ondersteunen, voor zover deze op basis van de beoordeling en wetenschappelijk bewijs gerechtvaardigd zijn, met name ter bescherming van kinderen en adolescenten; verzoekt de Commissie om, indien de beoordeling en wetenschappelijke gegevens daartoe aanleiding geven, de lidstaten ook in de toekomst te ondersteunen en aan te moedigen om maatregelen te overwegen met betrekking tot de beschikbaarheid van energiedrankjes in omgevingen die voornamelijk door minderjarigen worden gebruikt, en spreekt zijn steun uit voor de uitwisseling van beste praktijken op EU-niveau;
50. benadrukt het belang van geïntegreerde stedelijke en vervoersinterventies gericht op het verminderen van obesogene omgevingen, het verbeteren van de toegang tot actieve mobiliteit en het opnemen van gezondheidsdoelstellingen in het beleid voor ruimtelijke ordening, huisvesting en infrastructuur; benadrukt dat stadsplanning, onder meer door het aanbieden van ruime voetgangers- en groene zones en veilige omstandigheden voor wandelaars en fietsers, rechtstreeks bijdraagt aan het voorkomen van hartziekten; dringt aan op overheidsinvesteringen in gezonde stedelijke omgevingen die lichaamsbeweging bevorderen, de luchtkwaliteit verbeteren en het risico op hart- en vaatziekten verminderen; dringt aan op betere sectoroverschrijdende samenwerking om ondersteunende omgevingen en op elkaar afgestemd beleid te creëren die lichaamsbeweging aanmoedigen gedurende de hele levensloop, wat bijdraagt aan zowel de preventie van hart- en vaatziekten als doeltreffende revalidatie;
51. roept de lidstaten op gerichte maatregelen te nemen om gezondere dagelijkse gewoonten onder kinderen en jongeren te bevorderen door meer mogelijkheden te bieden voor lichaamsbeweging en sedentair gedrag te verminderen, aangezien dit helpt bij het voorkomen van belangrijke beïnvloedbare risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals gebrek aan lichaamsbeweging, overgewicht en obesitas; benadrukt voorts dat onderwijs en toegang tot betrouwbare informatie over lichaamsbeweging van cruciaal belang zijn voor mensen van alle leeftijden; verzoekt de Commissie en de lidstaten initiatieven zoals sportactiviteiten voor senioren in lokale gemeenschappen en toegankelijke sportlessen te bevorderen en ervoor te zorgen dat er in de leerplannen voldoende tijd wordt ingeruimd voor dagelijkse beweging, teneinde een klimaat te scheppen dat tot een gezonde levensstijl leidt;
52. verzoekt de Commissie en de lidstaten de sportsector in te schakelen als een belangrijk platform voor het bevorderen van lichaamsbeweging en gezond gedrag, onder meer door middel van breedtesportinitiatieven en door het vermijden van reclame voor voedingsmiddelen met een hoog vet-, suiker- en zoutgehalte tijdens sportevenementen;

SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

53. benadrukt dat cardiovasculaire gezondheid ook een maatschappelijk vraagstuk is dat de publieke aandacht verdient, en dat het voortbestaan van hart- en vaatziekten in de hele EU — met inbegrip van de bijdragende risicofactoren diabetes en obesitas — nauw samenhangt met sociaal-economische determinanten zoals inkomensongelijkheid, onzekere werkgelegenheid, huisvestingsomstandigheden, opleidingsniveau, gender en blootstelling aan omgevingsfactoren; wijst erop dat deze determinanten onevenredig grote gevolgen hebben voor huishoudens met een laag inkomen, mensen met chronische

of zeldzame ziekten, personen met een beperking, werknemers in onzekere banen, vrouwen, ouderen, kinderen en jongeren, en gemarginaliseerde gemeenschappen, waardoor cumulatieve, levenslange cardiovasculaire risico's ontstaan; dringt erop aan dat het beleid inzake cardiovasculaire gezondheid stevig wordt verankerd in het bredere sociale, cohesie- en inclusiebeleid van de EU en dat er voldoende rekening wordt gehouden met degenen die het meeste risico lopen;

54. benadrukt dat de sociaal-economische determinanten van cardiovasculaire gezondheid zowel op nationaal als op EU-niveau moeten worden aangepakt door middel van een doeltreffende uitvoering van de bestaande EU-kaders;
55. is ingenomen met het “plan voor een veilig hart” en dringt erop aan dat elke EU-strategie voor hart- en vaatziekten wordt geïntegreerd in het sociaal, milieu- en economisch beleid van de EU; benadrukt dat armoede en baanonzekerheid de blootstelling aan cardiovasculaire risicofactoren aanzienlijk verhogen, met inbegrip van chronische stress, ongezonde voeding, gebrek aan lichaamsbeweging, gebrekkige huisvesting en beperkte toegang tot preventieve zorg;
56. benadrukt dat bij het gezondheidsbeleid rekening moet worden gehouden met het perspectief van patiënten en mantelzorgers om ervoor te zorgen dat de besluitvorming hun doorgemaakte ervaringen weerspiegelt en tot beleid leidt dat hun dagelijks leven en welzijn op lange termijn op zinvolle wijze verbetert;

MILIEUGERELATEERDE GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

57. beklemtoont dat milieudeterminanten, waaronder luchtverontreiniging, geluidsoverlast, bodem- en waterverontreiniging, extreme temperaturen en blootstelling aan chemische stoffen – met name bij bevolkingsgroepen die in hun werk of in hun woonomgeving in nauw contact komen met bestrijdingsmiddelen – belangrijke, vermijdbare oorzaken zijn van hart- en vaatziekten in de EU; benadrukt dat deze determinanten geografisch ongelijk verdeeld zijn over en binnen de lidstaten; benadrukt dat hittegolven en andere klimaatgerelateerde extreme gebeurtenissen onevenredig grote gevolgen hebben voor ouderen en mensen die in slecht geïsoleerde woningen wonen, waardoor cardiovasculaire risico's en sociale ongelijkheden worden verergerd; betreurt dat de Commissie onvoldoende heeft erkend dat het verminderen van de blootstelling aan schadelijke omgevingsfactoren een kernpijler moet worden van elk doeltreffend EU-plan voor cardiovasculaire gezondheid en dat dit gecoördineerde, sectoroverschrijdende actie vereist die verder gaat dan de gezondheidssector; benadrukt dat de preventie van hart- en vaatziekten moet worden ingebed in een “één gezondheid”-benadering, waarbij de onderlinge verbanden tussen de gezondheid van mensen, dieren en het milieu worden erkend;
58. onderstreept dat mensen weliswaar veranderingen kunnen doorvoeren op het vlak van hun levensstijl, maar dat zij hun gezondheid niet kunnen beschermen tegen luchtverontreiniging of chemische verontreiniging; roept de Commissie op om concrete maatregelen voor te stellen met betrekking tot deze gezondheidsdeterminanten die binnen de bevoegdheden van de EU vallen;
59. erkent dat langdurige blootstelling aan omgevingslawaai door weg-, spoor- en luchtverkeer een belangrijke, maar onderbelichte cardiovasculaire risicofactor is; dringt

aan op een krachtiger beleid ter bestrijding van geluidsoverlast, teneinde schadelijke geluidsniveaus te verlagen en de gezondheid en het welzijn in de hele EU te beschermen door middel van stadsplanning, vervoersregelgeving en handhaving van de huidige EU-wetgeving; benadrukt dat een toereikende financiering van op de natuur gebaseerde oplossingen, die een positief effect op de gezondheid kunnen hebben, moet worden beschouwd als onderdeel van de “één gezondheid”-benadering;

60. verzoekt de Commissie en de lidstaten de aanzienlijke gezondheidsrisico's aan te pakken die voortvloeien uit de lucht-, bodem- en waterverontreiniging; benadrukt dat methaan en ammoniak bijdragen aan schadelijke luchtverontreiniging die in verband wordt gebracht met een verminderde longfunctie, systemische ontsteking en een verhoogde cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit;

II. Vroegtijdige opsporing en diagnose

61. is ingenomen met de aangekondigde aanbeveling van de Raad inzake gezondheidscontroles voor hart- en vaatziekten; benadrukt dat EU-richtsnoeren empirisch onderbouwd en doeltreffend moeten zijn, gericht moeten zijn op de behoeften van patiënten, gezondheidswerkers en mantelzorgers en de problemen waarmee zij worden geconfronteerd, en vergezeld moeten gaan van duidelijke benchmarks en indicatoren, en ongelijkheden moeten verminderen en praktijken met geringe toegevoegde waarde moeten vermijden; merkt op dat deze richtsnoeren naar risico gestratificeerd moeten zijn, en geïntegreerde doorverwijzingen moeten omvatten van de eerstelijnszorg naar de follow-up tweedelijnszorg voor hart- en vaatziekten en de comorbiditeiten ervan; benadrukt bovendien dat dergelijke richtsnoeren aanbevelingen moeten bevatten inzake de uitvoering, waaronder actieve grensoverschrijdende samenwerking en maatregelen voor kwaliteitsborging, om een doeltreffende dekking van risicogroepen te waarborgen; dringt erop aan dat de lidstaten uitvoering geven aan de aangekondigde aanbeveling van de Raad inzake gezondheidscontroles voor hart- en vaatziekten, met inachtneming van hun bevoegdheden, en benadrukt het belang van het bevorderen van voorlichting en opleiding voor gezondheidswerkers op het gebied van de vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten, waarbij op passende wijze rekening wordt gehouden met genderspecifieke verschillen;
62. verzoekt de Commissie te zorgen voor toereikende financiële steun aan de lidstaten voor de uitvoering van de aanbeveling van de Raad inzake gezondheidscontroles voor hart- en vaatziekten; benadrukt dat deze financiële steun passend moet zijn voor en in verhouding moet staan tot de omvang van de last van hart- en vaatziekten;
63. is van mening dat vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten moet worden nagestreefd via een geïntegreerde, ziekteoverschrijdende aanpak waarbij rekening wordt gehouden met de onderlinge verbanden tussen hart- en vaatziekten en andere niet-overdraagbare ziekten en hun gemeenschappelijke risicofactoren; wijst erop dat dergelijke brede preventie- en vroegtijdige opsporingsstrategieën voor hart- en vaatziekten en andere niet-overdraagbare aandoeningen patiënten in staat kunnen stellen hun gezondheid beter te begrijpen en te beheren, en kunnen bijdragen aan het voorkomen van vroegtijdige sterfte;
64. is bezorgd over het aantal verkeerd gediagnosticeerde cardiovasculaire voorvallen en

roept de lidstaten op om gezondheidswerkers beter op te leiden over mogelijke symptomen, ook bij hulpdiensten; onderstreept dat het belangrijk is dat nationale gezondheidszorgstelsels gestandaardiseerde protocollen invoeren om cardiovasculaire voorvallen beter op te sporen; beklemtoont dat regionale en lokale gezondheidsinfrastructuren en ziekenhuizen gespecialiseerde zorg moeten bieden voor cardiovasculaire voorvallen en ervoor moeten zorgen dat patiënten snel toegang krijgen tot dergelijke zorg, teneinde verkeerde diagnoses te voorkomen en een adequate behandeling te waarborgen;

65. benadrukt dat bij vroegtijdige preventie en opsporing prioriteit moet worden gegeven aan gerichte, risicogebaseerde benaderingen die worden ondersteund door gevalideerde risicovoorspellingsmodellen in de eerstelijnszorg, in voorkomend geval ook door middel van screening; beklemtoont dat aandacht moet worden besteed aan risicofactoren zoals tabaksgebruik, schadelijk alcoholgebruik, met name in een mate die de wetenschappelijk vastgestelde gezondheidsaanbevelingen overschrijdt, obesitas, onvoldoende lichaamsbeweging, hypertensie, menopauze, familiegeschiedenis en dyslipidemie; onderstreept dat personen met aandoeningen zoals chronische nierziekte, diabetes, obesitas, chronische obstructieve longziekte, metabole disfunctie-geassocieerde steatotische leverziekte en chronische anemie, alsook vrouwen met ongunstige zwangerschapsuitkomsten, systematisch moeten worden gescreend op hart- en vaatziekten, waarbij doeltreffende verwijzingssystemen en follow-uptrajecten op lange termijn moeten worden gewaarborgd; benadrukt dat hart- en vaatziekten vaak pas worden ontdekt na ingrijpende gebeurtenissen zoals een hartaanval of beroerte;
66. onderstreept dat er vaak geen sprake is van vroegtijdige opsporing, met name onder achtergestelde en risicovolle bevolkingsgroepen; verzoekt de lidstaten te waken over een gelijkwaardige toegang tot diagnostiek, met bijzondere aandacht voor achtergestelde gebieden en vrouwen;
67. onderstreept de essentiële rol van secundaire preventie voor personen die een cardiovasculair voorval hebben meegemaakt, met inbegrip van het systematische beheer van risicofactoren, therapietrouw, ondersteuning op het gebied van leefstijl en geestelijk welzijn en regelmatige klinische evaluaties om het risico op herhaling te verlagen;
68. wijst op de aanzienlijke onderdiagnose van erfelijke, genetische en aangeboren hart- en vaataandoeningen in de EU, waaronder cardiomyopathieën, kanalopathieën, familiale hypercholesterolemie, diabetes type 1, aortopathieën, bindweefselaandoeningen en aangeboren hartafwijkingen; benadrukt dat vetstofwisselingsstoornissen, zoals familiale hypercholesterolemie, verhoogde lipoproteïne(a) en hyperglykemie, aanzienlijk bijdragen aan het risico op hart- en vaatziekten; roept de lidstaten op om te zorgen voor gelijke toegang tot diagnostiek en om de vroegtijdige opsporing van genetische aandoeningen te ondersteunen vanaf de schoolleeftijd van kinderen, wanneer er duidelijk wetenschappelijk bewijs is voor klinisch voordeel, met volledige inachtneming van ethische beginselen, geïnformeerde toestemming en voorschriften inzake gegevensbescherming; beklemtoont dat wanneer hart- en vaatziekten met een genetische aanleg worden vastgesteld, er gezins- en cascadescreening moet worden aangeboden;
69. dringt erop aan dat de aangekondigde aanbeveling van de Raad inzake

gezondheidscontroles voor hart- en vaatziekten duidelijke richtsnoeren bevat over uitgebreide cardiovasculaire risicobeoordelingen en over het aanbieden van gezondheidscontroles op een passende leeftijd aan personen met ten minste één risicofactor, met inbegrip van personen met een familiegeschiedenis van vroegtijdige hart- en vaatziekten; dringt ook aan op duidelijke richtsnoeren voor systematische monitoring en follow-up van personen met verhoogde of abnormale resultaten, met inbegrip van geïntegreerde zorgtrajecten;

70. benadrukt dat personen met diverse beïnvloedbare cardiovasculaire risicofactoren uitgebreide en toegankelijke steun moeten aangeboden krijgen om hun leefstijl te veranderen met de hulp van naar behoren opgeleide deskundigen op het gebied van leefstijlgeneeskunde of daaraan gelijkwaardige gezondheidswerkers;

III. Behandeling, zorg en revalidatie

71. onderstreept dat mensen met hart- en vaatziekten tijdige en betaalbare toegang moeten hebben tot hoogwaardige, geïntegreerde, empirisch onderbouwde en op richtsnoeren gebaseerde zorg gedurende het volledige zorgtraject, met inbegrip van ondersteuning bij de controle van de behandeling en therapietrouw, alsmede passende diagnostiek en therapieën, ongeacht hun woonplaats; beveelt een mogelijk voorzichtig gebruik aan van “treat-to-target”-beheerskaders (beheerskaders voor behandelingen op basis van het uiteindelijke doel), waarbij zorg met een lage toegevoegde waarde wordt vermeden en een persoonsgerichte, op risico’s gebaseerde aanpak wordt gewaarborgd in overeenstemming met de richtsnoeren van de WHO; benadrukt dat hartrevalidatie, re-integratie in het beroepsleven, geïntegreerde voedingszorg, fysieke revalidatie en sociale re-integratie integraal deel uitmaken van doeltreffende cardiovasculaire zorg; merkt op dat de toegang tot revalidatiediensten in verschillende lidstaten nog steeds beperkt is en benadrukt dat de toegang tot deze diensten voor iedereen moet worden gewaarborgd; beklemtoont de noodzaak van speciale, op de leeftijd afgestemde revalidatiecentra;
72. is ingenomen met de aangekondigde aanbeveling van de Raad betreffende gepersonaliseerde behandeling en monitoring van hart- en vaatziekten, wat zal zorgen voor een verbetering van de kwaliteit en consistentie van gepersonaliseerde en geïntegreerde zorgtrajecten;
73. verzoekt de lidstaten alomvattende, gestandaardiseerde nationale protocollen voor cardiovasculaire zorg op te stellen voor langdurige zorgtrajecten, waarin modellen voor teams zijn opgenomen die zich richten op meerdere ziekten en een multidisciplinaire aanpak om proactief beheer van onderling verbonden, niet-overdraagbare ziekten mogelijk te maken, een soepele overdracht van zorg te waarborgen en daadwerkelijk patiëntgerichte zorg te verlenen in het hele continuüm van cardiovasculaire risico’s, diagnose, behandeling en revalidatie; benadrukt dat dergelijke trajecten van essentieel belang zijn om de continuïteit van de zorg te waarborgen, vermijdbare complicaties en heropnamen in het ziekenhuis terug te dringen en de langetermijnresultaten voor mensen met hart- en vaatziekten te verbeteren; benadrukt de noodzaak van beter gestroomlijnde zorgtrajecten voor reproductieve gezondheidszorg, gezondheidszorg voor moeders, en diensten op het gebied van hart- en vaatziekten; dringt aan op steun voor de lidstaten en de lokale en regionale overheden bij het uitbreiden van de toegang

tot multidisciplinaire revalidatiediensten;

74. benadrukt dat bij zorg en behandeling rekening moet worden gehouden met de meest recente wetenschappelijke gegevens; verzoekt de lidstaten hoogwaardige, innovatieve behandelingen op te nemen in gezondheidszorgstrategieën en deze behandelingen toegankelijker te maken;
75. verzoekt de Commissie en de lidstaten steun te verlenen aan een bredere uitrol van en toegang tot training in cardiopulmonaire reanimatie (CPR) en bewustmakingsprogramma's, ook voor kinderen en jongeren, als essentieel onderdeel van het versterken van de paraatheid en respons bij hart- en vaatziekten; dringt aan op meer EU-steun om de overlevingskansen na een hartstilstand buiten het ziekenhuis te verbeteren, onder meer door verplichte CPR- en AED (geautomatiseerde externe defibrillator)-training op scholen en werkplekken; verzoekt de lidstaten hun beleid te versterken om te zorgen voor een brede, zichtbare en 24/7 toegankelijke beschikbaarheid van AED's in openbare ruimten en drukbezochte locaties, en dringt aan op de ontwikkeling van nationale systemen voor het in kaart brengen en het onderhoud van AED's, alsook op de integratie van locatiegegevens van AED's in de meldkamersystemen;
76. roept op tot de versterking van een grensoverschrijdend Europees transplantatie-informatiesysteem, met name voor zeldzame en aangeboren hart- en vaatziekten;
77. dringt aan op de oprichting van een Europees netwerk van cardiovasculaire topcentra, waaronder afdelingen voor beroertes en hartziekten, als gespecialiseerde, multidisciplinaire instellingen die opereren in het kader van de richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg; benadrukt dat deze centra moeten fungeren als nationale en regionale knooppunten om de toegang tot hoogwaardige, multidisciplinaire zorg te verbeteren, de wachttijd tot behandeling te verkorten en de ziekenhuiscapaciteit te versterken; beklemtoont hun potentiële rol bij het bevorderen van gemeenschappelijke normen en beste praktijken, het vergemakkelijken van de toegang tot klinische proeven en het optimaliseren van de klinische ontwikkeling; wijst op hun potentiële bijdrage aan de invoering van alomvattende, patiëntgerichte zorgtrajecten en aan het omzetten van onderzoek in de praktijk door middel van samenwerking tussen meerdere belanghebbenden, waaronder publiek-private partnerschappen;
78. benadrukt het belang van de integratie van ondersteuning op het gebied van geestelijke gezondheid als een onderdeel van alomvattende fysieke en psychologische revalidatie voor patiënten met chronische cardiovasculaire aandoeningen en voor patiënten die herstellende zijn van ernstige cardiovasculaire voorvallen;
79. benadrukt dat ononderbroken toegang tot veilige, doeltreffende en betaalbare geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voor hart- en vaatziekten een voorwaarde is voor de continuïteit van de zorg en gunstige gezondheidsresultaten; beklemtoont dat ongelijke toegang tot essentiële cardiovasculaire geneesmiddelen een belangrijke belemmering blijft voor doeltreffende behandeling en secundaire preventie; dringt aan op maatregelen op EU-niveau, binnen de bestaande bevoegdheden van de EU, om de betaalbaarheid, beschikbaarheid en voorzieningszekerheid te ondersteunen, en

onderstreept het belang van de komende verordening kritieke geneesmiddelen⁴⁶ voor het aanpakken van deze kwesties;

80. benadrukt dat het uitstellen of ontbreken van behandeling van structurele hartziekten de levenskwaliteit aanzienlijk schaadt en functionele achteruitgang, kwetsbaarheid en verlies van onafhankelijkheid bij ouderen versnelt; onderstreept dat tijdige diagnose en toegang tot passende behandeling van essentieel belang zijn voor het behoud van autonomie, het terugdringen van vermijdbare ziekenhuisopnames en het ondersteunen van gezond en actief ouder worden;
81. benadrukt de toenemende dreiging van een tekort aan zorgpersoneel in de lidstaten en wijst erop dat de ongelijke spreiding van huisartsen, met name in plattelandsgebieden en achtergestelde gebieden, de toegang tot preventie en vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten beperkt; dringt aan op maatregelen om de aantrekkelijkheid van beroepen in de gezondheidszorg te vergroten, waaronder betere arbeidsomstandigheden, toereikende lonen, opleiding, maatregelen om personeel te behouden en multidisciplinaire teamgebaseerde zorg, met een sterke eerstelijnszorg als ruggengraat; beklemtoont het belang van technologie en digitale instrumenten om de efficiëntie te vergroten, door de werkdruk en de administratieve lasten te verminderen, en om loopbanen in de gezondheidszorg aantrekkelijker te maken; verzoekt de Commissie en de lidstaten de steunmechanismen te versterken om het behoud van cardiovasculair medisch personeel te verbeteren en de mobiliteitstrends in gebieden met chronisch tekort te keren, onder meer door middel van gerichte stimulansen en investeringen in arbeidsomstandigheden, voortgezette opleiding en aantrekkelijke loopbaantrajecten;
82. onderstreept dat mensen met gevorderde hart- en vaatziekten tijdige en billijke toegang tot palliatieve zorg moeten krijgen; dringt erop aan gezondheidswerkers op passende wijze de beginselen van palliatieve zorg bij te brengen om waardigheid, levenskwaliteit en mensgerichte, genderbewuste zorg gedurende de hele levensloop te bevorderen;
83. benadrukt dat hart- en vaatziekten leiden tot aanzienlijke beperkingen die van invloed zijn op het werk en de levenskwaliteit van patiënten en hun mantelzorgers, alsook op het vermogen van patiënten om zelfstandig te leven; verzoekt de lidstaten zorgstrategieën te ontwikkelen die gericht zijn op maatregelen voor re-integratie op de werkplek en op psychosociale ondersteuning en ondersteuning door lotgenoten voor patiënten en hun families;

IV. Rol van eerstelijnszorg en gemeenschapsgebaseerde diensten bij preventie en vermindering van het risico op hart- en vaatziekten

84. benadrukt de cruciale rol van sterk geïntegreerde primaire gezondheidszorgstelsels en gemeenschapsgebaseerde diensten, met inbegrip van openbare en officina-apotheken, bij de preventie en vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten en de daarmee samenhangende risicofactoren, en de vermindering van het risico op lange termijn, met name in plattelandsgebieden met weinig voorzieningen en achtergestelde stedelijke

⁴⁶ Voorstel van de Commissie van 11 maart 2025 voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van een kader voor de vergroting van de beschikbaarheid en voorzieningszekerheid van kritieke geneesmiddelen, en van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen van gemeenschappelijk belang, en tot wijziging van Verordening (EU) 2024/795 (COM(2025)0102).

gebieden;

85. verzoekt de Commissie om, in samenwerking met de lidstaten, gerichte proefprojecten te ondersteunen in gebieden met een hoge ziektelast en waar de zorgvoorzieningen ontoereikend zijn, waarbij door de eerstelijnszorg geleide risicogebaseerde controles, preventie op gemeenschapsniveau, ondersteuning via telegeneeskunde, mobiele diagnostische diensten en duidelijke doorverwijzings- en follow-uptrajecten worden gebundeld, met het oog op het evalueren van de effecten en het mogelijk maken van de opschaling van effectieve modellen in de hele EU;
86. pleit voor nauwere samenwerking tussen eerstelijnszorg en cardiovasculaire specialistische diensten om interventies te optimaliseren met het oog op de doeltreffende preventie en vermindering van het risico op hart- en vaatziekten;
87. verzoekt de lidstaten voldoende middelen uit te trekken voor infrastructuur voor eerstelijnszorg, multidisciplinaire teams en preventieve diensten, met inbegrip van toegang tot essentiële diagnostische instrumenten en digitale infrastructuur ter ondersteuning van screening, vroegtijdige opsporing en follow-up; moedigt de lidstaten aan om, in voorkomend geval, de eigen bijdragen voor essentiële diensten op het gebied van cardiovasculaire preventie en zorg te verlagen, aangezien hoge eigen bijdragen een belangrijke belemmering kunnen vormen voor de toegang tot cardiovasculaire preventie en behandeling, met name voor huishoudens met een laag inkomen; benadrukt dat vroegtijdige opsporing en preventieve zorg betaalbaar moeten zijn, ook voor huishoudens met een laag inkomen; benadrukt de rol van eerstelijnszorg bij het bevorderen van de naleving van cardiovasculaire behandelingen;
88. beklemtoont dat vroegtijdige opsporing en preventie grotendeels plaatsvinden op het niveau van de eerstelijnszorg, waar huisartsen vaak het eerste contactpunt voor patiënten zijn; benadrukt dat huisartsen en eerstelijnszorgverleners een sleutelrol spelen bij de beoordeling van aan de levensstijl gerelateerde risicofactoren en bij het geven van empirisch onderbouwd advies over het soort en de frequentie van de lichaamsbeweging die mensen nodig hebben om hun cardiovasculaire en algemene gezondheid op peil te houden of te verbeteren;
89. wijst erop dat secundaire preventie van essentieel belang is voor personen die een cardiovasculair voorval hebben meegemaakt; benadrukt dat secundaire preventie bestaat uit een gestructureerd beheer van risicofactoren, het waarborgen van het gebruik van medicatie, gerichte ondersteuning bij levensstijlveranderingen en regelmatige klinische controle om het risico op herhaling tot een minimum te beperken;
90. beklemtoont dat het belangrijk is de capaciteit van eerstelijnszorgverleners te versterken om kortstondige interventies uit te voeren als onderdeel van de routinematige klinische praktijk voor het verminderen van het risico op hart- en vaatziekten, onder meer door toepassing van de vijfstappenaanpak (vragen stellen, beoordelen, adviseren, hulp verlenen, regelen) om gedragsveranderingen in verband met belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten te bevorderen;
91. benadrukt de cruciale behoefte aan een ruime intensivecarecapaciteit binnen elke cardiovasculaire EU-strategie om acute cardiovasculaire voorvallen, zoals hartstilstand, cardiogene shock en acuut hartfalen, aan te pakken via ingebedde regionale

intensivecarenetwerken; uit zijn bezorgdheid over de acute personeelstekorten bij de intensivereafdelingen, die een belemmering vormen voor een snelle respons bij noodgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten, en dringt aan op gerichte ondersteuning, waaronder ondersteuning op het gebied van geestelijke gezondheid, verbeterde strategieën voor personeelsbehoud en gespecialiseerde multidisciplinaire opleidingen om de eerstelijns capaciteit in stand te houden;

92. verzoekt de lidstaten de gemeenschapsgebaseerde respons capaciteit voor noodgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten te versterken, met inbegrip van toegang tot levensreddende uitrusting, coördinatie met eerstelijnszorg en hulpdiensten en de ontwikkeling van lokale responsnetwerken, om de ongelijkheden terug te dringen in verband met de overlevingspercentages na en gevolgen van acute cardiovasculaire voorvallen;
93. verzoekt de Commissie en de lidstaten de essentiële rol van maatschappelijke gezondheidsorganisaties en patiëntenorganisaties bij de preventie van hart- en vaatziekten, bewustmaking, lotgenotenondersteuning, inspraak van patiënten en beleidsontwikkeling te erkennen; benadrukt dat de continuïteit, onafhankelijkheid en doeltreffendheid van hun werkzaamheden afhankelijk zijn van adequate, duurzame en transparante overheidsfinanciering;
94. dringt erop aan dat de rol van speciaal opgeleide gezondheidswerkers op het gebied van cardiovasculaire preventie, vroegtijdige opsporing en bepaalde behandelingstaken wordt erkend en ondersteund, aangezien deze gezondheidswerkers het tekort aan cardiologen, ook in plattelandsgebieden, gedeeltelijk kunnen opvangen; roept op tot formele erkenning en passende ondersteuning van de rol van vrijwillige en gemeenschapsgerichte psychologische begeleiding voor hart- en vaatpatiënten; erkent de belangrijke rol van psychologische ondersteuning bij het aanpakken van bepaalde cardiovasculaire risicofactoren en het bevorderen van het herstel; benadrukt de rol van door de gemeenschap geleide zorg bij het aanpakken van sociale uitsluiting, lage gezondheidswijsheid, stigmatisering en toegangsbelemmeringen die de gevolgen van hart- en vaatziekten voor kwetsbare groepen verergeren;

V. Multimorbiditeit

95. benadrukt dat hart- en vaatziekten vaak voorkomen naast andere chronische aandoeningen, waaronder diabetes, obesitas, chronische nierziekten, reumatische ziekten, spier- en skeletaandoeningen, longaandoeningen, met inbegrip van long- en ademhalingsziekten, metabole-disfunctie geassocieerde steatotische leverziekte, huidziekten, obstructieve slaapapneu, anemie, chronische slapeloosheid en aandoeningen met betrekking tot de reproductieve gezondheid en de geestelijke gezondheid, alsook kanker en leven met of na kanker, die het risico op hart- en vaatziekten aanzienlijk vergroten, de behandeling bemoeilijken en de gezondheidsresultaten verslechteren; onderstreept dat een geïsoleerde aanpak van hart- en vaatziekten niet volstaat om de morbiditeit en mortaliteit te verminderen; benadrukt dat de preventie en bestrijding van deze aandoeningen een kosteneffectieve manier kunnen zijn om bij te dragen tot de preventie van cardiovasculaire gezondheidsproblemen; erkent dat het belangrijk is te zorgen voor billijke en tijdige toegang tot behandeling en therapeutische innovatie op het gebied van hart- en

vaatziekten;

96. benadrukt dat diabetes de morbiditeit, mortaliteit en de gezondheidszorgkosten aanzienlijk doet toenemen; onderstreept dat versnipperde beleidsbenaderingen voor de aanpak van hart- en vaatziekten en diabetes het risico met zich brengen de resultaten op het gebied van preventie, vroegtijdige opsporing en langetermijnbeheer te ondermijnen; verzoekt de lidstaten ervoor te zorgen dat de nationale plannen voor cardiovasculaire gezondheid een alomvattende diabetescomponent bevatten of duidelijk zijn afgestemd op de bestaande nationale diabetesstrategieën; benadrukt dat bijzondere aandacht moet uitgaan naar kinderen en adolescenten bij wie diabetes type 1 is vastgesteld, en in toenemende mate type 2, en die te maken hebben met een levenslange ziektelast en een verhoogd risico op vroegtijdige cardiovasculaire complicaties en sterfte; benadrukt dat diabetes en obesitas belangrijke oorzaken van hart- en vaatziekten zijn en gemeenschappelijke risicofactoren en biologische mechanismen hebben; onderstreept dat doeltreffende preventie en een doeltreffend beheer van diabetes en obesitas essentiële onderdelen zijn van preventie en zorg met betrekking tot hart- en vaatziekten, onder meer door vroegtijdige opsporing, langetermijnbeheer en leefstijlondersteuning; benadrukt dat een doeltreffend beheer van obesitas en hart- en vaatziekten kan worden belemmerd door een gebrek aan bewustzijn van obesitas als chronische ziekte of een versnipperde beleidsbenadering van zorgtrajecten voor obesitas;
97. wijst op het sterke en bidirectionele verband tussen chronische nierziekten en hart- en vaatziekten; benadrukt dat nierziekten vaak onvoldoende worden gediagnosticeerd bij mensen met cardiovasculaire risicofactoren en in verband worden gebracht met een verhoogde cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit; dringt aan op een betere integratie van niergezondheid in de beoordeling van cardiovasculaire risico's en zorgtrajecten;
98. benadrukt dat chronische obstructieve longziekte (COPD) een veelvoorkomende en ernstige comorbiditeit is bij mensen met hart- en vaatziekten; benadrukt dat COPD en hart- en vaatziekten belangrijke risicofactoren gemeen hebben, zoals tabaksgebruik, luchtverontreiniging en sociaal-economische achterstand; onderstreept dat COPD de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit en ziekenhuisopnames aanzienlijk doet toenemen;
99. merkt op dat aortische ziekten, waaronder aneurysma's van de aorta en dissectie van de aorta, ernstige en vaak onvoldoende gediagnosticeerde cardiovasculaire aandoeningen zijn die nauw verband houden met een hoge bloeddruk, roken, genetische aandoeningen en het ouder worden; benadrukt dat het niet tijdig opsporen van aortische ziekten in verband wordt gebracht met een hoge mortaliteit en vermijdbare spoedeisende interventies; dringt aan op vergroting van het bewustzijn en tijdige diagnose van en passende doorverwijzingstrajecten voor aortische ziekten in het kader van strategieën voor cardiovasculaire preventie, vroegtijdige opsporing en langdurige zorg;
100. wijst op metabole disfunctie-geassocieerde steatotische leverziekte als veelvoorkomende maar vaak niet onderkende comorbiditeit bij mensen met hart- en vaatziekten, diabetes en obesitas; onderstreept dat metabole disfunctie-geassocieerde steatotische leverziekte, met name in combinatie met leverfibrose, een onafhankelijke voorspellende variabele is van myocardinfarcten, beroertes en hartfalen, en dat deze

ziekte bij mensen met diabetes type 2 tot een verviervoudiging van het risico op hart- en vaatziekten kan leiden;

101. verzoekt de Commissie ervoor te zorgen dat de komende aanbeveling van de Raad betreffende gepersonaliseerde behandeling en monitoring van hart- en vaatziekten de lidstaten duidelijke richtsnoeren biedt voor de ontwikkeling van geïntegreerde preventie- en ziektebeheerprogramma's waarin diabetes- en obesitaszorg, met inbegrip van gewichtsbeheersing, worden opgenomen in protocollen voor preventie van hart- en vaatziekten;
102. benadrukt dat chronische inflammatoire huidziekten, waaronder psoriasis, atopisch eczeem en acne, in verband worden gebracht met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en cerebrovasculaire ziekten als gevolg van gedeelde systemische inflammatoire mechanismen; onderstreept het belang van de integratie van cardiovasculaire risicobeoordelingen in zorgtrajecten op het gebied van dermatologie;
103. benadrukt dat cardiomyopathieën, als heterogene groep van vaak erfelijke hartspierziekten, mensen van alle leeftijden kunnen treffen en een belangrijke oorzaak zijn van hartfalen, hartritmestoornissen, beroertes en plotse hartdood; benadrukt dat cardiomyopathieën nog steeds onvoldoende gediagnosticeerd worden en vaak pas na ernstige of levensbedreigende gebeurtenissen worden vastgesteld;
104. benadrukt dat zeldzame hart- en vaatziekten bij kinderen een belangrijke oorzaak van morbiditeit vormen; benadrukt dat late diagnoses en gefragmenteerde zorg tijdens de kindertijd kunnen leiden tot vermijdbare complicaties, handicaps en vroegtijdige sterfte gedurende de hele levensloop; verzoekt de Commissie en de lidstaten om vroegtijdige opsporing, gespecialiseerde doorverwijzingstrajecten voor kinderen en de naadloze overgang van pediatrie naar zorg voor volwassenen te versterken, onder meer via Europese referentienetwerken;
105. wijst op de toenemende last van hartfalen en andere chronische hartziekten die verband houden met de vergrijzing van de bevolking; benadrukt dat vroegtijdige diagnose, continuïteit van de zorg en toegang tot multidisciplinaire gezondheidszorgteams van essentieel belang zijn om de levenskwaliteit te verbeteren, vermijdbare ziekenhuisopnames te verminderen en het ziektebeheer op lange termijn te versterken;
106. onderstreept dat mensen met hart- en vaatziekten en daarnaast bestaande chronische aandoeningen vaak gefragmenteerde en slecht gecoördineerde zorg krijgen, ook wat betreft immunisatiediensten, wat leidt tot een late diagnose, inconsistente behandeling en vermijdbare complicaties;
107. benadrukt dat voor een doeltreffende aanpak van hart- en vaatziekten en aanverwante comorbiditeiten de gezondheidszorgstelsels moeten overstappen van verkokerde benaderingen naar geïntegreerde preventie en zorg, teneinde de resultaten te verbeteren, het gebruik van middelen te optimaliseren en het klinisch beheer te versterken door middel van EU-financiering, grensoverschrijdende samenwerking, opleidingen en de uitwisseling van beste praktijken;
108. benadrukt dat de competenties van gezondheidswerkers om hart- en vaatziekten tegelijk met daarnaast bestaande chronische aandoeningen te behandelen, moeten worden

versterkt; verzoekt de lidstaten te zorgen voor opleiding op het gebied van uitgebreide risicobeoordeling, medicatiebeheer en gedeelde besluitvorming voor eerstelijnszorgverleners;

109. dringt aan op de ontwikkeling van geïntegreerde, persoonsgerichte zorgtrajecten voor mensen met hart- en vaatziekten en daarnaast bestaande chronische aandoeningen, waarbij de coördinatie tussen eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg en gemeenschapsdiensten wordt gewaarborgd en de continuïteit van de zorg in de loop der tijd op het niveau van de lidstaten en de EU wordt ondersteund;

VI. Ongelijkheden verminderen

110. benadrukt dat de last van hart- en vaatziekten en andere belangrijke niet-overdraagbare ziekten ongelijk verdeeld is over en binnen de lidstaten, wat leidt tot hardnekkige ongelijkheden op het gebied van morbiditeit, mortaliteit en levenskwaliteit; onderstreept dat deze verschillen nauw samenhangen met sociaal-economische status, locatie, geslacht, leeftijd, toegang tot gezondheidszorg, betaalbaar gezond voedsel, veilige en toegankelijke ruimten voor lichaamsbeweging en de beschikbaarheid van gezondheidsbevordering en preventieve voorlichting;
111. verzoekt de Commissie en de lidstaten om, binnen hun respectieve bevoegdheden, de vermindering van ongelijkheden op het gebied van cardiovasculaire gezondheid tot een meetbare doelstelling van het gezondheidsbeleid van de EU te maken en is daarom ingenomen met het vlaggenschipinitiatief van de Commissie om een EU-dashbord voor ongelijkheden op het gebied van cardiovasculaire gezondheid te ontwikkelen, naar het voorbeeld van het Europees register voor ongelijkheden bij kanker; benadrukt dat een dergelijk dashboard gebaseerd moet zijn op actuele, vergelijkbare en uitgesplitste gegevens die door de lidstaten worden verstrekt, en verder moet gaan dan de belangrijkste gezondheidsresultaten, door systematisch toezicht te houden op de uitvoering van maatregelen die gericht zijn op sociale en ecologische gezondheidsdeterminanten, teneinde te zorgen voor verantwoordingsplicht, empirisch onderbouwde beleidsvorming en transparante voortgangsbewaking bij het terugdringen van ongelijkheden op het gebied van cardiovasculaire gezondheid in de hele EU; benadrukt dat de verzamelde gegevens ook tot uiting moeten komen in de “State of Health in the EU”-verslagen en de gezondheidsprofielen per land, en moeten worden meegenomen bij het opstellen van de aanbevelingen voor de lidstaten in het kader van het Europees Semester; onderstreept dat transparante en gestandaardiseerde verslaglegging het makkelijker zal maken om lidstaten met elkaar te vergelijken en de doelstelling van de EU om de last van hart- en vaatziekten te verminderen, zal ondersteunen;

ONVOLDOENDE DIAGNOSE BIJ VROUWEN EN DE GENDERKLOOF

112. benadrukt dat hart- en vaatziekten bij vrouwen vaak onvoldoende en te laat of verkeerd worden gediagnosticeerd als gevolg van genderspecifieke risicofactoren, hardnekkige gendervooroordelen, atypische symptomen, en verouderde diagnostische criteria, waarbij vrouwen met type 1-diabetes op jongere leeftijd tot een vertienvoudiging van het risico op vroegtijdige hart- en vaatziekten lopen; dringt erop aan gezondheidswerkers systematisch op te leiden om genderspecifieke cardiovasculaire

symptomen beter te begrijpen en te herkennen en vertragingen bij de diagnose, die de morbiditeit en mortaliteit doen toenemen, te verminderen; onderstreept dat het belangrijk is de opsporing en het beheer van aangeboren hartziekten bij vrouwen te verbeteren en cardiovasculaire screening en monitoring tijdens de zwangerschap en de perinatale periode te versterken om risico's in een vroeg stadium vast te stellen;

113. benadrukt dat vrouwen met diabetes en andere stofwisselingsziekten gemiddeld tot 4,5 jaar later worden gediagnosticeerd dan mannen; benadrukt dat deze vertraging van de diagnose het risico van vrouwen op cardiovasculaire sterfte met ongeveer 30 % verhoogt⁴⁷; benadrukt dat een late diagnose leidt tot vertraagde toegang tot tijdige en passende zorg, waardoor het risico op cardiovasculaire complicaties verder toeneemt en de bestaande ongelijkheden met betrekking tot de cardiovasculaire gezondheid van vrouwen worden verergerd;
114. verzoekt de Commissie en de lidstaten een genderresponsieve aanpak te integreren in het beleid inzake cardiovasculaire gezondheid op het gebied van preventie, vroegtijdige opsporing, diagnose, behandeling en revalidatie, onder meer door middel van gerichte bewustmakingscampagnes over de genderverschillen op het gebied van hart- en vaatziekten, de atypische symptomen waarmee vrouwen worden geconfronteerd op het gebied van cardiovasculaire gezondheid, en over toegang tot beoordelingen van cardiovasculaire risico's voor vrouwen gedurende de hele levensloop; roept de Commissie en de lidstaten er voorts toe op genderspecifieke diagnostische protocollen te institutionaliseren; dringt aan op de uitvoering van klinische opleiding voor gezondheidswerkers over genderspecifieke verschillen in pathofysiologie en behandelingsreacties;
115. verzoekt de Commissie en de lidstaten vrouwspecifieke aandoeningen op te nemen in de beoordeling en het beheer van cardiovasculaire risico's als onderdeel van de standaardzorg voor de hierdoor getroffen vrouwen; dringt erop aan toezicht te houden op cardiovasculaire risicofactoren die alleen voor vrouwen gelden, zoals vroegtijdige menopauze, ongeacht of deze zich natuurlijk voordoet of kunstmatig is opgewekt, het gebruik van orale anticonceptiemiddelen, langdurige blootstelling aan endogeen oestrogeen, polycysteus ovarium syndroom, endometriose, zwangerschapsdiabetes, en hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap, die allemaal specifiek moeten worden aangepakt; wijst erop dat ook vroeggeboorten een risicofactor vormen voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, aangezien zij wijzen op placenta-insufficiëntie en een verstoorde endotheelfunctie; wijst op het verhoogde cardiovasculaire risico bij transgendervrouwen die hormoontherapie hebben ondergaan; dringt aan op de systematische integratie van de reproductieve geschiedenis en van levensloopfactoren, met inbegrip van de leeftijd op het moment van de eerste menstruatie, onvruchtbaarheid, ongunstige zwangerschapsuitkomsten, borstvoedingsgeschiedenis en het begin van de perimenopauze, in de beoordeling en het beheer van cardiovasculaire risico's als onderdeel van de standaardzorg voor vrouwen;
116. verzoekt de Commissie genderbewuste klinische richtsnoeren te publiceren en strengere vereisten te introduceren voor de inclusie van vrouwen in door de overheid gefinancierd

⁴⁷ Ballotari, P., Ranieri, S.C., Luberto, F., Caroli, S., Greci, M. et al., "Sex differences in cardiovascular mortality in diabetics and nondiabetic subjects: a population-based study (Italy)", *International Journal of Endocrinology*, 2015, <https://doi.org/10.1155/2015/914057>.

cardiovasculair onderzoek; verzoekt de Commissie naar gender uitgesplitste gegevensverzameling, -analyse en -rapportage in alle door de EU gefinancierde cardiovasculaire onderzoeken, programma's en initiatieven op het gebied van digitale gezondheid, verplicht te stellen, met als doel lacunes in de diagnostiek systematisch in kaart te brengen en gendervooroordelen in de cardiovasculaire zorg weg te nemen;

117. benadrukt dat reproductieve gezondheid en gezondheid van moeders onlosmakelijk verbonden zijn met cardiovasculaire gezondheid en roept op tot een ommekeer in de chronische onderinvestering in onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen, waaronder reproductieve en gynaecologische kwesties en kwesties inzake de gezondheid van moeders;
118. benadrukt dat de ondervertegenwoordiging van vrouwen in cardiovasculair onderzoek en klinische proeven dringend moet worden aangepakt door duidelijke strategieën op te nemen om de gendergelijkheid in de opzet van studies, aanwerving en analyses te verbeteren, met inbegrip van naar gender uitgesplitste rapportage en een passende vertegenwoordiging van vrouwen in alle leeftijdsgroepen en levensfasen; verzoekt voorts dat alle vergunningen voor medische hulpmiddelen op het gebied van interventiecardiologie en elektrofysiologie gebaseerd zijn op naar gender uitgesplitste gegevens; dringt aan op voldoende financiering voor genderspecifiek cardiovasculair onderzoek, met inbegrip van onderzoek naar vrouwspecifieke risicofactoren in verband met zwangerschap, menopauze en hormonale invloeden; benadrukt dat onderzoeks- en preventiestrategieën inzake cardiovasculaire symptomatologie, ziekteprogressie en behandelingsreacties van vrouwen moeten worden uitgebreid, onder meer voor aangeboren en zwangerschapsgerelateerde hartaandoeningen, teneinde empirisch onderbouwde, genderresponsieve zorg te waarborgen en om als input te dienen voor de ontwikkeling van nieuwe gezondheidstechnologieën;
119. verzoekt de lidstaten ervoor te zorgen dat in de diensten voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg routinematige screening wordt opgenomen op infectieziekten die hartaandoeningen veroorzaken, voor alle vrouwen in de reproductieve leeftijd, waaronder zwangere vrouwen; benadrukt dat dergelijke maatregelen bijdragen tot het voorkomen van de ontwikkeling van ernstige hartziekten en tot het onderbreken van de verticale overdracht van infecties;

SOCIALE EN REGIONALE ONGELIJKHEDEN

120. benadrukt dat bij maatregelen ter vermindering van hart- en vaatziekten en andere, daaraan verwante niet-overdraagbare ziekten, uitdrukkelijk sociale en regionale ongelijkheden moeten worden aangepakt, zoals verschillen tussen stedelijke en plattelandsgebieden, met inbegrip van medische woestijnen, en verschillen tussen kwetsbare en gemarginaliseerde groepen zoals mensen die in armoede leven, mensen die hebben gewoond in gebieden waar infectieziekten die tot hart- en vaatziekten leiden endemisch zijn en mensen met onzekere banen; dringt aan op gerichte, gemeenschapsgebaseerde en door de eerstelijnszorg geleide ingrepen om gelijke toegang tot preventie, vroegtijdige opsporing en zorg te waarborgen, onder meer door middel van maatregelen die de toegang tot betaalbaar gezond voedsel, veilige en toegankelijke omgevingen voor lichaamsbeweging en gerichte voorlichting op het gebied van gezondheid en preventie verbeteren; benadrukt dat een beperkte dekking van

de ziektekostenverzekering ertoe kan leiden dat kwetsbare groepen geen toegang krijgen tot cardiovasculaire preventie en behandeling;

121. benadrukt dat solidariteit tussen de lidstaten van essentieel belang is om hart- en vaatziekten aan te pakken, met name in de context van grensoverschrijdende gezondheidszorg en de mobiliteit van gezondheidswerkers; verzoekt de lidstaten de doeltreffende uitvoering van het EU-kader voor grensoverschrijdende gezondheidszorg te versterken, teneinde patiënten in staat te stellen in andere lidstaten toegang te krijgen tot behandelingen en chirurgische ingrepen wanneer deze zorg niet tijdig in de lidstaat waarin zij wonen kan worden verleend;
122. roept op tot samenwerking met kandidaat-lidstaten en potentiële kandidaat-lidstaten om de ontwikkeling van interoperabele systemen voor toezicht op hart- en vaatziekten en hartstilstanden, registers en opleidingsnormen te ondersteunen, in overeenstemming met de EU-regels inzake gegevensbescherming en erkende Europese en internationale wetenschappelijke kaders, ter verbetering van de paraatheid, vergelijkbaarheid en langetermijnintegratie in gezondheidsinitiatieven van de EU;
123. dringt erop aan dat EU-financiering strategisch worden gebruikt om ongelijkheden op het gebied van cardiovasculaire gezondheid te verminderen, onder meer door te investeren in preventieprogramma's, zoals immunisatie, infrastructuur voor screening in de gezondheidszorg en de personeelscapaciteit in de gezondheidszorg in achtergestelde gebieden, en om de capaciteit voor eerstelijnszorg en revalidatie te versterken, met name in gemeenschappen zoals die in plattelands- of achtergestelde regio's; benadrukt dat het terugdringen van cardiovasculaire ongelijkheden ook afhangt van de administratieve capaciteit van de lidstaten om investeringen op te zetten en uit te voeren; dringt aan op meer technische bijstand, de uitwisseling van beste praktijken en betere toegang tot EU-financiering voor gebieden met aanhoudende lacunes op het gebied van gezondheid en infrastructuur;
124. verzoekt de Commissie een EU-missie op het gebied van preventie en ongelijkheid op het gebied van hart- en vaatziekten op te zetten, in het kader waarvan een speciale taskforce op EU-niveau van overheidsinstanties, wetenschappelijke deskundigen, het maatschappelijk middenveld en relevante actoren uit de sector moet worden samengebracht, in samenwerking met de relevante EU-organen, om de lidstaten te ondersteunen met gegevens, een gestructureerde dialoog te bevorderen, bewijsmateriaal te delen en empirisch onderbouwde aanbevelingen te doen teneinde de ontwikkeling en uitvoering van doeltreffende en verantwoorde maatregelen ter verbetering van de cardiovasculaire gezondheid te bevorderen en ongelijkheden weg te werken;

VII. Digitale gezondheid, gegevens en AI

125. steunt het verantwoordelijke gebruik van digitale tools, telegeneeskunde, draagbare apparaten en gegevensgestuurde oplossingen voor cardiovasculaire preventie, vroegtijdige opsporing, diagnose, zorg en revalidatie, waar deze een aanvulling vormen op persoonlijke zorg; benadrukt dat digitalisering de continuïteit van de zorg, de klinische besluitvorming en de inspraak van patiënten moet versterken — met volledige inachtneming van de rechten van patiënten, waaronder geïnformeerde toestemming, privacy, gegevensbescherming en eerlijke toegang tot zorg — en de versnippering van

diensten niet mag doen toenemen en de gezondheidszorgstelsels niet mag ontslaan van hun verantwoordelijkheden; erkent het potentieel van digitale tools en AI om de toegang tot zorg in landelijke of afgelegen gebieden te verbeteren; wijst op de rol van toegankelijk, betaalbare en gebruiksvriendelijke medische hulpmiddelen en instrumenten voor monitoring op afstand bij secundaire preventie; benadrukt dat de digitale en gezondheidsgeletterdheid van de bevolking moet worden verbeterd en dat digitale uitsluiting moet worden voorkomen, waarbij ervoor moet worden gezorgd dat patiënten nooit worden benadeeld door hun leeftijd, sociaal-economische status of digitale vaardigheden; wijst op het potentieel van geïntegreerde digitale gezondheidsoplossingen, met inbegrip van patiëntgerichte instrumenten en toepassingen, ter aanvulling van preventie, monitoring en langetermijnbeheer van hart- en vaatziekten, terwijl de autonomie en keuze van patiënten worden gewaarborgd; merkt op dat ervaringen met door de EU ondersteunde projecten voor digitale kankerzorg en overlevenden van kanker kunnen helpen om synergieën, schaalbaarheid en inspraak van patiënten op alle ziektegebieden zichtbaar te maken;

126. verzoekt de lidstaten na te gaan hoe digitale instrumenten en AI op een passende en veilige manier de kwaliteit van de nationale gezondheidszorgstelsels kunnen verbeteren; dringt erop aan dat in voorkomend geval gebruik wordt gemaakt van financieringsmaatregelen van de EU om het gebruik van dergelijke instrumenten te ondersteunen; benadrukt dat de grootste uitdaging op het gebied van digitale en op AI gebaseerde cardiovasculaire innovatie niet het gebrek aan technologieën is, maar de aanhoudende kloof tussen proefprojecten en de uitvoering in de praktijk en het garanderen van het ethische gebruik ervan; verzoekt de Commissie en de lidstaten prioriteit te geven aan de voorzichtige, empirisch onderbouwde integratie van bewezen en gevalideerde digitale oplossingen in de reguliere zorgtrajecten, personeelsopleidingen en werkstromen in gezondheidszorgstelsels; verzoekt de Commissie en de lidstaten met name de facilitering en het gebruik van draagbare apparaten voor monitoring op afstand en op AI gebaseerde instrumenten bij de preventie, vroegtijdige opsporing en het beheer van hart- en vaatziekten te ondersteunen wanneer deze duidelijke klinische voordelen laten zien en de patiëntveiligheid en -rechten geëerbiedigd worden; benadrukt dat digitale en innovatieve technologieën, waaronder AI, gepersonaliseerde zorg en vroegtijdige diagnose ten goede kunnen komen, ongelijkheden op gezondheidsgebied kunnen verminderen en patiëntgerichte gezondheidszorg voor hart- en vaatziekten kunnen versterken;
127. erkent de potentiële bijdrage van moderne precisiegeneeskunde aan de bestrijding van hart- en vaatziekten door middel van op maat gesneden preventie, diagnose en behandeling, op basis van de unieke genetische omstandigheden van elk individu;
128. verzoekt de Commissie en de lidstaten de digitale competenties van gezondheidswerkers te versterken door specifieke opleidingen op het gebied van digitale cardiologie, met inbegrip van door AI ondersteunde diagnostiek, simulatie-gebaseerd leren en programma's voor digitale geletterdheid, te integreren in zowel de initiële medische opleiding als de permanente beroepsontwikkeling; benadrukt dat het van essentieel belang is om werknemers in de cardiovasculaire sector met deze vaardigheden uit te rusten om de veilige, doeltreffende en ethische inzet van opkomende digitale en AI-gestuurde instrumenten in de klinische praktijk te waarborgen;

129. benadrukt dat het mogelijk is met digitale instrumenten, mits zij op passende wijze worden beheerd, ook gezondheidszorgstelsels te ondersteunen door voortdurende bewijsvergaring, kwaliteitsverbetering en adaptieve zorgtrajecten voor alle bevolkingsgroepen mogelijk te maken;
130. dringt aan op een sterk openbaar bestuur en krachtige waarborgen, alsook op richtsnoeren en normen, voor digitale gezondheid en AI, waaronder wat betreft de privacy, ethische normen, menselijk toezicht, transparantie, verantwoordingsplicht, vereisten met betrekking tot klinisch bewijsmateriaal op basis van werkelijke en representatieve gegevens, klinische validering en toezicht na het in de handel brengen, en maatregelen om vooringenomenheid en oneigenlijk gebruik van gegevens te voorkomen;
131. dringt aan op toegankelijke, veilige en interoperabele digitale patiëntendossiers ter ondersteuning van de continuïteit van de zorg, preventiestrategieën, paraatheid op gezondheidsgebied en toezicht; dringt erop aan deze digitale patiëntendossiers te integreren in de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, die benut moeten worden voor monitoring, kwaliteitsverbetering, onderzoek en innovatie, teneinde te zorgen voor gemeenschappelijke normen en billijke deelname in alle lidstaten en grensoverschrijdende toegang mogelijk te maken, de toepassing van preventieve maatregelen te verbeteren en empirisch onderbouwde beleidsvorming te ondersteunen, met volledige inachtneming van de gegevensbescherming, de zinvolle geïnformeerde toestemming van patiënten en transparantie over het gebruik van gegevens, met doeltreffende waarborgen tegen misbruik; benadrukt dat het belangrijk is gegevens over de kwaliteit van de zorg en patiëntgerelateerde resultaten en naar leeftijd en gender uitgesplitste gegevens in deze digitale patiëntendossiers op te nemen, met specifieke vereisten voor zwangerschapsgerelateerde gezondheidsgegevens, om verschillen in ervaringen, behoeften en resultaten tussen bevolkingsgroepen vast te leggen;
132. dringt aan op een betere verzameling en vergelijkbaarheid op EU-niveau van gegevens over hart- en vaatziekten en hartaandoeningen, met inbegrip van gegevens die zijn uitgesplitst naar gender, leeftijd, sociaal-economische status, opleiding, geografie en andere relevante kenmerken; benadrukt dat hoogwaardige, volledige en representatieve gegevens van essentieel belang zijn voor een doeltreffend preventiebeleid, rechtvaardige vroegtijdige opsporing en de ontwikkeling van betrouwbare en onbevooroordeelde digitale systemen en AI-systemen;
133. roept op tot de integratie van toezicht op en registers van hart- en vaatziekten in de nationale gezondheidsinformatiesystemen aan, waarbij wordt gezorgd voor interoperabiliteit, follow-up en koppeling met relevante gegevens over risicofactoren, zorgtrajecten en resultaten; benadrukt dat registers niet alleen klinische zorg en onderzoek moeten ondersteunen, maar ook de monitoring van ongelijkheden op het gebied van toegang, kwaliteit van de zorg en gezondheidsresultaten;
134. verzoekt de Commissie de lidstaten te ondersteunen, onder meer via de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, EU4Health, Digitaal Europa en instrumenten voor technische bijstand, bij het opbouwen van de digitale, governance- en personeelscapaciteiten die nodig zijn voor de veilige, doeltreffende en billijke uitrol van digitale en op AI gebaseerde oplossingen op het gebied van cardiovasculaire

gezondheid, en tegelijkertijd digitale uitsluiting en bevolkingsspecifieke behoeften actief aan te pakken;

135. erkent dat meerdere lidstaten al over goed functionerende en ontwikkelde registers beschikken; dringt aan op de oprichting van een EU-kennishub voor cardiovasculaire gezondheid om de integratie van bestaande cardiovasculaire registers te versnellen, beste praktijken uit te wisselen en de harmonisatie en toegankelijkheid van gegevens te ondersteunen;

VIII. Onderzoek en innovatie

136. merkt op dat er, ondanks EU-investeringen in het kader van Horizon Europa en andere programma's, nog steeds sprake is van te weinig onderzoek en innovatie, alsook structurele belemmeringen op het vlak van hart- en vaatziekten, waarvoor gecoördineerde oplossingen op EU-niveau nodig zijn; onderstreept dat, ondanks de omvang van hart- en vaatziekten, de EU-financiering voor onderzoek naar hart- en vaatziekten minder dan 5 % van het totale gezondheidsonderzoek in het kader van Horizon Europa uitmaakt; dringt aan op maatregelen ter versterking van onafhankelijk cardiovasculair onderzoek in het hele continuüm, gaande van preventie en vroegtijdige opsporing tot optimalisering van de behandeling en revalidatie; dringt aan op onderzoek naar de toegang tot langdurige zorg, gemeenschapsparticipatie en ondersteuning van de levenskwaliteit voor mensen die leven met de langetermijngevolgen van hart- en vaatziekten; dringt voorts aan op specifiek onderzoek naar aangeboren, erfelijke en zeldzame cardiovasculaire aandoeningen bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen; herinnert aan de noodzaak van digitalisering van gezondheidsgegevens in de EU om AI-onderzoek te vergemakkelijken;
137. benadrukt dat innovatie op het gebied van cardiovasculaire behandelingen vertaald moet worden naar de klinische praktijk, om de doelstellingen van de EU op het gebied van preventie en zorg te ondersteunen; dringt aan op meer steun voor innovatie op het gebied van medische technologie, onder meer voor mechanismen om de vertaling naar de praktijk te versnellen, met inbegrip van proefprogramma's, implementatieonderzoek en investeringen in infrastructuur voor cardiovasculair onderzoek;
138. dringt aan op EU-financiering voor onderzoek en innovatie om interdisciplinaire en sectoroverschrijdende benaderingen beter te ondersteunen, onder meer via publiek-private partnerschappen; benadrukt dat met dit onderzoek en deze financiering onderzoek moeten worden ondersteund naar het verband tussen hart- en vaatziekten, diabetes, obesitas, metabole-disfunctie geassocieerde statotische leverziekte, nierziekten en andere comorbiditeiten, alsook naar de rol van voeding, blootstelling aan omgevingsfactoren, sociale gezondheidsdeterminanten en genderspecifieke risicofactoren;
139. stelt met klem dat door de overheid gefinancierd onderzoek een duidelijk algemeen nut moet dienen, met inbegrip van vrije toegang tot resultaten, betaalbare daaruit voortvloeiende innovaties en billijke toegang voor patiënten in alle lidstaten;
140. erkent de bijdragen van de biowetenschappelijke sector aan de versterking van de onderzoekscapaciteit van de EU op het gebied van hart- en vaatziekten en het belang ervan voor het Europese concurrentievermogen; verzoekt de lidstaten en de Commissie

samen te werken met de biowetenschappelijke sector in de EU om onderzoek en innovatie te bevorderen en daarbij publiek en particulier kapitaal te mobiliseren ter ondersteuning van onderzoek en ontwikkeling naar hart- en vaatziekten; benadrukt dat onderzoek en innovatie vertaald moeten worden naar klinisch gebruik, de overgang van onderzoek naar commercialisering voor de innovatieve biowetenschappelijke sector in de EU moeten ondersteunen en patiënten doeltreffendere behandelingen moeten bieden;

141. verzoekt de Commissie en de lidstaten steun te verlenen aan onderzoek, innovatie, productie en marketing met betrekking tot voedzame voedingsmiddelen, teneinde de kwaliteit van de voeding te verbeteren en de last van hart- en vaatziekten te verminderen;
142. verzoekt de Commissie en de lidstaten de “één gezondheid”-benadering (onderzoek, gezondheidsgegevens, preventie) centraal te stellen in het beleid inzake hart- en vaatziekten, onder meer door sectoroverschrijdende samenwerking en monitoring op het gebied van de gezondheid van mens, dier en milieu te versterken om risico's op hart- en vaatziekten in verband met cumulatieve blootstelling beter te kunnen voorkomen en verminderen; dringt aan op een ambitieuze onderzoeks- en innovatieagenda op het gebied van het exposoom, onder meer via Horizon Europa, om de gegevens over cumulatieve blootstellingen en het verband ervan met hart- en vaatziekten te verbeteren, en benadrukt dat de resultaten moeten worden omgezet in preventiegerichte beleidsvorming, in overeenstemming met de doelstellingen om alle verontreiniging tot nul terug te dringen, de uitvoering en handhaving van milieu- en gezondheidsnormen en het voorzorgsbeginsel, in voorkomend geval;
143. is ingenomen met het voorstel van de Commissie voor Europese biotechwetgeving⁴⁸; merkt op dat het bieden van meer flexibiliteit in de regelgeving, vereenvoudigde bureaucratische formaliteiten en sterke intellectuele-eigendomsrechten van essentieel belang is om verder onderzoek en innovatie in de EU te stimuleren, onder meer op het gebied van hart- en vaatziekten;
144. roept op tot versterkte samenwerking tussen de lidstaten op het gebied van de klinische evaluatie van nieuwe gezondheidstechnologieën op basis van de EU-verordening betreffende de evaluatie van gezondheidstechnologie⁴⁹, met name voor medische hulpmiddelen met een hoog risico en implanteerbare hulpmiddelen die zijn ontworpen voor de behandeling van hart- en vaatziekten;
145. onderstreept dat meer investeringen in kosteneffectief onderzoek op het gebied van volksgezondheid en preventie een aanzienlijk potentieel hebben om de incidentie van hart- en vaatziekten te verminderen, het ontstaan van ziekten uit te stellen en complicaties te voorkomen; benadrukt dat preventiegericht onderzoek structureel te weinig prioriteit krijgt in vergelijking met therapeutische innovatie, ondanks het hoge

⁴⁸ Voorstel van de Commissie van 16 december 2025 voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van een kader van maatregelen ter versterking van de sectoren biotechnologie en biofabricage van de Unie, met name op het gebied van gezondheid, en tot wijziging van de Verordeningen (EG) nr. 178/2002, (EG) nr. 1394/2007, (EU) nr. 536/2014, (EU) 2019/6, (EU) 2024/795 en (EU) 2024/1938 (Europese biotechwetgeving) (COM(2025)1022).

⁴⁹ Verordening (EU) 2021/2282 van het Europees Parlement en de Raad van 15 december 2021 betreffende de evaluatie van gezondheidstechnologie en tot wijziging van Richtlijn 2011/24/EU (PB L 458 van 22.12.2021, blz. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj>).

rendement ervan in de samenleving, de economie en de gezondheidszorg;

146. verzoekt de Commissie om, in samenwerking met de lidstaten en relevante belanghebbenden, een coherente EU-routekaart voor cardiovasculair onderzoek en innovatie te ontwikkelen die financieringsinstrumenten op elkaar afstemt, versnippering vermindert, on vervulde behoeften in het volledige ziektecontinuüm aanpakt en de vertaling van onderzoek naar preventie, diagnose, zorg en revalidatie versnelt, en tegelijkertijd bestaande initiatieven, zoals het initiatief voor innovatieve gezondheidszorg en partnerschappen in het kader van Horizon Europa, aanvult;

IX. Governance, uitvoering en financiering

147. verzoekt alle lidstaten nationale plannen voor cardiovasculaire gezondheid te ontwikkelen of bij te werken, waarin er aandacht moet zijn voor preventie, vroegtijdige opsporing, behandeling, revalidatie en langdurige zorg, alsmede alle belangrijke risicofactoren en die in overeenstemming moeten zijn met het plan voor een veilig hart, de doelstellingen van de EU en internationale verbintenissen, waaronder de politieke verklaring van de vierde bijeenkomst op hoog niveau van de Algemene Vergadering inzake de preventie en beheersing van niet-overdraagbare ziekten en de bevordering van geestelijke gezondheid en welzijn, en de mondiale gezondheidsstrategie van de EU; benadrukt dat dergelijke plannen een gestructureerde samenwerking tussen overheidsinstanties, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en verantwoordelijke partners uit de particuliere sector moeten stimuleren, met duidelijke governance-, transparantie- en verantwoordingsmechanismen;
148. verzoekt de Commissie richtsnoeren te ontwikkelen, onder meer voor de vaststelling en uitwisseling van beste praktijken, om de lidstaten te ondersteunen bij het ontwerpen en uitvoeren van doeltreffende, empirisch onderbouwde maatregelen ter bevordering van de deelname aan preventieve gezondheidsdiensten en screeningprogramma's;
149. verzoekt de Commissie de lidstaten te ondersteunen bij de ontwikkeling en uitvoering van nationale plannen voor cardiovasculaire gezondheid door middel van richtsnoeren op EU-niveau, passende financiering, de uitwisseling van beste praktijken en technische bijstand, en de coördinatie tussen nationale strategieën te vergemakkelijken om de verschillen in cardiovasculaire resultaten in de EU te helpen verminderen;
150. verzoekt de Commissie een routekaart voor de uitvoering van het plan voor een veilig hart te ontwikkelen, op basis van een duidelijk en sterk politiek engagement, ter ondersteuning van innovatie en vlaggenschipinitiatieven in de lidstaten en op EU-niveau;
151. benadrukt dat voor doeltreffende preventie, paraatheid en zorg en effectief onderzoek met betrekking tot hart- en vaatziekten adequate, gerichte, stabiele en langdurige overheidsfinanciering van de EU vanuit alle relevante EU-programma's nodig is; onderstreept dat cardiovasculaire gezondheid een publiek goed is en dat toereikende financiering het mogelijk moet maken preventie, paraatheid en billijkheid in de hele EU te versterken, met inbegrip van steun om belemmeringen voor de toegang tot diagnostiek, betaalbare geneesmiddelen, medische interventies en behandelingen terug te dringen; dringt erop aan een genderdimensie te integreren in EU-financiering, gegevensverzameling en onderzoek, met inbegrip van gerichte steun voor innovatie die

gericht is op de specifieke cardiovasculaire risico's en zorgtrajecten voor vrouwen;

152. verzoekt de Commissie duidelijke en alomvattende streefdoelen, indicatoren en mijlpalen vast te stellen voor de beperking en beheersing van cardiovasculaire risico's, met inbegrip van een doeltreffend beheer van belangrijke risicofactoren en comorbiditeiten; pleit voor transparante monitoring en regelmatige openbare verslaglegging, waaronder over billijkheidsdoelstellingen en gerichte maatregelen voor groepen met een hoog risico en achtergestelde groepen, en pleit voor duidelijke doelstellingen om de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten terug te dringen;
153. benadrukt dat in de nationale plannen voor cardiovasculaire gezondheid uitdrukkelijk aandacht moet uitgaan naar ongelijkheden op gezondheidsgebied door billijkheidsdoelstellingen en gerichte maatregelen op te nemen voor bevolkingsgroepen met een hoger risico;
154. verzoekt de Commissie gegevens over cardiovasculaire gezondheid, de determinanten daarvan en de houding van het publiek op te nemen in de Eurobarometer-enquêtes en -statistieken;
155. pleit voor evaluatie en verantwoordingsplicht; verbindt zich er in dat verband toe een uitvoeringsstudie uit te voeren waarin de voortgang, samenhang en doeltreffendheid van het plan voor een veilig hart in alle lidstaten worden beoordeeld, waarbij bijzondere aandacht uitgaat naar preventie, gelijke toegang, vroegtijdige opsporing en maatregelen met betrekking tot sociale en ecologische gezondheidsdeterminanten; verzoekt de Commissie tegelijkertijd uiterlijk vier jaar na de goedkeuring van het EU-plan voor cardiovasculaire gezondheid een evaluatieverslag over de uitvoering ervan in te dienen, waarin de vooruitgang ten opzichte van de gestelde doelstellingen wordt beoordeeld, lacunes en belemmeringen voor de uitvoering in kaart worden gebracht en waar nodig oplossingen worden voorgesteld, teneinde verantwoordingsplicht, transparantie en voortdurende verbetering te waarborgen; verzoekt de Commissie de situatie voortdurend te monitoren en na het eerste verslag regelmatig evaluatieverslagen in te dienen;

X. Internationale dimensie

156. benadrukt dat de rol van de EU in het mondiale optreden op het gebied van hart- en vaatziekten en niet-overdraagbare ziekten moet stroken met de mondiale gezondheidsstrategie van de EU en de politieke verklaring van de vierde bijeenkomst op hoog niveau van de Algemene Vergadering inzake de preventie en bestrijding van niet-overdraagbare ziekten en de bevordering van geestelijke gezondheid en welzijn; onderstreept dat hiermee de versterking van de stelsels voor preventie, paraatheid en zorg op het gebied van hart- en vaatziekten moet worden ondersteund, teneinde de veerkracht te vergroten;
157. benadrukt dat de rol van de EU in het mondiale optreden ook versterkte samenwerking met kandidaat-lidstaten en potentiële kandidaat-lidstaten moet omvatten, ter versterking van de preventie-, paraatheids- en zorgstelsels voor hart- en vaatziekten teneinde de veerkracht te vergroten en de geleidelijke afstemming op de EU-doelstellingen en -normen te vergemakkelijken; benadrukt dat een dergelijke samenwerking de deelname aan gezondheidsprogramma's van de EU, grensoverschrijdende projecten en technische

bijstand kan omvatten, die gericht is op het versterken van gezondheidszorgstelsels en het verminderen van cardiovasculaire sterfte;

158. benadrukt dat sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten wereldwijd een belangrijke oorzaak is van vroegtijdige sterfte als gevolg van niet-overdraagbare ziekten en dat het terugdringen van cardiovasculaire sterfte van essentieel belang is om duurzameontwikkelingsdoelstelling 3.4 tegen 2030 te verwezenlijken; onderstreept dat de EU zich inzet om, in overeenstemming met haar doelstellingen voor extern optreden, actief bij te dragen aan de wereldwijde inspanningen om de last van hart- en vaatziekten te verminderen door middel van preventie, vroegtijdige opsporing en versterking van de gezondheidszorgstelsels; dringt daarom aan op afstemming van het interne en externe beleid, met inbegrip van het in aanmerking nemen van bevolkingsgroepen in lage- en middeninkomenslanden bij onderzoeksactiviteiten betreffende de aanpak van hart- en vaatziekten en aanverwante risicofactoren, waaronder ongunstige zwangerschapsuitkomsten, gezien de hoge last in verband met moedersterfte;
159. dringt erop aan het optreden van de EU op het gebied van cardiovasculaire gezondheid af te stemmen op internationale kaders en verbintenissen, waaronder strategieën en actieplannen die zijn ontwikkeld door de WHO, teneinde beleidscoherentie, vergelijkbaarheid van gegevens, wederzijds leren en de uitwisseling van beste praktijken tussen de EU, buurlanden en mondiale partners te bevorderen; moedigt de Commissie en de lidstaten verder aan de samenwerking met relevante internationale organisaties en partners te versterken om de preventie van hart- en vaatziekten, toezicht, samenwerking op het gebied van onderzoek en de veerkracht van gezondheidszorgstelsels wereldwijd te ondersteunen;
-
- ◦
160. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad, de Commissie en de regeringen en parlementen van de lidstaten.

TOELICHTING

Hart- en vaatziekten blijven de belangrijkste doodsoorzaak in de Europese Unie, zijn verantwoordelijk voor ongeveer 1,7 miljoen sterfgevallen per jaar en brengen een economische last van naar schatting 282 miljard EUR per jaar met zich mee in de vorm van gezondheidszorgkosten, productiviteitsverlies en bredere sociale gevolgen. Ondanks grote vorderingen op het gebied van medische kennis en behandeling is de vooruitgang bij het terugdringen van sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten ongelijk en ontoereikend in de Unie. De last van hart- en vaatziekten kan grotendeels worden voorkomen, aangezien de meeste cardiovasculaire sterfgevallen toe te schrijven zijn aan beïnvloedbare risicofactoren zoals tabaksgebruik, schadelijk alcoholgebruik, ongezonde voedingspatronen, gebrek aan lichaamsbeweging en blootstelling aan omgevingsfactoren. Desondanks ligt slechts een beperkt aantal lidstaten op schema om de overeengekomen mondiale doelstellingen te halen. Tegelijkertijd zal de vergrijzing, in combinatie met de voortdurende blootstelling aan deze risicofactoren, de ziektelast naar verwachting verder doen toenemen als er geen aanhoudende maatregelen gedurende de hele levensloop worden genomen. Deze resolutie is een reactie op het Europees plan voor cardiovasculaire gezondheid⁵⁰, het “plan voor een veilig hart” dat de Europese Commissie op 16 december 2025 heeft gepubliceerd, en bevat het standpunt van het Europees Parlement over de prioriteiten, de uitvoering en de governance ervan.

Cardiovasculaire gezondheid hangt af van een breed scala aan factoren die veel verder reiken dan de gezondheidszorgstelsels. Sociale, economische, ecologische en commerciële determinanten hebben een doorslaggevende invloed op cardiovasculaire risico's en gezondheidsresultaten gedurende de hele levensloop. Inkomensongelijkheid, onzekere werkgelegenheid, opleidingsniveau, huisvestingsomstandigheden, luchtverontreiniging, geluidshinder en klimaatgerelateerde risico's dragen allemaal aanzienlijk bij tot vermijdbare cardiovasculaire schade in de Europese Unie. In de resolutie wordt deze complexiteit erkend en wordt de preventie van hart- en vaatziekten geplaatst binnen een breder beleidskader dat meerdere sectoren en bestuursniveaus omvat.

Hardnekkige ongelijkheden op het gebied van cardiovasculaire gezondheid blijven een grote uitdaging. Verschillen in ziekte- en sterftecijfers tussen en binnen de lidstaten weerspiegelen verschillen in inkomen, onderwijs, geografische locatie en toegang tot gezondheidszorg. Vooral de genderongelijkheid is uitgesproken: vrouwen hebben nog steeds te maken met de late diagnose en onderbehandeling van cardiovasculaire aandoeningen, deels als gevolg van historische vooroordelen in onderzoek, diagnostische criteria en klinische praktijken. Deze structurele factoren blijven van invloed op de resultaten en onderstrepen hoe belangrijk rechtvaardigheid is als horizontale dimensie van het beleid inzake cardiovasculaire gezondheid.

Vroegtijdige opsporing en sterke eerstelijnszorg zijn van essentieel belang om vermijdbare complicaties terug te dringen en de langetermijnprognose te verbeteren. In de eerstelijnszorg risicogebaseerde benaderingen toepassen, ondersteund door doeltreffende doorverwijzings- en follow-uptrajecten, maakt een tijdige diagnose mogelijk en helpt tegelijkertijd onnodige of laagwaardige interventies te voorkomen. Tegelijkertijd zetten de vergrijzing en de

⁵⁰ https://health.ec.europa.eu/document/download/dfb60cde-21a5-426d-8616-e394a326abc2_en?filename=ncd_com-2025-1024_act_en.pdf

toenemende multimorbiditeit de gezondheidszorgstelsels steeds meer onder druk, wat het belang van geïntegreerde, patiëntgerichte en multidisciplinaire zorgmodellen onderstreept. Technologieën, gegevens en onderzoek op het vlak van digitale gezondheid bieden belangrijke mogelijkheden om toezicht, kwaliteitsverbetering en innovatie op het gebied van cardiovasculaire zorg te ondersteunen. Het doeltreffende gebruik daarvan staat of valt met robuuste governancekaders, interoperabiliteit en passende waarborgen om transparantie, verantwoordingsplicht en billijke toegang te waarborgen. In dit verband zijn duurzame financiering, duidelijke monitoringmechanismen en samenhang met internationale verbintenissen van essentieel belang om innovatie om te zetten in tastbare voordelen voor de volksgezondheid.

Al met al heeft de in dit verband uiteengezette aanpak tot doel bij te dragen tot een samenhangender en billijker Europees antwoord op hart- en vaatziekten. Door de uitvoering van het Europees plan voor cardiovasculaire gezondheid te ondersteunen, wordt het belang onderstreept van preventie, vroegtijdige interventie en sectoroverschrijdende actie om vermijdbare cardiovasculaire lasten te verminderen en de levenskwaliteit in de hele Europese Unie te verbeteren.

BIJLAGE: BEKENDMAKING VAN INPUT

De rapporteur verklaart onder haar exclusieve verantwoordelijkheid geen input in het verslag te hebben opgenomen van belangenvertegenwoordigers die binnen het toepassingsgebied van het Interinstitutioneel Akkoord over een verplicht transparantieregister⁵¹ vallen of van vertegenwoordigers van overheidsinstanties van derde landen, met inbegrip van hun diplomatieke vertegenwoordigingen en ambassades, die overeenkomstig artikel 8 van bijlage I bij het Reglement in deze bijlage moeten worden vermeld.

⁵¹ Interinstitutioneel Akkoord van 20 mei 2021 tussen het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie en de Europese Commissie over een verplicht transparantieregister (PB L 207 van 11.6.2021, blz. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinst/2021/611/oj).

INFORMATIE OVER DE GOEDKEURING IN DE BEVOEGDE COMMISSIE

Datum goedkeuring	24.6.2026	
Uitslag eindstemming	+: 38	
	–: 2	
	0: 1	

HOOFDELIJKE EINDSTEMMING IN DE BEVOEGDE COMMISSIE

38	+
ECR	Carlo Ciccioi, Emmanouil Fragkos, Michele Picaro, Ruggero Razza, Aurelijus Veryga
NI	Monika Beňová, Kateřina Konečná
PPE	Hildegard Bentele, Michalis Hadjipantela, Sérgio Humberto, Adam Jarubas, Marie-Sophie Lanig, Letizia Moratti, Elena Nevado del Campo, Jessica Polfjärd, Manuela Ripa, Oliver Schenk, Tomislav Sokol
PfE	Laurent Castillo, Valérie Deloge, Viktória Ferenc, Tomáš Kubín
Renew	Stine Bosse, Veronika Cifrová Ostrihoňová, Jérémy Decerle
S&D	Vytėnis Povilas Andriukaitis, Christophe Clergeau, Nicolás González Casares, Romana Jerković, Victor Negrescu, Nikos Papandreou, Günther Sidl, Tiemo Wölken
The Left	Catarina Martins, Dario Tamburrano
Verts/ALE	Martin Häusling, Ignazio Roberto Marino, Tilly Metz

2	-
ESN	Christine Anderson
PfE	Gerald Hauser

1	0
The Left	Sebastian Everding

Verklaring van de gebruikte tekens:

+ : voor

- : tegen

0 : onthouding(en)