C/2025/5142

28.10.2025 г.

Становище на Европейския икономически и социален комитет

Борба с неравенствата в достъпа на хората до здравеопазване

(становище по собствена инициатива)

(C/2025/5142)

Докладчик: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Съветник	Carlo GIACOBINI (за докладчика)
Решение на пленарната асамблея	23.1.2025 г.
Правно основание	Член 52, параграф 2 от Правилника за дейността (становище по собствена инициатива)
Компетентна секция	„Заетост, социални въпроси и гражданство“
Приемане от секцията	27.6.2025 г.
Приемане на пленарна сесия	16.6.2025 г.
Пленарна сесия №	598
Резултат от гласуването („за“/„против“/„въздържал се“)	176/0/4

1. Заключения и препоръки

1.1. Европейският икономически и социален комитет (ЕИСК) подчертава спешната необходимост от справяне с нарастващите неравенства по отношение на достъпа до здравеопазване в рамките на ЕС, изострени от настоящата криза, свързана с разходите за живот, последиците от високата инфлация и риска от бедност.

1.2. ЕИСК посочва, че икономическите трудности водят до ограничен достъп до здравеопазване, което оказва непропорционално въздействие върху най-уязвимите групи от населението, включително хората с увреждания, децата и възрастните хора. Това води до необходимостта от предприемане на мерки за намаляване или компенсиране на разходите за здравеопазване и дългосрочни грижи за лицата и домакинствата с ниски доходи в съответствие с националните правила.

1.3. ЕИСК отново подчертава, че е важно да се гарантира и подкрепя ефективното прилагане на принципи 16 и 18 от Европейския стълб на социалните права, в които е залегнало правото на достъп до навременни превантивни и лечебни здравеопазване и до висококачествени дългосрочни грижи на достъпни цени, които трябва да бъдат подкрепени с подходящо публично финансиране.

1.4. ЕИСК счита, че правото на здравеопазване е основно право, достъпът до социална закрила е неразривно свързан с гарантирането на основните права и че това трябва да бъде осигурено чрез по-голяма прозрачност на националните права и обезщетения.

1.5. ЕИСК приветства инициативите и стратегиите на ЕС, като програмата „ЕС в подкрепа на здравето“ (EU4Health) и Фармацевтичната стратегия за Европа, които имат за цел да укрепят здравните системи и да гарантират достъп до лекарства. Той обаче препоръчва мерки за наблюдение на практическото и еднакво прилагане в Европейския съюз, както и за преразглеждане на фармацевтичното законодателство, сътрудничеството в областта на ценовите политики и по-голяма прозрачност с цел намаляване на високите разходи за лекарства.

1.6. ЕИСК подчертава, че е важно да се осигури по-ясна, по-ефективна и прозрачна рамка за трансгранично здравно обслужване, като успешно се съчетае субсидиарността в областта на здравеопазването, основаваща се на съответните нормативни уредби с изискването за последователен начин на действие по отношение на трансграничното лечение.

1.7. ЕИСК препоръчва да се насърчават инициативи за обмен на добри практики в областта на приобщаващите политики в областта на здравеопазването и социалните грижи, включително чрез обмисляне на разработването на обща основна номенклатура на здравните и социалните услуги, за да се преодолеят семантичните трудности, да се улесни сравняването и да се положат основите за общ анализ, с цел да се изготвят общи насоки.

1.8. ЕИСК подчертава необходимостта от по-решителни действия за превръщане на принципите и стратегиите в конкретни резултати, по-специално като предлага отново създаването на европейска гаранция за полагането на грижи, за да се гарантира постоянен достъп до финансово достъпни качествени здравни услуги и грижи за всички жители в ЕС, да се преодолее недостигът на грижи и да се насърчат достойни условия на труд и възможности за обучение.

1.9. ЕИСК препоръчва:

— да се наблюдава прилагането на принципите на Европейския стълб на социалните права и да се възложи отговорност на държавите членки;

— да се гарантират адекватни инвестиции в обществените здравни системи и че финансирането и инициативите на ЕС са специално насочени към намаляване на икономическите бариери пред достъпа до здравеопазване;

— да се провеждат проучвания с цел разбиране на териториалните различия в ефективността на здравните политики;

— да се разработят насоки на равнището на ЕС за преодоляване на специфичните пречки пред достъпа, включително финансови, организационни и дискриминационни пречки;

— да се насърчават социалната икономика и социалните иновации с цел подобряване на достъпа до здравеопазване.

1.10. ЕИСК е готов да допринесе активно за постигането на тези цели с участието на социалните партньори и организациите на гражданското общество.

2. **Общи съображения**

2.1. Високата инфлация и кризата, свързана с разходите за живот, подкопаха покупателната способност на домакинствата в ЕС, като увеличават разходите за живот с 10 %. Това затруднява покриването на основни разходи, включително за здравеопазване, както за преките разходи (доплащане, лекарства), за непреките (транспорт, загуба на заплати), така и за трудността, към която се добавя и недостига на обучени здравни работници. Данните на Евростат за 2023 г. показват, че 3,8 % от населението на ЕС не е посрещнало здравните си нужди, като разходите са основната причина за 2,4 %, особено в държавите, в които лечението трябва да бъде платено от пациента и впоследствие разходите за него се възстановяват от социалното осигуряване ([1]). Това може да доведе до забавяне в търсенето на грижи или до отказ от необходимите лечения, което създава дългосрочни отрицателни последици за здравето ([2]).

2.2. Налице е ясна зависимост между доходите и достъпа до здравеопазване: през 2023 г. 2,2 % от квинтила с най-ниски доходи са съобщили за неудовлетворени медицински нужди, дължащи се на по-високите разходи, в сравнение с 0,2 % от квинтила с най-високи доходи. Това показва, че здравните системи не защитават адекватно най-уязвимите слоеве от населението, а инфлацията допълнително влошава тази ситуация, което води до забавяне или отказ от грижи ([3]).

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

2.3. Хората с увреждания са особено изложени на риск: през 2023 г. 28,8 % от хората с увреждания са били изложени на риск от бедност или социално изключване в сравнение с 18 % от хората без увреждания. Те трябва да посрещат допълнителни разходи за своето състояние, а кризата с разходите за живот изостря тези неравенства, като подкопава достъпа им до грижи и влошава здравословното им състояние ([4]).

2.4. Инфлацията тежи и върху бюджетите на здравните системи, като съществува риск доставчиците да увеличат цените или да намалят наличието на обществени грижи. От решаващо значение е държавите членки да разработят дългосрочни стратегии за справяне с последиците от инфлацията за здравните системи и за гарантиране на качеството и достъпността на услугите, като в противен случай ще бъде застрашена финансовата достъпност ([5]).

2.5. През 2022 г. почти 25 % от хората, изложени на риск от бедност в ЕС, са съобщили, че имат умерени или сериозни затруднения с придвижването, а 19 % са имали проблеми с поемането на медицинските разходи. Тази статистика показва, че хората в несигурно социално-икономическо положение са непропорционално засегнати от здравни проблеми и са изправени пред по-големи финансови пречки при получаването на необходимите грижи ([6]).

2.6. Ситуацията се различава значително в отделните държави членки. През 2022 г. процентът на хората в риск от бедност, срещнали затруднения да поемат медицинските си разходи, е варирал от 43 % в България до 3,4 % в Естония. Тези различия подчертават решаващата роля на националните здравни политики и системи за смекчаване или изостряне на въздействието на бедността върху достъпа до грижи ([7]).

3. **Принципи и насоки**

3.1. В принцип 16 от Европейския стълб на социалните права се гарантира своевременен достъп до финансово достъпно, качествено превантивно и лечебно здравеопазване за всички граждани. Това означава, че разходите и списъците на чакащите не трябва да възпрепятстват достъпа до грижи и този принцип осигурява основа за здравните политики на равнището на ЕС и на национално равнище.

3.2. В принцип 18 от Европейския стълб се подчертава правото на финансово достъпни дългосрочни грижи с добро качество, по-специално домашни и в общността. Тези услуги подпомагат хората с увреждания, хронични заболявания или уязвимите хора, които се нуждаят от интензивна подкрепа за ежедневните дейности, разходите за които не трябва да бъдат пречка благодарение на подходящо публично финансиране.

3.3. Програмата „ЕС в подкрепа на здравето“ (EU4Health) (2021—2027 г.) има за цел изграждането на по-силни, по-устойчиви и по-достъпни здравни системи, предоставя финансова подкрепа в сектора на здравеопазването и допринася за справяне с дългосрочните предизвикателства в тази област. Програмата показва ангажимента на ЕС да инвестира в здравните системи, като подобрява и достъпността ([8]).

3.4. Основните цели на фармацевтичната стратегия за Европа са да се осигури достъп до лекарства на достъпни цени и да се гарантира финансовата устойчивост на здравните системи. В стратегията се признава нарастващото предизвикателство, каквото представляват скъпите лекарства и се предлагат действия като преразглеждане на законодателството в областта на фармацевтичните продукти, сътрудничество в областта на ценовите политики и по-голяма прозрачност с цел смекчаване на високите разходи за лекарства ([9]).

([4]) Disability statistics - poverty and income inequalities” (Статистически данни за уврежданията — бедност и неравенства в доходите) (Евростат, 2024 г.), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_poverty_and_income_inequalities.

([5]) Обсерватория EuroHealth, 2024 г., https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-effects-of-economy-wide-inflation-how-resilient-are-european-health-systems.

([6]) Евростат, 2024 г. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_social_protection.

([7]) Евростат, 2024 г. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_social_protection.

([8]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX:32021R0522.

([9]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761.

3.5. В Препоръката на Съвета относно достъпа до финансово приемливи висококачествени дългосрочни грижи (2022 г.) се разглеждат адекватността и качеството на услугите за дългосрочни грижи, но — предвид правното ѝ естество — в нея не се установява обща номенклатура за тези услуги. Дори в специфични области като дългосрочните грижи, където са налице трансгранични проблеми като мобилността на работниците, вниманието остава насочено към качеството и финансовата достъпност. Това се обяснява с разделението на правомощията и различията в начина, по който дългосрочните грижи се организират и предоставят в държавите членки, като е повлияно от културни и демографски фактори. ЕИСК обаче отбелязва, че за целите на препоръката, под „дългосрочни грижи“ се разбира „набор от услуги и помощ за хора, които в резултат на психическа и/или физическа слабост, болест и/или увреждане за продължителен период от време зависят от подкрепа за ежедневните дейности и/или се нуждаят от постоянни сестрински грижи. Ежедневните дейности, за които е необходима подкрепа, могат да бъдат дейности по самообслужване, които човек трябва да извършва всеки ден, а именно ежедневни дейности като къпане, обличане, хранене, ставане от леглото или от стол, лягане или сядане, придвижване, използване на тоалетната и контролиране на функциите на пикочния мехур и червата, или могат да бъдат дейности, свързани с независимия живот, а именно инструментални ежедневни дейности като приготвяне на храна, управление на пари, пазаруване на хранителни продукти или лични вещи, извършване на лека или тежка домакинска работа и използване на телефон“ ([10]).

3.6. В становището на ЕИСК относно „Стратегия за бъдещето на Европа относно работната сила в областта на здравеопазването и полагането на грижи“ ([11]) се предлага европейска гаранция за предоставяне на грижи, насочена към осигуряване на достъп до качествени здравни услуги и грижи на достъпни цени за всички пребиваващи в ЕС, чрез преодоляване на недостига на грижи и насърчаване на достойни условия на труд.

3.7. В становището на ЕИСК относно „Борба с бедността и социалното изключване: оползотворяване на силата на социалната икономика и социално-икономическите иновации“ ([12]) се посочва връзката между борбата с бедността и достъпа до здравеопазване, като се подчертава необходимостта от интегрирани решения. Борбата с бедността и с риска от бедност е предпоставка за осигуряване на справедлив достъп до услуги като здравеопазването ([13]).

3.8. В становището на ЕИСК относно „Разработване на водеща европейска инициатива в областта на здравеопазването“ ([14]) се призовава за инициатива, основана на принципите на универсалност, качество, достъпност, солидарност и приобщаване, като се предлага създаването на Европейска гаранция за грижите и здравето.

3.9. В становището на ЕИСК относно „Предложение за директива на Европейския парламент и на Съвета за прилагането на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване“ ([15]) се приветства целта за ясна рамка за трансгранично здравно обслужване, но се подчертава необходимостта от съчетаване на субсидиарността с изискването за съгласуван начин на действие и интегриране на европейска харта на правата на пациентите в националното законодателство. Последвалата Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета ([16]) беше приета, като бяха взети предвид институционални становища, включително становището на ЕИСК.

3.10. Директивата на Европейския парламент и на Съвета (PE-CONS 49/24) ([17]) за установяване на европейската карта за хора с увреждания и на европейската карта за паркиране за хора с увреждания установява възможността за преносимост на правото им „на ползване на специфични услуги поради увреждане в държавата членка, до която пътуват или която посещават“.

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

([11]) Становище на Европейския икономически и социален комитет относно „Стратегия за бъдещето на Европа относно работната сила в областта на здравеопазването и полагането на грижи“ (становище по собствена инициатива) (ОВ C 486, 21.12.2022 г., стр. 37).

([12]) Становище на Европейския икономически и социален комитет относно „Борба с бедността и социалното изключване: оползотворяване на силата на социалната икономика и социално-икономическите иновации“ (проучвателно становище) (ОВ C, C/2024/2097, 26.3.2024 г., ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Становище на Европейския икономически и социален комитет относно „Борба с бедността и социалното изключване: оползотворяване на силата на социалната икономика и социално-икономическите иновации“ (проучвателно становище) (ОВ C, C/2024/2097, 26.3.2024 г., ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Становище на Европейския икономически и социален комитет — Създаване на водеща европейска инициатива в областта на здравеопазването (становище по собствена инициатива) (ОВ C, C/2025/105, 10.1.2025 г., ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Становище на Европейския икономически и социален комитет относно Предложение за директива на Европейския парламент и на Съвета за прилагането на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване (ОВ C 175, 28.7.2009 г., стр. 116) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927.

([16]) Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване (ОВ L 88, 4.4.2011 г., стр. 45) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

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

4. **Разпознаване и преодоляване на неравенствата**

4.1. От решаващо значение е да се следи прилагането на принципи 16 и 18 от Стълба и да се възложи отговорност на държавите членки да гарантират икономически устойчив достъп до здравеопазване и дългосрочни грижи. Това изисква адекватно финансиране на общественото здравеопазване и неговата и инфраструктура.

4.2. Насърчаването на социалната икономика и социалните иновации може да предложи нови подходи за подобряване на достъпа до здравеопазване за най-уязвимите групи от населението. Трябва да бъдат гарантирани адекватни публични инвестиции, но да се проучат и алтернативни модели на предлагане и финансиране на здравеопазването може да помогне за преодоляване на традиционните бариери.

4.3. Финансовите ресурси са ключов елемент за подобряване на здравните инфраструктури и услуги. Важно е да се гарантира, че финансирането и инициативите на програмата „ЕС в подкрепа на здравето“(2021–2027 г.) са специално насочени към намаляване на икономическите бариери пред достъпа до здравеопазване и към решения, които гарантират дългосрочната устойчивост на тези инициативи.

4.4. Като се имат предвид дълбоките териториални различия, изглежда важно да се разработят изследвания, за да се разберат причините поради които политиките в някои държави са по-ефективни дори при наличието на еднакви явления на обедняване.

4.5. Изглежда полезно да се насърчава обменът на добри практики в сферата на разработването и прилагането на приобщаващи здравни политики и политики за социално подпомагане. В този смисъл трябва да се обмисли и идеята за изготвяне на обща основна номенклатура на здравните и социалните услуги, за да се преодолеят семантичните трудности, да се даде възможност за по-лесно сравняване и да се положат основите на общи анализи, които са предпоставка за разработването на общи насоки.

4.6. Референтният модел за постигане на хомогенна и обща номенклатура би могла да бъде PES Network (Public Employment Services Network) — Европейската мрежа на публичните служби по заетостта, която с цел повишаване на ефективността на публичните служби по заетостта насърчава сравняването на резултатите от дейността на тези служби в различните държави, открива добрите практики, основани на научни доказателства и насърчава взаимното обучение между европейските публични служби по заетостта. В тази мрежа участват всички държави членки, Норвегия, Исландия, както и Европейската комисия.

4.7. Полезно е да се разработят насоки или препоръки на равнище ЕС за преодоляване на специфични бариери пред достъпа, като например финансови затруднения, организационни и дискриминационни пречки и лични проблеми. С намесата на Комисията е подходящо държавите да бъдат насочени към политики, които са насочени към:

— гарантиране на адекватни инвестиции в обществените здравни системи, за да се осигури универсален достъп до качествени грижи на достъпни цени;

— укрепване на мрежата от предпазни мерки, които предоставят системите за социална закрила, включително схемите за минимален доход и обезщетенията за безработица, с цел намаляване на бедността и риска от бедност, които се отразяват на достъпа до основни здравни услуги и услуги за предоставяне на грижи;

— предприемане на мерки за намаляване или компенсиране на разходите за здравеопазване и дългосрочни грижи за физическите лица и домакинствата с ниски доходи в съответствие с националните правила;

— подобряване на достъпността и наличието на социални услуги, включително дългосрочни грижи, домашни грижи и услуги за семействата с деца;

— преодоляване на пречките пред достъпа до здравеопазване, като например дългото време за чакане, недостига на работна ръка и липсата на координация между различните равнища на обслужване; и

— прилагане на целеви програми за повишаване на осведомеността с цел свързване на уязвимите групи от населението с наличните здравни и социални услуги.

4.8. За да допринесе за осъществяването на тези цели, ЕИСК може да използва ролята си на посредник в положителни процеси, като включи гражданското общество в насърчаването на изследвания и проучвания.

Брюксел, 16 юли 2025 г.

Председател
на Европейския икономически и социален комитет
Oliver RÖPKE