Dziennik Urzędowy
Unii Europejskiej

PL
Seria C

C/2025/5142

28.10.2025

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

Zwalczanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej

(opinia z inicjatywy własnej)

(C/2025/5142)

Sprawozdawca: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Doradczynie i doradcy	Carlo GIACOBINI (z ramienia sprawozdawcy)
Decyzja Zgromadzenia Plenarnego	23.1.2025
Podstawa prawna	Art. 52 ust. 2 regulaminu wewnętrznego (opinia z inicjatywy własnej)
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa
Data przyjęcia przez sekcję	27.6.2025
Data przyjęcia na sesji plenarnej	16.6.2025
Sesja plenarna nr	598
Wynik głosowania (za/przeciw/wstrzymało się)	176/0/4

1. Wnioski i zalecenia

1.1. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) podkreśla pilną potrzebę zajęcia się rosnącymi nierównościami w dostępie do opieki zdrowotnej w UE, które pogłębiają się z powodu obecnego kryzysu związanego z kosztami utrzymania, skutków wysokiej inflacji oraz zagrożenia ubóstwem.

1.2. EKES zwraca uwagę, że trudności ekonomiczne ograniczają dostęp do opieki zdrowotnej, co ma nieproporcjonalnie duży wpływ na najsłabsze grupy społeczne, w tym osoby z niepełnosprawnościami, małoletnich oraz osoby starsze. Dlatego też konieczne jest, by zgodnie z przepisami krajowymi zainicjowano środki mające na celu obniżenie lub zrekompensowanie kosztów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej ponoszonych przez poszczególne osoby i gospodarstwa domowe o niskich dochodach.

1.3. Komitet podkreśla ponownie znaczenie zagwarantowania oraz wspierania rzeczywistej realizacji zasad 16 i 18 Europejskiego filaru praw socjalnych, w których zapisano prawo do szybkiego dostępu do przystępnej cenowo, prewencyjnej i objawowej opieki zdrowotnej dobrej jakości oraz do przystępnych cenowo i dobrej jakości usług opieki długoterminowej. Są to prawa, które należy finansować za pomocą odpowiednich środków publicznych.

1.4. EKES uważa, że prawo do opieki zdrowotnej jest prawem podstawowym, że dostęp do ochrony socjalnej jest nierozerwalnie związany z zagwarantowaniem praw podstawowych i że należy go zapewnić dzięki większej przejrzystości praw i świadczeń krajowych.

1.5. Komitet z zadowoleniem przyjmuje inicjatywy i strategie UE, takie jak Program UE dla zdrowia i strategia farmaceutyczna dla Europy, które mają na celu wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i zapewnienie dostępu do leków. Oprócz przeglądu prawodawstwa farmaceutycznego, współpracy w zakresie polityki cenowej oraz większej przejrzystości w celu zmniejszenia wysokich kosztów leków proponuje niemniej monitorowanie rzeczywistej i jednolitej realizacji tych inicjatyw i strategii w Unii Europejskiej.

1.6. EKES podkreśla wagę zapewnienia jaśniejszych, skuteczniejszych i bardziej przejrzystych ram dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej. Należy przy tym pogodzić kwestię pomocniczości w opiece zdrowotnej w oparciu o poszczególne przepisy z potrzebą spójnego sposobu działania w leczeniu transgranicznym.

1.7. Komitet zaleca propagowanie inicjatyw na rzecz wymiany dobrych praktyk w zakresie sprzyjającej włączeniu społecznemu polityki zdrowotnej i polityki pomocy społecznej, w tym poprzez rozważenie opracowania wspólnej podstawowej nomenklatury usług zdrowotnych i społecznych, by pokonać trudności w rozumieniu znaczenia terminów, ułatwić porównywanie oraz położyć podwaliny pod wspólną analizę służącą do sporządzenia wspólnych wytycznych.

1.8. EKES podkreśla potrzebę podjęcia bardziej zdecydowanych działań w celu przełożenia zasad i strategii na konkretne rezultaty. W tym celu proponuje ponownie przede wszystkim zainicjowanie europejskiej gwarancji opieki, aby zapewnić wszystkim mieszkańcom UE stały dostęp do wysokiej jakości i przystępnych cenowo świadczeń zdrowotnych oraz usług opiekuńczych, zaradzić deficytom w zakresie opieki, a także promować godne warunki pracy i możliwości szkolenia.

1.9. EKES zaleca:

— monitorowanie realizacji zasad Europejskiego filaru praw socjalnych oraz doprowadzenie do tego, by państwa członkowskie czuły się za nią bardziej odpowiedzialne,

— zagwarantowanie odpowiednich inwestycji w publiczne systemy opieki zdrowotnej i zadbanie o to, aby finansowanie oraz inicjatywy unijne miały szczególnie na celu zmniejszenie barier ekonomicznych w dostępie do opieki zdrowotnej,

— prowadzenie badań w celu zrozumienia różnic w stopniu skuteczności polityki zdrowotnej występujących na szczeblu terytorialnym,

— opracowanie wytycznych na szczeblu UE w celu usunięcia konkretnych barier w dostępie, w tym barier finansowych, organizacyjnych i dyskryminacyjnych,

— rozpowszechnianie gospodarki społecznej i innowacji społecznych w celu poprawy dostępu do opieki zdrowotnej.

1.10. EKES wyraża gotowość do aktywnego udziału w realizacji tych celów z udziałem partnerów społecznych oraz organizacji społeczeństwa obywatelskiego.

2. **Uwagi ogólne**

2.1. Wysoka inflacja i kryzys związany z kosztami utrzymania osłabiają siłę nabywczą gospodarstw domowych w UE, gdyż prowadzą do wzrostu kosztów utrzymania o 10 %. Utrudnia to pokrywanie podstawowych wydatków, w tym opieki zdrowotnej zarówno z powodu kosztów bezpośrednich (współpłacenie, leki), jak i pośrednich (transport, utrata wynagrodzeń), a niedobór wyszkolonych pracowników sektora zdrowia jeszcze zwiększa te trudności. Z danych Eurostatu z 2023 r. wynika, że potrzeby zdrowotne 3,8 % ludności UE nie są w pełni zaspokojone, przy czym w wypadku 2,4 % ludności główną przyczyną są koszty, szczególnie w krajach, w których najpierw pacjent opłaca leczenie, a następnie system ochrony socjalnej zwraca jego koszty ([1]). Może to opóźniać drogę do uzyskania opieki lub prowadzić do rezygnacji z niezbędnego leczenia, co ma długoterminowe negatywne skutki dla zdrowia ([2]).

2.2. Istnieje wyraźna korelacja między poziomem dochodów a dostępem do opieki zdrowotnej: w 2023 r. 2,2 % grupy kwintylowej o najniższych dochodach zgłosiło niemożność zaspokojenia potrzeb zdrowotnych z powodu większych wydatków w porównaniu z 0,2 % grupy kwintylowej o najwyższych dochodach. Pokazuje to, że systemy opieki zdrowotnej nie zapewniają odpowiedniej ochrony najsłabszym grupom społecznym, a inflacja jeszcze bardziej pogarsza sytuację, prowadząc do opóźnień lub rezygnacji z leczenia ([3]).

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

2.3. Szczególnie zagrożone są osoby z niepełnosprawnościami: w 2023 r. 28,8 % z nich było zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w porównaniu z 18 % osób bez niepełnosprawności. Muszą pokrywać dodatkowe koszty wynikające ze stanu zdrowia, a kryzys związany z kosztami utrzymania pogłębia te nierówności, utrudniając im dostęp do opieki i pogarszając ich stan zdrowia ([4]).

2.4. Inflacja odbija się również na budżetach systemów opieki zdrowotnej, co wiąże się z ryzykiem, że świadczeniodawcy podniosą ceny lub zmniejszą dostępność publicznej opieki zdrowotnej. Podstawowe znaczenie ma to, by państwa członkowskie opracowały długofalowe strategie mające na celu przeciwdziałanie skutkom inflacji dla systemów opieki zdrowotnej oraz zapewnienie jakości i dostępności usług. W przeciwnym razie ucierpi przystępność cenowa ([5]).

2.5. W 2022 r. nieomal 25 % osób zagrożonych ubóstwem w UE zgłosiło umiarkowane lub poważne trudności z poruszaniem się, a 19 % miało problem z pokryciem kosztów świadczeń medycznych. Te dane statystyczne pokazują, że problemy zdrowotne w nieproporcjonalnie dużym stopniu dotykają osoby żyjące w niepewnych warunkach społeczno-ekonomicznych, które napotykają większe przeszkody finansowe w uzyskaniu niezbędnej pomocy ([6]).

2.6. Sytuacja znacznie się różni między państwami członkowskimi. W 2022 r. odsetek osób zagrożonych ubóstwem mających trudności z pokrywaniem kosztów świadczeń medycznych wahał się od 43 % w Bułgarii do 3,4 % w Estonii. Te różnice uwidaczniają, że krajowe kierunki polityki i systemy opieki zdrowotnej odgrywają zasadniczą rolę w łagodzeniu wpływu ubóstwa na dostęp do opieki zdrowotnej lub też potęgują ten wpływ ([7]).

3. **Zasady i wytyczne**

3.1. W zasadzie 16 Europejskiego filaru praw socjalnych zagwarantowano wszystkim prawo do szybkiego dostępu do przystępnej cenowo, prewencyjnej i objawowej opieki zdrowotnej dobrej jakości. Ta zasada oznacza, że koszty i listy oczekujących nie powinny utrudniać dostępu do opieki, i stanowi podstawę polityki zdrowotnej na szczeblu unijnym i krajowym.

3.2. W zasadzie 18 europejskiego filaru zapewniono prawo do wysokiej jakości i przystępnych cenowo usług opieki długoterminowej, szczególnie domowej i środowiskowej. Te usługi ułatwiają życie osobom z niepełnosprawnościami, chorobami przewlekłymi lub słabością, które potrzebują intensywnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności. Jeżeli finansowanie publiczne jest odpowiednie, koszty tych usług nie powinny stanowić przeszkody w korzystaniu z nich.

3.3. Program UE dla zdrowia (2021–2027) ma na celu budowanie silniejszych, odporniejszych i bardziej dostępnych systemów opieki zdrowotnej, zapewnia wsparcie finansowe w sektorze zdrowia i przyczynia się do sprostania długoterminowym wyzwaniom zdrowotnym. Pokazuje on zaangażowanie UE w inwestycje w systemy opieki zdrowotnej i zarazem poprawia dostępność ([8]).

3.4. Głównym celem strategii farmaceutycznej dla Europy jest zapewnienie dostępu do przystępnych cenowo leków oraz stabilności finansowej systemów opieki zdrowotnej. W strategii stwierdzono, że coraz większym wyzwaniem są kosztowne leki, i w celu zaradzenia temu problemowi zaproponowano takie działania jak przegląd prawodawstwa farmaceutycznego, współpraca w zakresie polityki cenowej oraz większa przejrzystość ([9]).

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

3.5. Zalecenie Rady w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej (z 2022 r.) odnosi się do przydatności i jakości usług opieki długoterminowej, lecz z uwagi na jego charakter prawny nie ustalono w nim wspólnej definicji tych usług. Nawet w tak specyficznych obszarach jak opieka długoterminowa, w której występują problemy transgraniczne takie jak mobilność pracowników, nacisk kładzie się nadal na jakość i przystępność cenową. Wynika to z podziału kompetencji oraz z różnic w sposobie organizacji i świadczenia opieki długoterminowej w państwach członkowskich, na który wpływają czynniki kulturowe i demograficzne. EKES zauważa jednak, że do celów zalecenia „opieka długoterminowa" „oznacza usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości, choroby lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej potrzebują przez dłuższy czas pomocy w czynnościach życia codziennego lub pewnej stałej opieki pielęgniarskiej. Czynnościami życia codziennego, przy których potrzebne jest wsparcie, mogą być czynności samoopieki, które trzeba wykonywać każdego dnia, mianowicie podstawowe czynności życia codziennego takie jak mycie się, ubieranie się, jedzenie, kładzenie się do łóżka lub siadanie na krześle i wstawanie z łóżka lub krzesła, poruszanie się, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, lub czynności związane z niezależnym życiem, mianowicie złożone czynności życia codziennego takie jak przygotowywanie posiłków, gospodarowanie pieniędzmi, zakupy artykułów spożywczych lub osobistych, wykonywanie lekkich lub ciężkich prac domowych oraz korzystanie z telefonu" ([10]).

3.6. W opinii EKES-u „Strategia dotycząca pracowników sektora zdrowia i strategia w dziedzinie opieki dla przyszłej Europy" ([11]) zaproponowano europejską gwarancję opieki mającą na celu zapewnienie wszystkim mieszkańcom UE dostępu do wysokiej jakości i przystępnych cenowo świadczeń zdrowotnych oraz usług opiekuńczych poprzez zaradzenie niedoborom oraz promowanie godnych warunków pracy.

3.7. W opinii EKES-u „Walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: wykorzystanie siły gospodarki społecznej i innowacji społeczno-gospodarczych" ([12]) zwrócono uwagę na związek między ograniczaniem ubóstwa a dostępem do opieki zdrowotnej i podkreślono potrzebę zastosowania zintegrowanych rozwiązań. Przeciwdziałanie ubóstwu i zagrożeniu nim jest warunkiem wstępnym zapewnienia równego dostępu do takich usług jak opieka zdrowotna ([13]).

3.8. W opinii EKES-u „Opracowanie europejskiej inicjatywy przewodniej w dziedzinie zdrowia" ([14]) wzywa się do opracowania inicjatywy opartej na zasadach uniwersalności, jakości, dostępności, solidarności i inkluzywności i w tym celu proponuje się ustanowienie europejskiej gwarancji opieki zdrowotnej i zdrowia.

3.9. W opinii „Wniosek dotyczący dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej" ([15]) EKES poparł dążenie do stworzenia jasnych ram dotyczących opieki transgranicznej, lecz podkreślił potrzebę pogodzenia kwestii pomocniczości w opiece zdrowotnej z potrzebą spójnego sposobu działania oraz włączenia do przepisów krajowych europejskiej karty praw pacjentów. Przedmiotową dyrektywę rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE ([16]) przyjęto z uwzględnieniem opinii innych instytucji, w tym EKES-u.

3.10. W dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady (PE-CONS 49/24) ([17]) w sprawie ustanowienia europejskiej karty osoby z niepełnosprawnością i europejskiej karty parkingowej dla osób z niepełnosprawnościami wprowadza się możliwość przeniesienia prawa do „określonych usług z uwagi na niepełnosprawność w państwie członkowskim, do którego podróżują lub które odwiedzają", i nazywa je „pomocą osobistą".

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

([11]) Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Strategia dotycząca pracowników sektora zdrowia i strategia w dziedzinie opieki dla przyszłej Europy" (opinia z inicjatywy własnej) (Dz.U. C 486 z 21.12.2022, s. 37).

([12]) Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: wykorzystanie siły gospodarki społecznej i innowacji społeczno-gospodarczych" (opinia rozpoznawcza) (Dz.U. C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: wykorzystanie siły gospodarki społecznej i innowacji społeczno-gospodarczych" (opinia rozpoznawcza) (Dz.U. C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego – Opracowanie europejskiej inicjatywy przewodniej w dziedzinie zdrowia (opinia z inicjatywy własnej) (Dz.U. C, C/2025/105, 10.1.2025, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wniosku dotyczącego dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. C 175 z 28.7.2009, s. 116), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927.

([16]) Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

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

4. **Wiedza na temat nierówności i ich eliminowanie**

4.1. Podstawową kwestią jest monitorowanie realizacji zasad 16 i 18 filaru oraz doprowadzenie do tego, by państwa członkowskie poczuły się bardziej odpowiedzialne za gwarancję dostępu do przystępnej cenowo opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej. Wymaga to odpowiedniego finansowania usług i infrastruktury publicznej opieki zdrowotnej.

4.2. Popularyzacja gospodarki społecznej i innowacji społecznych może kształtować nowe podejścia do poprawy dostępu do opieki zdrowotnej dla najsłabszych grup ludności. Należy zapewnić odpowiednie inwestycje publiczne, jednak zbadanie alternatywnych modeli świadczenia i finansowania opieki zdrowotnej mogłoby pomagać w pokonywaniu tradycyjnych barier.

4.3. Zasoby finansowe są zasadniczym elementem poprawy infrastruktury zdrowotnej i świadczeń zdrowotnych. Ważne jest zadbanie o to, aby finansowanie i inicjatywy w ramach Programu UE dla zdrowia (2021–2027) miały na celu zmniejszenie barier ekonomicznych w dostępie do opieki zdrowotnej oraz do rozwiązań gwarantujących jej odpowiednią ciągłość.

4.4. Istotne wydaje się rozwijanie badań w celu zrozumienia przyczyn występowania głębokich różnic terytorialnych, a także przyczyn, dla których polityka niektórych krajów jest skuteczniejsza nawet pomimo takiej samej skali ubóstwa.

4.5. Przydatne byłoby propagowanie wymiany dobrych praktyk w zakresie opracowywania oraz realizacji polityki zdrowotnej oraz polityki pomocy społecznej sprzyjającej włączeniu społecznemu. Dlatego też należy również rozważyć opracowanie wspólnej podstawowej nomenklatury świadczeń zdrowotnych i usług społecznych, by pokonać trudności w rozumieniu znaczenia terminów, ułatwić porównywanie oraz położyć podwaliny pod wspólną analizę służącą do sporządzenia wspólnych wytycznych.

4.6. Wzorcem służącym do opracowania jednolitej i wspólnej nomenklatury mogłaby być sieć publicznych służb zatrudnienia (ang. „Public Employment Services Network"), która w celu zwiększenia efektywności publicznych służb zatrudnienia wspiera dokonywanie porównań między krajami, wskazuje dobre praktyki na podstawie dowodów naukowych, a także popularyzuje wzajemne uczenie się między europejskimi publicznymi służbami zatrudnienia. W skład tej sieci wchodzą wszystkie państwa członkowskie, Norwegia, Islandia i Komisja Europejska.

4.7. Przydatne jest opracowywanie wytycznych lub zaleceń na szczeblu UE w celu usuwania konkretnych przeszkód w dostępie, takich jak trudności finansowe, bariery organizacyjne i dyskryminacyjne oraz sytuacja osobista. Z pomocą Komisji należy ukierunkować państwa członkowskie na politykę mającą na celu:

— zagwarantowanie odpowiednich inwestycji w publiczne systemy opieki zdrowotnej w celu zapewnienia powszechnego dostępu do przystępnej cenowo opieki wysokiej jakości,

— wzmocnienie siatek bezpieczeństwa socjalnego, w tym systemów dochodu minimalnego i zasiłków dla bezrobotnych, w celu ograniczenia ubóstwa i zagrożenia nim, co ma wpływ na dostęp do świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych,

— wprowadzanie – zgodnie z przepisami krajowymi – środków mających na celu obniżenie lub zrekompensowanie kosztów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej ponoszonych przez poszczególne osoby i gospodarstwa domowe o niskich dochodach,

— poprawę dostępności usług społecznych i dostępu do nich, w tym opieki długoterminowej, wsparcia mieszkaniowego oraz usług dla rodzin z dziećmi,

— eliminowanie barier w dostępie do opieki zdrowotnej takich jak długi czas oczekiwania, brak pracowników i brak koordynacji między różnymi szczeblami opieki,

— realizację ukierunkowanych programów podnoszenia świadomości w celu ułatwienia słabszym grupom kontaktu z dostępną służbą zdrowia i pomocą społeczną.

4.8. Aby przyczynić się do realizacji tych celów, EKES może odegrać swą rolę jako podmiot ułatwiający pozytywne procesy, włączając społeczeństwo obywatelskie w propagowanie wiedzy i badań.

Bruksela, dnia 16 lipca 2025 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Oliver RÖPKE