C/2025/5142

28.10.2025

Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora

Boj proti neenakostim pri dostopu prebivalstva do zdravstvenega varstva

(mnenje na lastno pobudo)

(C/2025/5142)

Poročevalec: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Svetovalec	Carlo GIACOBINI (za poročevalca)
Sklep plenarne skupščine	23. 1. 2025
Pravna podlaga	člen 52(2) Poslovnika (mnenje na lastno pobudo)
Pristojnost	strokovna skupina za zaposlovanje, socialne zadeve in državljanstvo
Datum sprejetja na seji strokovne skupine	27. 6. 2025
Datum sprejetja na plenarnem zasedanju	16. 6. 2025
Plenarno zasedanje št.	598
Rezultat glasovanja (za/proti/vzdržani)	176/0/4

1. Sklepi in priporočila

1.1 Evropski ekonomsko-socialni odbor (EESO) poudarja, da je nujno obravnavati vse večje neenakosti pri dostopu do zdravstvenega varstva v EU, ki so jih še poglobile sedanja kriza zaradi visokih življenjskih stroškov, vpliv visoke inflacije in tveganje revščine.

1.2 EESO poudarja, da gospodarske težave dodatno omejujejo dostop do zdravstvenega varstva, kar nesorazmerno vpliva na najranljivejše skupine prebivalstva, vključno z invalidi, otroki in starejšimi. Zato je treba v skladu z nacionalnimi pravili sprejeti ukrepe za zmanjšanje ali nadomestilo stroškov zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe za posameznike in gospodinjstva z nizkimi dohodki.

1.3 EESO ponovno poudarja, kako pomembno je zagotoviti in podpirati praktično izvajanje načel 16 in 18 evropskega stebra socialnih pravic, ki določata pravico do pravočasnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva oziroma do cenovno dostopne in kakovostne dolgotrajne oskrbe, ki ji je treba nameniti ustrezna javna sredstva.

1.4 EESO meni, da je pravica do zdravljenja temeljna pravica, da je dostop do socialne zaščite neločljivo povezan z zagotavljanjem temeljnih pravic in da je to treba doseči z večjo preglednostjo nacionalnih pravic in storitev.

1.5 EESO pozdravlja pobude in strategije EU, kot sta program EU za zdravje in evropska strategija za zdravila, namenjene krepitvi zdravstvenih sistemov in zagotavljanju dostopa do zdravil, vendar predlaga ukrepe za spremljanje njihove dejanske in enotne uporabe v Evropski uniji, poleg revizije farmacevtske zakonodaje, sodelovanja pri cenovnih politikah in večje preglednosti za ublažitev visokih stroškov zdravil.

1.6 EESO poudarja, da je potreben jasnejši, učinkovitejši in preglednejši okvir za čezmejno zdravstveno varstvo, ki bo subsidiarnost in različne standarde na področju zdravstvenega varstva združil s potrebo po usklajenem izvajanju čezmejnega zdravljenja.

1.7 EESO priporoča spodbujanje pobud za izmenjavo dobrih praks v zvezi z vključujočimi politikami zdravstvenega in socialnega varstva, tudi razmislek o možnosti razvoja skupne osnovne nomenklature zdravstvenih in socialnih storitev, da bi odpravili semantične težave, omogočili lažjo primerjavo in postavili temelje za skupne analize, ki so osnovni pogoj za pripravo skupnih smernic.

1.8 EESO poudarja, da je treba odločneje ukrepati, da bi načela in strategije prinesli konkretne rezultate, ter znova predlaga zlasti uvedbo evropskega jamstva za oskrbo, s katerim bi dosegli, da bi imeli vsi prebivalci EU vse življenje dostop do cenovno ugodnih in kakovostnih storitev zdravstvenega varstva in oskrbe, odpravljali pomanjkljivosti oskrbe in spodbujali dostojne delovne pogoje z možnostmi usposabljanja.

1.9 EESO priporoča:

— spremljanje izvajanja načel evropskega stebra socialnih pravic in zagotovitev, da države članice prevzamejo svoje odgovornosti;

— skrb, da bodo zadostne naložbe v javne sisteme zdravstvenega varstva ter financiranje in pobude EU posebej usmerjeni v zmanjšanje ekonomskih ovir za dostop do zdravstvenega varstva;

— raziskave za razumevanje teritorialnih razlik v učinkovitosti zdravstvenih politik;

— razvoj smernic na ravni EU za odpravo posebnih ovir za dostop, tudi finančnih, organizacijskih in diskriminatornih ovir;

— spodbujanje socialne ekonomije in socialnih inovacij za izboljšanje dostopa do zdravstvenega varstva.

1.10 EESO je pripravljen dejavno prispevati k tem ciljem z vključevanjem socialnih partnerjev in organizacij civilne družbe.

2. **Splošne ugotovitve**

2.1 Visoka inflacija in kriza zaradi visokih življenjskih stroškov, ki so se povečali za 10 %, zmanjšujeta kupno moč gospodinjstev v EU. Zato je težko pokriti bistvene izdatke, tudi stroške za zdravstveno varstvo, ki so lahko neposredni (doplačila, zdravila) in posredni (prevoz, izguba plače), težave pa so še večje zaradi pomanjkanja usposobljenih zdravstvenih delavcev. Iz podatkov Eurostata za leto 2023 je razvidno, da 3,8 % prebivalstva EU ni zadovoljilo svojih potreb po zdravstvenem varstvu. Med razlogi za to je 2,4 % vprašanih navedlo previsoke stroške, zlasti v državah, kjer mora zdravljenje plačati pacient, ki se mu nato stroški povrnejo iz sistema socialne varnosti ([1]). To lahko privede do zamud pri iskanju zdravstvene oskrbe ali do opustitve potrebnega zdravljenja, kar dolgoročno škodi zdravju ([2]).

2.2 Raven dohodka in dostop do zdravstvenega varstva sta v jasnem sorazmerju: leta 2023 je o neizpolnjenih potrebah po zdravstvenem varstvu zaradi visokih stroškov poročalo za 2,2 % oseb iz najnižjega dohodkovnega kvintilnega razreda, v primerjavi z 0,2-odstotnim deležem oseb iz najvišjega kvintilnega razreda. To kaže, da zdravstveni sistemi najranljivejšim skupinam prebivalstva ne omogočajo ustrezne zaščite, zaradi inflacije pa se stanje še poslabšuje, kar povzroča zamude pri zdravljenju ali njegovo opustitev ([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 Invalidi so še zlasti izpostavljeni tveganju: v letu 2023 je bilo tveganju revščine ali socialne izključenosti izpostavljenih 28,8 % invalidov, v primerjavi z 18,0 % neinvalidnih oseb. S krizo zaradi naraščajočih življenjskih stroškov se te neenakosti še povečujejo, saj morajo invalidi kriti dodatne stroške, povezane z njihovim zdravstvenim stanjem. Zato se lahko zmanjša njihov dostop do zdravstvenega varstva in poslabša njihovo zdravstveno stanje ([4]).

2.4 Inflacija negativno vpliva tudi na proračune zdravstvenih sistemov in obstaja tveganje, da bodo ponudniki zvišali cene ali zmanjšali razpoložljivost javno financirane oskrbe. Bistveno je, da države članice razvijejo dolgoročne strategije za obvladovanje učinkov inflacije na zdravstvene sisteme ter zagotavljanje kakovosti in razpoložljivosti storitev, sicer bo ogrožena cenovna dostopnost ([5]).

2.5 Leta 2022 je skoraj 25 % ljudi v EU, ki so bili izpostavljeni tveganju revščine, poročalo o zmernih ali hudih težavah z gibljivostjo, 19 % pa jih je imelo težave pri kritju zdravstvenih stroškov. Iz teh statističnih podatkov je razvidno, da so ljudje v negotovih socialno-ekonomskih razmerah nesorazmerno prizadeti zaradi zdravstvenih težav in se spoprijemajo z večjimi finančnimi ovirami pri dostopu do potrebne pomoči ([6]).

2.6 Razmere med državami članicami se zelo razlikujejo. Leta 2022 se je delež oseb, ki so bile izpostavljene tveganju revščine in so imele težave s kritjem zdravstvenih stroškov, gibal od 43 % v Bolgariji do 3,4 % v Estoniji. Te razlike poudarjajo ključno vlogo nacionalnih zdravstvenih politik in sistemov pri blaženju ali večanju vpliva revščine na dostop do varstva ([7]).

3. **Načela in smernice**

3.1 Načelo 16 evropskega stebra socialnih pravic določa, da ima vsakdo pravico do pravočasnega dostopa do kakovostnega in cenovno dostopnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva. To pomeni, da stroški in čakalne liste ne smejo ovirati dostopa do oskrbe; to načelo je tudi podlaga za zdravstvene politike na ravni EU in nacionalni ravni.

3.2 Z načelom 18 evropskega stebra socialnih pravic se jamči pravica do kakovostnih in cenovno dostopnih storitev dolgotrajne oskrbe, zlasti oskrbe na domu in v skupnosti. Gre za storitve podpore za osebe, ki zaradi invalidnosti, kronične bolezni ali oslabelosti potrebujejo intenzivno pomoč pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti. Stroški teh storitev ne bi smeli biti ovira, zato jih je treba ustrezno podpreti z javnimi sredstvi.

3.3 Program EU za zdravje (2021–2027) je namenjen oblikovanju močnejših, odpornejših in dostopnejših zdravstvenih sistemov. S finančno podporo zdravstvenemu sektorju prispeva k reševanju dolgoročnih zdravstvenih izzivov. Program dokazuje, da je EU zavezana naložbam v zdravstvene sisteme, ki izboljšujejo tudi dostopnost ([8]).

3.4 Eden glavnih ciljev evropske strategije za zdravila je poskrbeti, da imajo pacienti dostop do cenovno ugodnih zdravil in da sistemi zdravstvenega varstva ostanejo finančno vzdržni. V strategiji je priznan vse večji izziv zaradi dragih zdravil, predlagani pa so tudi ukrepi, kot so revizija zakonodaje o zdravilih, sodelovanje pri cenovnih politikah in večja preglednost, da se ublažijo visoke cene zdravil ([9]).

([4]) *Disability statistics – poverty and income inequalities* (Statistični podatki o invalidnosti – revščina in dohodkovna neenakost), 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/SL/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2021.107.01.0001.01.SLV.
([9]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761.

3.5 V priporočilu Sveta o dostopu do cenovno dostopne visokokakovostne dolgotrajne oskrbe (2022) sta obravnavani ustreznost in kakovost storitev dolgotrajne oskrbe, vendar zaradi njegove pravne narave v njem ni skupne opredelitve zanje. Tudi na specifičnih področjih, kot je dolgotrajna oskrba, kjer obstajajo čezmejni vidiki, kot je mobilnost delovne sile, je poudarek še vedno na kakovosti in cenovni dostopnosti. To je mogoče pojasniti z delitvijo pristojnosti in razlikami v načinu organizacije in izvajanja dolgotrajne oskrbe v državah članicah, na kar vplivajo kulturni in demografski dejavniki. Vendar EESO ugotavlja, da v tem priporočilu „dolgotrajna oskrba“ pomeni „vrsto storitev in pomoči za ljudi, ki so zaradi duševne in/ali telesne oslabelosti, bolezni in/ali invalidnosti v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri dnevnih opravilih in/ali potrebujejo določeno stalno zdravstveno nego. Dnevna opravila, pri katerih se potrebuje pomoč, so lahko opravila samooskrbe, ki jih mora oseba opravljati vsak dan, to so osnovna dnevna opravila, kot so kopanje, oblačenje, hranjenje, sedanje na posteljo ali stol oziroma vstajanje s postelje ali stola, premikanje, uporaba stranišča in nadzorovanje funkcij mehurja in črevesja, ali pa so lahko povezana s samostojnim življenjem in sicer podporna dnevna opravila, kot so priprava obrokov, upravljanje denarja, nakupovanje živil ali osebnih pripomočkov, opravljanje lahkih ali težkih gospodinjskih opravil in uporaba telefona.“ ([10])

3.6 EESO je v mnenju o *strategiji za zdravstveno osebje in oskrbo za prihodnost Evrope* ([11]) predlagal uvedbo evropskega jamstva za oskrbo, s katerim bi dosegli, da bi imeli vsi prebivalci EU dostop do cenovno ugodnih in kakovostnih storitev zdravstvenega varstva in oskrbe, odpravljali pomanjkljivosti in spodbujali dostojne delovne pogoje.

3.7 EESO je v mnenju o *boju proti revščini in socialni izključenosti z izkoriščanjem moči socialnega gospodarstva in socialno-ekonomskih inovacij* ([12]) opozoril na povezavo med bojem proti revščini in dostopom do zdravstvenega varstva ter poudaril, da so potrebne celostne rešitve. Boj proti revščini in tveganju revščine je eden od osnovnih pogojev za pravičen dostop do storitev, kot je zdravstveno varstvo ([13]).

3.8 EESO se je v mnenju o *oblikovanju evropske vodilne pobude za zdravstvo* ([14]) zavzel za pobudo, ki bi temeljila na načelih univerzalnosti, kakovosti, dostopnosti, solidarnosti in vključevalnosti. Predlagal je tudi vzpostavitev evropskega jamstva za oskrbo in zdravje.

3.9 EESO je v mnenju o *predlogu direktive Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva* ([15]) pozdravil cilj o vzpostavitvi jasnega okvira za čezmejno zdravstveno varstvo, vendar poudaril, da je treba subsidiarnost uskladiti s potrebo po doslednem izvajanju ter v nacionalne zakonodaje prenesti načela evropske listine pravic pacientov. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta ([16]) je bila nato sprejeta ob upoštevanju mnenj različnih institucij, vključno z EESO.

3.10 V direktivi Evropskega parlamenta in Sveta (PE-CONS 49/24) o uvedbi evropske kartice ugodnosti za invalide in evropske parkirne karte za invalide ([17]) je določena prenosljivost pravice upravičencev do „posebnih storitev na podlagi invalidnosti v državi članici, v katero potujejo ali ki jo obiščejo“, za katero se uporablja izraz „osebna pomoč“.

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

([11]) Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora – Strategija za zdravstveno osebje in oskrbo za prihodnost Evrope (mnenje na lastno pobudo) (UL C 486, 21.12.2022, str. 37).

([12]) Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora – Boj proti revščini in socialni izključenosti z izkoriščanjem moči socialnega gospodarstva in socialno-ekonomskih inovacij (raziskovalno mnenje) (UL C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora – Boj proti revščini in socialni izključenosti z izkoriščanjem moči socialnega gospodarstva in socialno-ekonomskih inovacij (raziskovalno mnenje) (UL C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora – Oblikovanje evropske vodilne pobude za zdravstvo (mnenje na lastno pobudo) (UL C, C/2025/105, 10.1.2025, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o predlogu direktive Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva (UL C 175, 28.7.2009, str. 116), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927.

([16]) Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L 88, 4.4.2011, str. 45), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

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

4. **Razumevanje in odpravljanje neenakosti**

4.1 Bistveno je spremljati izvajanje načel 16 in 18 evropskega stebra socialnih pravic ter državam članicam naložiti odgovornost, da poskrbijo za ekonomsko vzdržen dostop do zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Za to je potrebno ustrezno financiranje javnega zdravstvenega varstva in infrastrukture.

4.2 S spodbujanjem socialne ekonomije in socialnih inovacij bi lahko vzpostavili nove pristope za izboljšanje dostopa najranljivejših skupin prebivalstva do zdravstvenega varstva. Poskrbeti je treba za ustrezne javne naložbe, vendar bi preučitev alternativnih modelov zagotavljanja in financiranja zdravstvenega varstva lahko pripomogla k premagovanju tradicionalnih ovir.

4.3 Finančna sredstva so ključna za izboljšanje zdravstvene infrastrukture in storitev. Pomembno je poskrbeti, da bodo financiranje in pobude na podlagi programa EU za zdravje (2021–2027) usmerjeni v zmanjšanje ekonomskih ovir za dostop do zdravstvenega varstva in rešitve za njegovo primerno vzdržnost.

4.4 Glede na velike teritorialne razlike se zdi pomembno, da se razvijejo raziskave za razumevanje vzrokov in razlogov, zakaj so v nekaterih državah politike učinkovitejše, čeprav so tudi v njih podobni pojavi revščine.

4.5 Koristno se zdi spodbujati izmenjavo dobrih praks pri razvoju in izvajanju vključujočih politik zdravstvenega in socialnega varstva. V tem smislu bi bilo treba razmisliti tudi o možnosti razvoja skupne osnovne nomenklature zdravstvenih in socialnih storitev, da bi odpravili semantične težave, omogočili lažjo primerjavo in postavili temelje za skupne analize, ki so osnovni pogoj za pripravo skupnih smernic.

4.6 Referenčni model za vzpostavitev enotne in skupne nomenklature bi lahko bila mreža javnih zavodov za zaposlovanje, ki za izboljšanje učinkovitosti javnih zavodov za zaposlovanje spodbuja primerjavo med državami, opredeljuje primere dobre prakse na podlagi znanstvenih dokazov in podpira vzajemno učenje med evropskimi javnimi zavodi za zaposlovanje. V to mrežo so vključene vse države članice, Norveška, Islandija in Evropska komisija.

4.7 Koristno je pripraviti smernice ali priporočila na ravni EU za odpravo specifičnih ovir za dostop, kot so finančne težave, organizacijske in diskriminatorne ovire in osebne okoliščine. S posredovanjem Komisije bi bilo treba države članice usmeriti k politikam, katerih cilj je:

— zagotoviti ustrezne naložbe v sisteme javnega zdravstva za splošen in cenovno ugoden dostop do kakovostne oskrbe;

— okrepiti mreže socialne varnosti, vključno s shemami minimalnega dohodka in nadomestili za brezposelnost, da bi zmanjšali revščino in tveganje revščine, kar vpliva na dostop do zdravstvenih storitev in oskrbe;

— izvajati ukrepe za zmanjšanje ali nadomestilo stroškov zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe za posameznike in gospodinjstva z nizkimi dohodki v skladu z nacionalnimi pravili;

— izboljšati dostopnost in razpoložljivost socialnih storitev, vključno z dolgotrajno oskrbo, stanovanjsko podporo in storitvami za družine z otroki;

— odpraviti ovire za dostop do zdravstvenega varstva, kot so dolge čakalne dobe ter pomanjkanje delovne sile in usklajevanja med različnimi ravnmi oskrbe;

— izvajati ciljno usmerjene programe ozaveščanja, namenjene povezovanju ranljivih skupin prebivalstva z razpoložljivimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami.

4.8 EESO lahko prispeva k uresničevanju teh ciljev, in sicer lahko izkoristi svojo vlogo pospeševalca pozitivnih procesov ter v spodbujanje poglobljenih študij in raziskav vključi civilno družbo.

V Bruslju, 16. julija 2025

Predsednik
Evropskega ekonomsko-socialnega odbora
Oliver RÖPKE