C/2025/5142

28.10.2025

Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru

Riešenie otázky nerovností v prístupe obyvateľov k zdravotnej starostlivosti.

(stanovisko z vlastnej iniciatívy)

(C/2025/5142)

Spravodajca: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Poradca	Carlo GIACOBINI (za spravodajcu)
Rozhodnutie plenárneho zhromaždenia	23. 1. 2025
Právny základ	článok 52 ods. 2 rokovacieho poriadku (stanovisko z vlastnej iniciatívy)
Príslušná sekcia	sekcia pre zamestnanosť, sociálne veci a občianstvo
Prijaté v sekcii	27. 6. 2025
Prijaté na plenárnom zasadnutí	16. 6. 2025
Plenárne zasadnutie č.	598
Výsledok hlasovania (za/proti/zdržalo sa)	176/0/4

1. Závery a odporúčania

1.1. Európsky hospodársky a sociálny výbor (EHSV) zdôrazňuje, že je naliehavo potrebné riešiť rastúce nerovnosti v prístupe k zdravotnej starostlivosti v rámci EÚ, ktoré ešte zhoršuje súčasná kríza životných nákladov, dosah vysokej inflácie a riziko chudoby.

1.2. EHSV upozorňuje, že finančné ťažkosti majú za následok obmedzený prístup k zdravotnej starostlivosti, čo neúmerne zasahuje najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva vrátane osôb so zdravotným postihnutím, detí a seniorov. Je preto potrebné zaviesť opatrenia umožňujúce znížiť alebo kompenzovať náklady na zdravotnú a dlhodobú starostlivosť, ktoré podľa vnútroštátnych predpisov znášajú jednotlivci a domácnosti s nízkymi príjmami.

1.3. EHSV opätovne zdôrazňuje, že je dôležité zaručiť a presadzovať účinné uplatňovanie zásady 16 a 18 Európskeho piliera sociálnych práv, kde je zakotvené právo na prístup k včasnej preventívnej a liečebnej zdravotnej starostlivosti a na cenovo dostupnú kvalitnú dlhodobú starostlivosť, ktoré treba primerane financovať z verejných zdrojov.

1.4. EHSV sa domnieva, že právo na zdravotnú starostlivosť patrí medzi základné práva, že prístup k sociálnej ochrane je neoddeliteľne spätý so zaručením základných práv a že ho treba zabezpečiť väčšou transparentnosťou vnútroštátnych nárokov a dávok.

1.5. EHSV víta iniciatívy a stratégie EÚ, ako je program EU4Health a farmaceutická stratégia pre Európu, ktoré majú posilniť systémy zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť prístup k liekom. Navrhuje však, aby sa okrem revízie farmaceutických právnych predpisov, spolupráce v oblasti cenových politík a väčšej transparentnosti s cieľom zmierniť vysoké náklady na lieky zaviedli aj opatrenia na monitorovanie účinného a homogénneho uplatňovania v Európskej únii.

1.6. EHSV zdôrazňuje, že je dôležité zabezpečiť jasnejší, účinnejší a transparentnejší rámec pre poskytovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti a zosúladiť subsidiaritu v oblasti zdravotnej starostlivosti vychádzajúcu z príslušných právnych predpisov s potrebou koherentného spôsobu cezhraničnej liečby.

1.7. EHSV odporúča podporovať iniciatívy na výmenu osvedčených postupov v oblasti inkluzívnych politík zdravotnej a sociálnej starostlivosti, pričom treba zvážiť možnosť vytvoriť spoločnú základnú nomenklatúru zdravotníckych a sociálnych služieb, ktorá pomôže prekonať sémantické ťažkosti, uľahčí porovnávanie a položí základy pre spoločnú analýzu, na základe čoho sa budú môcť vypracovať spoločné usmernenia.

1.8. EHSV zdôrazňuje, že treba rozhodnejšie konať, aby sa zásady a stratégie premietli do konkrétnych výsledkov, a preto opakovane navrhuje zaviesť európsku záruku starostlivosti s cieľom zaistiť všetkým obyvateľom EÚ trvalý prístup k cenovo dostupným a kvalitným službám zdravotnej a opatrovateľskej starostlivosti, vyriešiť nedostatky v starostlivosti a podporiť dôstojné pracovné podmienky a možnosti odbornej prípravy.

1.9. EHSV odporúča:

— monitorovať uplatňovanie zásad Európskeho piliera sociálnych práv, za čo by mali niesť zodpovednosť členské štáty,

— zabezpečiť, aby sa v dostatočnej miere investovalo do verejných systémov zdravotnej starostlivosti a aby sa financovanie a iniciatívy EÚ cielene zameriavali na odbúravanie ekonomických prekážok brániacich prístupu k zdravotnej starostlivosti,

— realizovať výskum s cieľom pochopiť územné rozdiely v účinnosti politík v oblasti zdravia,

— vypracovať usmernenia na úrovni EÚ, ako zdolať konkrétne prekážky brániace prístupu k zdravotnej starostlivosti vrátane finančných, organizačných a diskriminačných prekážok,

— podporovať sociálne hospodárstvo a sociálnu inováciu v snahe zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti.

1.10. EHSV je pripravený so zapojením sociálnych partnerov a organizácií občianskej spoločnosti aktívne prispieť k naplneniu týchto cieľov.

2. **Všeobecné pripomienky**

2.1. Vysoká inflácia a kríza životných nákladov narušili kúpnu silu domácností v EÚ, pričom životné náklady vzrástli už o 10 %. Je preto ťažké pokryť základné výdavky vrátane výdavkov na zdravotnú starostlivosť, pokiaľ ide o priame náklady (doplatky, lieky) aj o nepriame náklady (doprava, strata mzdy), k čomu treba pripočítať ťažkosti spojené s nedostatkom vyškolených zdravotníckych pracovníkov. Z údajov Eurostatu z roku 2023 vyplýva, že 3,8 % obyvateľstva v EÚ má potreby z hľadiska zdravotnej starostlivosti, ktoré zostali neuspokojené, pričom pre 2,4 % občanov boli hlavnou príčinou náklady, najmä v krajinách, kde musí liečbu platiť pacient a následne sa mu príslušná suma vracia zo sociálneho zabezpečenia ([1]). Môže sa teda stať, že pacient vyhľadanie lekárskej pomoci odloží na neskôr alebo od potrebnej liečby celkom upustí, čo by mohlo mať pre jeho zdravie dlhodobé negatívne dôsledky ([2]).

2.2. Medzi výškou príjmu a prístupom k zdravotnej starostlivosti existuje jednoznačná spojitosť: 2,2 % osôb v kvintile s najnižšími príjmami v roku 2023 uviedlo, že ich potreby z hľadiska lekárskej starostlivosti neboli uspokojené z dôvodu vyšších výdavkov v porovnaní s 0,2 % osôb v kvintile s najvyššími príjmami. Z toho vyplýva, že systémy zdravotnej starostlivosti dostatočne nechránia najzraniteľnejšie skupiny, a túto situáciu ešte viac zhoršuje inflácia, preto tieto osoby odkladajú liečbu na neskôr, alebo od nej celkom upustia ([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. Mimoriadne ohrozené sú osoby so zdravotným postihnutím: v roku 2023 bolo 28,8 % z nich ohrozených chudobou alebo sociálnym vylúčením v porovnaní s 18 % v prípade ľudí bez zdravotného postihnutia. Vzhľadom na svoju situáciu musia znášať ešte ďalšie náklady a kríza životných nákladov tieto nerovnosti prehlbuje, čo ohrozuje ich prístup k starostlivosti a vedie k zhoršeniu ich zdravotného stavu ([4]).

2.4. Inflácia zasahuje aj rozpočty systémov zdravotníctva, pričom hrozí, že poskytovatelia zvýšia ceny alebo obmedzia dostupnosť verejnej zdravotnej starostlivosti. Je nevyhnutné, aby členské štáty vypracovali dlhodobé stratégie, ktoré umožnia zvládnuť dosah inflácie na zdravotnícke systémy a zaručia kvalitu a prístupnosť služieb, inak by sa mohlo stať, že nebudú cenovo dostupné ([5]).

2.5. V roku 2022 takmer 25 % ľudí ohrozených chudobou v EÚ uviedlo, že má mierne alebo závažné pohybové ťažkosti, a 19 % malo problémy s hradením výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Z tejto štatistiky vyplýva, že ľudia žijúci v zlých sociálno-ekonomických podmienkach majú nepomerne viac zdravotných problémov a narážajú na väčšie finančné prekážky, keď chcú získať potrebnú pomoc ([6]).

2.6. V jednotlivých členských štátoch je situácia veľmi odlišná. V roku 2022 sa podiel osôb ohrozených chudobou, ktoré mali ťažkosti uhrádzať zdravotné výdavky, pohyboval od 43 % v Bulharsku po 3,4 % v Estónsku. Tieto rozdiely svedčia o tom, že kľúčovú úlohu, pokiaľ ide o zmierňovanie alebo zhoršovanie dosahu chudoby na prístup k zdravotnej starostlivosti, zohrávajú vnútroštátne zdravotnícke politiky a systémy ([7]).

3. **Zásady a usmernenia**

3.1. Zásada 16 Európskeho piliera sociálnych práv zaručuje každému jedincovi včasný prístup ku kvalitnej a cenovo dostupnej preventívnej a liečebnej zdravotnej starostlivosti. To znamená, že náklady a čakacie zoznamy nesmú brániť prístupu k zdravotnej starostlivosti, a poskytuje základ pre zdravotnícke politiky EÚ a jednotlivých štátov.

3.2. Zásada 18 Európskeho piliera sociálnych práv zaručuje právo na kvalitné a cenovo dostupné služby dlhodobej starostlivosti, poskytované najmä doma a na miestnej úrovni. Tieto služby pomáhajú osobám so zdravotným postihnutím, pacientom s chronickým ochorením alebo zraniteľným osobám, ktoré potrebujú intenzívnu pomoc pri každodenných činnostiach, pričom náklady na ne by vďaka primeranému financovaniu z verejných zdrojov nemali byť prekážkou.

3.3. Program EU4Health (2021 – 2027) má za cieľ vybudovať silnejšie, odolnejšie a dostupnejšie systémy zdravotnej starostlivosti, poskytuje finančnú podporu v sektore zdravotníctva a pomáha zvládať dlhodobé výzvy v oblasti zdravia. Je dôkazom toho, že EÚ sa usiluje investovať do systémov zdravotnej starostlivosti a zlepšiť dostupnosť zdravotníckych služieb ([8]).

3.4. Farmaceutická stratégia pre Európu má predovšetkým zabezpečiť prístup k cenovo dostupným liekom a zaistiť finančnú udržateľnosť systémov zdravotnej starostlivosti. V stratégii sa uznáva, že drahé lieky predstavujú čoraz väčší problém, a navrhujú sa opatrenia, ako je revízia farmaceutických právnych predpisov, spolupráca v oblasti cenových politík a zvýšená transparentnosť s cieľom zmierniť vysoké náklady na lieky ([9]).

([4]) *Disability statistics – poverty and income inequalities* (Štatistika v oblasti zdravotného postihnutia – chudoba a príjmová nerovnosť), Eurostat, 2024: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_poverty_and_income_inequalities.

([5]) Európske stredisko pre monitorovanie politík a systémov v oblasti zdravia, 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/SK/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2021.107.01.0001.01.SLK.

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

3.5. Odporúčanie Rady týkajúce sa prístupu k cenovo dostupnej, vysokokvalitnej dlhodobej starostlivosti (z roku 2022) sa zameriava na vhodnosť a kvalitu služieb dlhodobej starostlivosti, ale vzhľadom na svoju právnu povahu nestanovuje spoločné vymedzenie týchto služieb. Aj v konkrétnych oblastiach, ako je dlhodobá starostlivosť, kde existujú cezhraničné aspekty, napríklad mobilita pracovnej sily, sa pozornosť zameriava na kvalitu a cenovú dostupnosť. Vysvetľuje sa to rozdelením právomocí a odlišnosťami v spôsobe organizácie a poskytovania dlhodobej starostlivosti v členských štátoch, čo ovplyvňujú kultúrne a demografické faktory. EHSV však konštatuje, že na účely odporúčania je „dlhodobá starostlivosť" vymedzená ako „súbor služieb a pomoci poskytovaných osobám, ktoré sú v dôsledku dlhodobej duševnej a/alebo fyzickej krehkosti, choroby a/alebo zdravotného postihnutia odkázané na podporu pri činnostiach každodenného života a/alebo potrebujú stálu ošetrovateľskú starostlivosť. Činnosti každodenného života, pri ktorých je potrebná podpora, môžu byť sebaobslužné činnosti, ktoré musí táto osoba každodenne vykonávať, a to činnosti každodenného života, ako je kúpanie, obliekanie, jedenie, ukladanie sa na lôžko a vstávanie z lôžka či sadanie na stoličku alebo vstávanie zo stoličky, presúvanie sa, používanie toalety, kontrola vyprázdňovania moču a stolice, alebo môžu súvisieť s nezávislým životom a to inštrumentálne činnosti každodenného života, ako je príprava jedla, manipulácia s peniazmi, nakupovanie potravín alebo predmetov osobnej potreby, vykonávanie ľahkých alebo ťažkých domácich prác a používanie telefónu" ([10]).

3.6. EHSV vo svojom stanovisku na tému *Stratégia v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve a starostlivosti pre budúcnosť Európy* ([11]) navrhol európsku záruku starostlivosti, ktorá môže zabezpečiť, aby mal každý, kto žije v EÚ, celoživotný prístup k cenovo dostupným a kvalitným službám zdravotnej a opatrovateľskej starostlivosti, vyriešiť nedostatky v starostlivosti a podporiť dôstojné pracovné podmienky.

3.7. V stanovisku EHSV na tému *Boj proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu: využitie sily sociálneho hospodárstva a sociálno-ekonomických inovácií* ([12]) sa poukazuje na spojitosť medzi bojom proti chudobe a prístupom k zdravotnej starostlivosti, pričom sa zdôrazňuje potreba integrovaných riešení. Odstránenie chudoby a rizika chudoby je základnou podmienkou na zabezpečenie spravodlivého prístupu k službám, ako je zdravotná starostlivosť ([13]).

3.8. V stanovisku na tému *Vytvorenie európskej hlavnej iniciatívy na podporu zdravia* ([14]) EHSV vyzýva na vytvorenie iniciatívy ktorá by vychádzala zo zásad všeobecnosti, kvality, prístupnosti, solidarity a inkluzívnosti, a navrhuje zaviesť európsku záruku pre oblasť starostlivosti a zdravia.

3.9. 3.9 V stanovisku na tému *Návrh smernice Európskeho parlamentu a Rady o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti* ([15]) EHSV ocenil cieľ vytvoriť jasný rámec pre cezhraničnú starostlivosť, ale zdôraznil, že je nevyhnutné zosúladiť otázku subsidiarity s potrebou koherentného spôsobu fungovania, a do právnych predpisov jednotlivých štátov treba začleniť európsku chartu práv pacientov. V konečnom znení smernice 2011/24/EÚ **nariadenie Európskeho parlamentu a Rady** ([16]), ktoré bolo prijaté, sa zohľadnili stanoviská rôznych inštitúcií vrátane EHSV.

3.10. V smernici Európskeho parlamentu a Rady (PE-CONS 49/24) ([17]), ktorou sa ustanovuje európsky preukaz osoby so zdravotným postihnutím a európsky parkovací preukaz pre osoby so zdravotným postihnutím, sa stanovuje prenosnosť nároku „na osobitné služby na základe zdravotného postihnutia v členskom štáte, do ktorého cestujú alebo ktorý navštívia", čo sa označuje ako „osobná asistencia".

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

([11]) Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru k pracovnej sile v zdravotníctve a stratégii starostlivosti pre budúcnost Európy (vlastná iniciatíva) (Ú. v. EÚ 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) (Ú. v. EÚ C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru k boju proti chudobe a sociálnemu vylúceniu: využitie potenciálu sociálnej ekonomiky a socioekonomických inovácií (prieskumné stanovisko) (Ú. v. EÚ C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru – Vytváranie európskej vlajkovej iniciatívy pre zdravie (vlastná iniciatíva) (Ú. v. EÚ C, C/2025/105, 10.1.2025, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru k návrhu smernice Európskeho parlamentu a Rady o uplatnovaní práv pacientov v cezhranicnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ C 175, 28.7.2009, s. 11628.7.2009, s. 116), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927.

([16]) Smernica 2011/24/EÚ Európskeho parlamentu a Rady z 9. marca 2011 o uplatnovaní práv pacientov v cezhranicnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4.4.2011, s. 45), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

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

4. **Poznať a odstrániť nerovnosti**

4.1. Je nevyhnutné monitorovať uplatňovanie zásad 16 a 18 piliera Európskeho piliera sociálnych práv, za čo by mali niesť zodpovednosť členské štáty, ktoré musia zabezpečiť cenovo dostupný prístup k zdravotnej a dlhodobej starostlivosti. Preto sa na poskytovanie verejnej zdravotnej starostlivosti a príslušnú infraštruktúru musia vyčleniť primerané finančné prostriedky.

4.2. Podpora sociálneho hospodárstva a sociálnych inovácií by mohla ponúknuť nové možnosti, ako zlepšiť prístup najzraniteľnejšie skupín obyvateľstva k zdravotnej starostlivosti. Musia sa zabezpečiť primerané verejné investície, avšak preskúmanie alternatívnych modelov poskytovania a financovania zdravotnej starostlivosti by mohlo pomôcť prekonať tradičné prekážky.

4.3. Na zlepšenie zdravotníckej infraštruktúry a služieb sú nevyhnutné finančné prostriedky. Je dôležité zabezpečiť, aby sa financovanie a iniciatívy v rámci programu EU4Health (2021 – 2027) zameriavali na odstraňovanie finančných prekážok brániacich prístupu k zdravotnej starostlivosti, a na riešenia, ktoré zabezpečia jeho primeranú udržateľnosť.

4.4. Vzhľadom na veľké územné rozdiely sa zdá byť dôležité realizovať výskum s cieľom pochopiť príčiny a dôvody, prečo sú politiky v niektorých krajinách účinnejšie, hoci je tam rovnaký výskyt chudoby.

4.5. Mohlo by byť užitočné podporovať výmenu osvedčených postupov pri vytváraní a zavádzaní inkluzívnych politík v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti. V tejto súvislosti by sa mala zvážiť aj možnosť vytvoriť spoločnú základnú nomenklatúru zdravotníckych a sociálnych služieb, ktorá pomôže prekonať sémantické ťažkosti, uľahčí porovnávanie a položí základy pre spoločnú analýzu, na základe čoho sa budú môcť vypracovať spoločné usmernenia.

4.6. Referenčným modelom na dosiahnutie jednotnej a spoločnej nomenklatúry by mohla byť európska sieť verejných služieb zamestnanosti (VSZ), ktorá v snahe zefektívniť verejné služby zamestnanosti podporuje porovnávanie medzi krajinami, hľadá osvedčené postupy založené na vedeckých dôkazoch a propaguje medzi európskymi VSZ vzájomné učenie. Do tejto siete sú zapojené všetky členské štáty EÚ, ako aj Nórsko, Island a Európska komisia.

4.7. Mali by sa vypracovať usmernenia alebo odporúčania na úrovni EÚ, ktoré pomôžu pri riešení konkrétnych problémov brániacich prístupu, ako sú finančné ťažkosti, organizačné a diskriminačné prekážky a osobná situácia. S pomocou Európskej komisie by sa členské štáty mali orientovať na politiky s cieľom:

— zabezpečiť primerané investície do systémov verejného zdravotníctva, aby sa zaručil všeobecný a cenovo dostupný prístup ku kvalitnej starostlivosti,

— posilniť záchranné siete sociálneho zabezpečenia vrátane systémov minimálneho príjmu a dávok v nezamestnanosti, aby sa znížila miera chudoby a riziko chudoby, ktoré vplývajú na prístup k zdravotníckym a opatrovateľským službám,

— zaviesť opatrenia umožňujúce znížiť alebo kompenzovať náklady na zdravotnú a dlhodobú starostlivosť, ktoré podľa vnútroštátnych predpisov znášajú jednotlivci a domácnosti s nízkymi príjmami,

— zlepšiť prístupnosť a dostupnosť sociálnych služieb vrátane dlhodobej starostlivosti, podpory na bývanie a služieb pre rodiny s deťmi,

— odstrániť prekážky v prístupe k zdravotnej starostlivosti, ako sú dlhé čakacie lehoty, nedostatok pracovníkov a nedostatočná koordinácia medzi rôznymi úrovňami starostlivosti,

— zaviesť cielené programy na zvyšovanie informovanosti, ktoré umožnia oboznámiť zraniteľné skupiny obyvateľstva s dostupnými zdravotníckymi a sociálnymi službami.

4.8. EHSV by mohol prispieť k dosiahnutiu týchto cieľov vďaka svojej funkcii sprostredkovateľa účinných postupov a zapojiť občiansku spoločnosť do propagovania výsledkov analýz a výskumov.

V Bruseli 16. júna 2025

Predseda
Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru
Oliver RÖPKE