C/2025/5142

28.10.2025

Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru

Odstranění rozdílů v přístupu ke zdravotní péči

(stanovisko z vlastní iniciativy)

(C/2025/5142)

Zpravodaj: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Poradce	Carlo GIACOBINI (pro zpravodaje)
Rozhodnutí plenárního shromáždění	23. 1. 2025
Právní základ	čl. 52 odst. 2 jednacího řádu (stanovisko z vlastní iniciativy)
Odpovědná sekce	Zaměstnanost, sociální věci, občanství
Přijato v sekci	27. 6. 2025
Přijato na plenárním zasedání	16. 6. 2025
Plenární zasedání č.	598
Výsledek hlasování (pro/proti/zdrželi se hlasování)	176/0/4

1. Závěry a doporučení

1.1 Evropský hospodářský a sociální výbor (EHSV) zdůrazňuje, že je naléhavě nutné řešit přibývající rozdíly v přístupu ke zdravotní péči v EU, které se prohlubují kvůli stávající krizi životních nákladů, důsledkům vysoké inflace a ohrožení chudobou.

1.2 EHSV upozorňuje na to, že přístup ke zdravotní péči je omezen z ekonomických důvodů, což se v neúměrně velké míře dotýká nejzranitelnějších skupin obyvatelstva, zejména osob se zdravotním postižením, dětí a starších osob. Proto je třeba přijmout opatření ke snížení nebo proplácení nákladů na zdravotní a dlouhodobou péči, které nesou jednotlivci a domácnosti s nízkými příjmy, a to při respektování vnitrostátních předpisů.

1.3 EHSV připomíná, že je nezbytné zaručit a v praxi prosazovat uplatňování zásad 16 a 18 evropského pilíře sociálních práv, které stanovují právo na přístup k včasné preventivní zdravotní péči a léčbě a na cenově dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči. Toto právo musí být podporováno odpovídajícím financováním z veřejných prostředků.

1.4 EHSV se domnívá, že právo na péči je základním právem, že přístup k sociální ochraně je neoddělitelně spjat se zaručením základních práv a že toto právo na péči musí být zaručeno prostřednictvím větší transparentnosti nároků a služeb v jednotlivých členských státech.

1.5 EHSV vítá iniciativy a strategie EU, jako je program EU pro zdraví (EU4Health) a Farmaceutická strategie EU, které mají posílit zdravotnictví a zajistit přístup k léčivým přípravkům. Doporučuje však monitorovat jejich skutečné a jednotné provádění v EU a provést revizi farmaceutických právních předpisů, spolupracovat v oblasti cenové politiky a zajistit větší transparentnost s cílem snížit vysoké ceny léčivých přípravků.

1.6 EHSV zdůrazňuje, že je důležité zajistit jasnější, účinnější a transparentnější rámec pro poskytování přeshraniční zdravotní péče a sladit při tom otázku subsidiarity v oblasti zdravotní péče vycházející z příslušných předpisů s potřebou jednotného způsobu poskytování přeshraniční zdravotní péče.

1.7 EHSV doporučuje podporovat iniciativy zaměřené na výměnu osvědčených postupů v oblasti inkluzivních politik zdravotní a sociální péče a zvážit také návrh vypracovat společnou základní klasifikaci zdravotních a sociálních služeb, aby se vyřešily sémantické problémy, bylo možné provádět snazší srovnávání a položil se základ pro společné analýzy, na něž by navazovalo vypracování společných pokynů.

1.8 EHSV zdůrazňuje, že je třeba přijmout důraznější opatření, aby se zásady a strategie promítly do konkrétních výsledků, a znovu navrhuje zejména zavést evropskou záruku v oblasti péče, která zajistí, aby každý, kdo žije v EU, měl celoživotní přístup k cenově dostupné kvalitní zdravotní péči a pečovatelským službám a bude řešit nedostatky v péči a prosazovat důstojné pracovní podmínky a možnosti odborné přípravy.

1.9 EHSV doporučuje:

— monitorovat uplatňování zásad evropského pilíře sociálních práv a vyzvat členské státy k převzetí odpovědnosti;

— zajistit odpovídající investice do veřejného zdravotnictví a to, aby unijní financování a iniciativy byly konkrétně zaměřeny na odstraňování ekonomických překážek v přístupu ke zdravotní péči;

— provádět výzkum s cílem poznat rozdíly, které panují mezi jednotlivými regiony z hlediska účinnosti zdravotních politik;

— vypracovat na úrovni EU pokyny s cílem řešit konkrétní překážky v přístupu, například překážky finanční, organizační a diskriminační povahy;

— prosazovat sociální ekonomiku a sociální inovace s cílem zlepšit přístup ke zdravotní péči.

1.10 EHSV je připraven se aktivně podílet na uskutečňování těchto cílů tím, že zapojí sociální partnery a organizace občanské společnosti.

2. **Obecné připomínky**

2.1 Vysoká inflace a krize životních nákladů snížily kupní sílu domácností v EU, poněvadž měly za následek 10 % nárůst životních nákladů Komplikuje se tím hrazení hlavních výdajů, včetně zdravotní péče, a to jak kvůli výši přímých nákladů (spoluúčast, léčivé přípravky) a nepřímých nákladů (doprava, ušlá mzda), tak kvůli nedostatku vyškolených zdravotnických pracovníků. Z údajů Eurostatu z roku 2023 vyplývá, že 3,8 % obyvatel EU není s to uspokojit své potřeby v oblasti zdravotní péče, přičemž u 2,4 % jsou hlavní příčinou náklady, zejména v zemích, kde si léčbu musí hradit pacient a následně je proplacena ze sociálního zabezpečení ([1]). To může vést k opožděnému vyhledání pomoci nebo k nepodstoupení nezbytné léčby, což může mít dlouhodobé negativní dopady na zdraví ([2]).

2.2 Existuje jasná souvislost mezi příjmy a přístupem ke zdravotní péči. V roce 2023 uvedlo 2,2 % respondentů patřících do kvantilu s nejnižšími příjmy, že kvůli vyšším nákladům nebyli s to uspokojit své potřeby v oblasti zdravotní péče, zatímco v kvantilu s nejvyššími příjmy to bylo 0,2 %. Z toho vyplývá, že systémy zdravotní péče dostatečně nechrání nejzranitelnější skupiny obyvatelstva, přičemž inflace tuto situaci ještě zhoršuje, což vede k pozdějšímu vyhledání pomoci nebo k nepodstoupení léčby ([3]).

([1]) Eurostat, 2024.
([2]) Eurohealthnet.eu.
([3]) Eurostat, 2024.

2.3 Obzvlášť ohroženy jsou osoby se zdravotním postižením. V roce 2023 bylo ohroženo chudobou nebo sociálním vyloučením 28,8 % osob se zdravotním postižením oproti 18 % osob bez zdravotního postižení. V důsledku svého zdravotního stavu mají dodatečné výdaje a krize životních nákladů tyto rozdíly ještě více prohlubuje, čímž jim ztěžuje přístup k péči a zhoršuje jejich zdravotní stav ([4]).

2.4 Inflace zatěžuje také rozpočty na zdravotnictví, v důsledku čehož hrozí, že poskytovatelé zvýší ceny nebo omezí přístup ke zdravotní péči financované z veřejných zdrojů. Členské státy musí vypracovat dlouhodobé strategie, jak se vypořádat s dopady inflace na zdravotnictví a zajistit kvalitu a dostupnost služeb, neboť jinak bude ohrožena jejich cenová dostupnost ([5]).

2.5 V roce 2022 uvedlo téměř 25 % osob ohrožených chudobou v EU, že má středně nebo vážně omezenou schopnost pohybu, a 19 % uvedlo, že má problémy s hrazením výdajů na zdravotní péči. Z této statistiky vyplývá, že lidé žijící v nejistých socioekonomických podmínkách mají nepoměrně více zdravotních problémů a potýkají se s většími finančními potížemi při získávání potřebné péče ([6]).

2.6 Situace se v jednotlivých členských státech značně liší. V roce 2022 se podíl osob ohrožených chudobou, které měly problémy s hrazením léčebných výloh, pohyboval od 43 % v Bulharsku po 3,4 % v Estonsku. Z těchto rozdílů je jasné, jak důležitou roli hrají zdravotní politiky a systémy jednotlivých členských států z hlediska zmírňování nebo naopak zhoršování dopadů chudoby na přístup ke zdravotní péči ([7]).

3. **Zásady a pokyny**

3.1 Podle zásady 16 evropského pilíře sociálních práv mají mít všichni lidé zaručen včasný přístup k cenově dostupné a kvalitní preventivní a léčebné zdravotní péči. To znamená, že by náklady a čekací listiny neměly být překážkou v přístupu k péči, a poskytuje to základ pro zdravotní politiky na úrovni EU i členských států.

3.2 Zásada 18 evropského pilíře sociálních práv stanoví právo na cenově dostupné služby dlouhodobé péče v dobré kvalitě, zejména doma a v místní komunitě. Prostřednictvím těchto služeb jsou podporovány osoby se zdravotním postižením, chronickým onemocněním či zranitelné osoby, které potřebují intenzivní pomoc při každodenních činnostech, jejichž cena by díky odpovídajícímu financování z veřejných prostředků neměla být překážkou.

3.3 Cílem programu EU pro zdraví (EU4Health) (2021–2027) je vybudovat stabilnější, odolnější a přístupnější systémy zdravotní péče. Program poskytuje finanční podporu pro zdravotnictví a pomáhá řešit dlouhodobé problémy v oblasti zdraví. Je dokladem snahy EU investovat do zdravotnictví a zlepšit přístup ke zdravotní péči ([8]).

3.4 Jedním z hlavních cílů Farmaceutické strategie EU je zaručit přístup k cenově dostupným léčivým přípravkům a finanční udržitelnost systémů zdravotní péče. Ve strategii se uznává, že stále častějším problémem jsou vysoké ceny léčivých přípravků, a navrhuje se přijmout opatření, jako je revize farmaceutických právních předpisů, spolupráce v oblasti cenové politiky a větší transparentnost v zájmu snížení vysokých cen léčivých přípravků ([9]).

([4]) Disability statistics – poverty and income inequalities (Statistické údaje týkající se zdravotního postižení – chudoba a rozdíly v příjmech), Eurostat, 2024.
([5]) Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů a politik, 2024.
([6]) Eurostat, 2024.
([7]) Eurostat, 2024.
([8]) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/522, Úř. věst. L 107, 26.3.2021, s. 1.
([9]) Sdělení COM(2020) 761 final.

3.5 V doporučení Rady o přístupu k cenově dostupné vysoce kvalitní dlouhodobé péči z roku 2022 se sice poukazuje na přiměřenost a kvalitu služeb dlouhodobé péče, není však pro ně – vzhledem k právní povaze doporučení – stanovena žádná společná definice. I ve specifických oblastech, jako je dlouhodobá péče, kde existují přeshraniční problémy (například mobilita pracovníků), se klade důraz spíše na kvalitu a cenovou dostupnost. To lze vysvětlit rozdělením pravomocí a rozdíly ve způsobech organizace a poskytování dlouhodobé péče v členských státech, které jsou dány kulturními a demografickými faktory. EHSV však konstatuje, že pro účely doporučení se „dlouhodobou péčí" rozumí „škála služeb a pomoci pro osoby, které jsou v důsledku duševní či fyzické křehkosti, nemoci nebo zdravotního postižení po delší dobu závislé na pomoci při vykonávání každodenních úkonů běžného života nebo potřebují některou z forem trvalé ošetřovatelské péče. Každodenními úkony běžného života, při nichž je zapotřebí pomoci, mohou být úkony osobní péče, které musí osoba vykonávat každý den, totiž každodenní činnosti jako je osobní hygiena, oblékání, stravování, uléhání do postele a vstávání z ní či usedání do křesla a vstávání z něj, chůze, používání toalety a ovládání močení a stolice, nebo mohou souviset s nezávislým životem, totiž každodenní instrumentální činnosti jako příprava jídla, hospodaření s peněžními prostředky, nákup potravin nebo věcí pro osobní potřebu, provádění lehkých nebo těžších domácích prací a používání telefonu" ([10]).

3.6 EHSV ve svém stanovisku Strategie týkající se pracovníků ve zdravotnictví a péče pro budoucnost Evropy ([11]) navrhl zavést evropskou záruku v oblasti péče, která by zajistila, že každý, kdo žije v EU, bude mít přístup k cenově dostupné kvalitní zdravotní péči a pečovatelským službám, a řešila by nedostatky a prosazovala důstojné pracovní podmínky.

3.7 Ve stanovisku Boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení s využitím potenciálu sociální ekonomiky a sociálně-ekonomických inovací ([12]) EHSV vyzdvihuje vzájemnou souvislost mezi bojem proti chudobě a přístupem ke zdravotní péči, přičemž upozorňuje na nutnost integrovaných řešení. Odstranění chudoby a ohrožení chudobou je předpokladem pro zajištění rovného přístupu ke službám, jako je zdravotní péče ([13]).

3.8 Ve stanovisku Vytvoření evropské stěžejní iniciativy na podporu zdraví ([14]) EHSV požaduje přijetí iniciativy, která by stavěla na zásadách univerzálnosti, kvality, dostupnosti, solidarity a inkluzivity, a navrhuje vytvořit evropskou záruku v oblasti péče a zdraví.

3.9. 3.9 Ve stanovisku k návrhu směrnice Evropského parlamentu a Rady o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ([15]) EHSV uvítal cíl vytvořit jasný rámec pro poskytování přeshraniční zdravotní péče, upozornil však na nutnost sladit otázku subsidiarity s potřebou soudržného postupu a zapracovat do vnitrostátních právních předpisů evropskou listinu práv pacientů. Následně byla přijata směrnice 2011/24/EU nařízení Evropského parlamentu a Rady ([16]), v níž byly zohledněny postoje orgánů a institucí, včetně EHSV.

3.10 Ve směrnici Evropského parlamentu a Rady (PE-CONS 49/24) ([17]), kterou se zavádí evropský průkaz osoby se zdravotním postižením a evropský parkovací průkaz osoby se zdravotním postižením, je stanovena přenositelnost „nároku na konkrétní služby na základě zdravotního postižení v členském státě, do kterého cestují nebo který navštíví", přičemž je označován za „osobní asistenci".

([10]) Doporučení Rady ze dne 8. prosince 2022 o přístupu k cenově dostupné vysoce kvalitní dlouhodobé péči.

([11]) Stanovisko Evropského hospodárského a sociálního výboru k pracovní síle ve zdravotnictví a strategii péce pro budoucnost Evropy (iniciativní stanovisko) (Úř. věst. C 486, 21.12.2022, s. 37).

([12]) Stanovisko Evropského hospodárského a sociálního výboru k boji proti chudobe a sociálnímu vyloucení: využití síly sociální ekonomiky a socioekonomických inovací (pruzkumné stanovisko) (Úř. věst. C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Stanovisko Evropského hospodárského a sociálního výboru k boji proti chudobe a sociálnímu vyloucení: využití síly sociální ekonomiky a socioekonomických inovací (pruzkumné stanovisko) (Úř. věst. C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Stanovisko Evropského hospodárského a sociálního výboru – Vytvárení evropské vlajkové iniciativy pro zdravotnictví (iniciativní stanovisko) (Úř. věst. C, C/2025/105, 10.1.2025, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Stanovisko Evropského hospodárského a sociálního výboru k návrhu smernice Evropského parlamentu a Rady o uplatnování práv pacientu v preshranicní zdravotní péci (Úř. věst. C 175, 28.7.2009, s. 116), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927.

([16]) Smernice 2011/24/EU Evropského parlamentu a Rady ze dne 9. brezna 2011 o uplatnování práv pacientu v preshranicní zdravotní péci (Úř. věst. L 88, 4.4.2011, s. 45),https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

([17]) Dokument Rady PE-CONS 49/24.

4. **Znalost a řešení rozdílů**

4.1 Je třeba monitorovat uplatňování zásad 16 a 18 evropského pilíře sociálních práv a uložit členským státům odpovědnost za zaručení přístupu k cenově dostupné zdravotní a dlouhodobé péči. To vyžaduje odpovídající financování veřejných zdravotnických služeb a infrastruktury.

4.2 Prosazováním sociální ekonomiky a sociálních inovací by se mohly otevřít nové cesty ke zlepšování přístupu ke zdravotní péči pro nejzranitelnější skupiny obyvatel. Je třeba zajistit odpovídající veřejné investice, nicméně zkoumání alternativních modelů poskytování a financování zdravotní péče by mohlo přispět k odstranění tradičních překážek.

4.3 Klíčem ke zlepšení zdravotnické infrastruktury a zdravotních služeb jsou finanční zdroje. Musí se zajistit, aby financování a iniciativy programu EU4Health (2021–2027) byly zaměřeny na odstraňování ekonomických překážek v přístupu ke zdravotní péči a na způsoby, jak zajistit jeho odpovídající udržitelnost.

4.4 Vzhledem ke značným rozdílům mezi jednotlivými regiony by bylo vhodné provádět výzkum s cílem poznat jejich příčiny a pochopit, proč jsou politiky v některých zemích účinnější než v jiných, a to i v případě, že tyto země vykazují stejnou míru chudoby.

4.5 Měla by být podporována výměna osvědčených postupů v oblasti vypracování a provádění inkluzivních politik zdravotní a sociální péče. V tomto smyslu je třeba zvážit také návrh vypracovat společnou základní klasifikaci zdravotních a sociálních služeb, aby se vyřešily sémantické problémy, bylo možné provádět snazší srovnávání a položil se základ pro společné analýzy, na něž by navazovalo vypracování společných pokynů.

4.6 Referenčním modelem pro vypracování jednotné a společné klasifikace by mohla být Evropská síť veřejných služeb zaměstnanosti, která v zájmu zvýšení účinnosti veřejných služeb zaměstnanosti provádí srovnání v různých zemích, zjišťuje osvědčené postupy na základě vědeckých poznatků a prosazuje vzájemné učení mezi evropskými veřejnými službami zaměstnanosti. Do této sítě jsou zapojeny všechny členské státy, Norsko, Island a Evropská komise.

4.7 Na úrovni EU by měly být vypracovány pokyny nebo doporučení s cílem řešit konkrétní překážky v přístupu, jako jsou finanční problémy, organizační a diskriminační překážky a osobní situace. Za pomoci Komise by členské státy měly být vedeny k vypracování politik, jejichž cílem bude:

— zajistit odpovídající investice do veřejných systémů zdravotní péče s cílem zaručit všeobecný přístup k cenově dostupné a kvalitní péči;

— posílit záchranné sítě sociálního zabezpečení, včetně systémů minimálního příjmu a podpory v nezaměstnanosti, s cílem snížit chudobu a ohrožení chudobou, které mají dopad na přístup ke zdravotním službám a k péči;

— zavést opatření ke snížení nebo proplácení nákladů na zdravotní a dlouhodobou péči, které nesou jednotlivci a domácnosti s nízkými příjmy, a to při respektování vnitrostátních předpisů;

— zlepšit přístupnost a dostupnost sociálních služeb, včetně dlouhodobé péče, příspěvku na bydlení a služeb pro rodiny s dětmi;

— odstranit překážky v přístupu ke zdravotní péči, jako jsou dlouhé čekací doby, nedostatek pracovních sil a nedostatečná koordinace mezi různými úrovněmi péče;

— provádět cílené osvětové programy s cílem informovat ohrožené skupiny obyvatelstva o dostupných zdravotních a sociálních službách.

4.8 EHSV by chtěl přispět k realizaci těchto cílů a může využít své role zprostředkovatele příkladných postupů tím, že zapojí občanskou společnost do podporování analýz a výzkumných projektů.

V Bruselu dne 16. července 2025.

předseda
Evropského hospodářského a sociálního výboru
Oliver RÖPKE