Europeiska unionens
officiella tidning

SV
C-serien

C/2025/5142

28.10.2025

Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén

Att motverka ojämlikhet i människors tillgång till hälso- och sjukvård

(yttrande på eget initiativ)

(C/2025/5142)

Föredragande: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Rådgivare	Carlo GIACOBINI (för föredraganden)
Beslut av plenarförsamlingen	23.1.2025
Rättslig grund	Artikel 52.2 i arbetsordningen (yttrande på eget initiativ)
Ansvarig sektion	Sysselsättning, sociala frågor och medborgarna
Antagande av sektionen	27.6.2025
Antagande vid plenarsessionen	16.6.2025
Plenarsession nr	598
Resultat av omröstningen (för/emot/nedlagda röster)	176/0/4

1. Slutsatser och rekommendationer

1.1 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén (EESK) betonar det akuta behovet av att ta itu med den ökande ojämlikheten i tillgången till hälso- och sjukvård inom EU, som förvärras av den nuvarande krisen med ökade levnadskostnader, effekterna av hög inflation och risken för fattigdom.

1.2 EESK påpekar att ekonomiska svårigheter leder till begränsad tillgång till hälso- och sjukvård, med oproportionerliga konsekvenser för de mest utsatta befolkningsgrupperna, däribland personer med funktionsnedsättning, barn och äldre. Detta innebär att åtgärder behöver vidtas för att minska eller kompensera kostnaderna för enskilda personer och låginkomsthushåll i samband med hälso- och sjukvård och långvarig vård och omsorg, i enlighet med nationella regler.

1.3 EESK erinrar om vikten av att säkerställa och stödja ett verkligt genomförande av principerna 16 och 18 i den europeiska pelaren för sociala rättigheter, i vilka man fastställer rätten att snabbt få tillgång till förebyggande och behandlande hälso- och sjukvård samt högkvalitativ och ekonomiskt överkomlig långvarig vård och omsorg, och noterar att denna rätt bör tryggas genom lämplig offentlig finansiering.

1.4 Kommittén anser att rätten till vård är en grundläggande rättighet samt att tillgången till socialt skydd är nära kopplad till säkerställandet av grundläggande rättigheter och att den behöver tryggas genom förbättrad öppenhet kring nationella rättigheter och förmåner.

1.5 EESK välkomnar EU:s initiativ och strategier, såsom programmet EU för hälsa och läkemedelsstrategin för Europa, som syftar till att stärka hälso- och sjukvårdssystemen och säkerställa tillgången till läkemedel, men föreslår att åtgärder vidtas för att övervaka att de genomförs på ett konkret och enhetligt sätt inom EU. För att minska de höga läkemedelskostnaderna bör man även se över läkemedelslagstiftningen, samarbeta i fråga om principerna för prissättning och öka insynen.

1.6 Det är viktigt att säkerställa en tydligare, effektivare och öppnare ram för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, i vilken man beaktar såväl subsidiariteten inom hälso- och sjukvården – i enlighet med gällande regler i respektive land – som behovet av ett enhetligt tillvägagångssätt vid gränsöverskridande behandlingar.

1.7 EESK rekommenderar att man främjar relevanta initiativ för utbyte av god praxis när det gäller politiken på områdena hälso- och sjukvård och social välfärd, bland annat genom att överväga att utveckla en gemensam grundläggande nomenklatur för hälso- och sjukvårdstjänster och sociala tjänster för att ta itu med semantiska problem, underlätta jämförelser och möjliggöra gemensamma analyser, så att gemensamma riktlinjer kan utarbetas.

1.8 EESK betonar behovet av kraftfullare åtgärder för att omsätta principer och strategier i konkreta resultat, och vill på nytt särskilt föreslå att en europeisk vård- och omsorgsgaranti införs för att säkerställa att alla invånare i EU har permanent tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster och omsorgstjänster av god kvalitet till överkomligt pris, ta itu med bristen på omsorg och främja anständiga arbetsvillkor och utbildningsmöjligheter.

1.9 EESK anser att man bör vidta följande åtgärder:

— Övervaka genomförandet av principerna i den europeiska pelaren för sociala rättigheter och se till att medlemsstaterna tar sitt ansvar.

— Säkra tillräckliga investeringar i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen och se till att EU:s finansiering och initiativ särskilt inriktas på att minska de ekonomiska hindren för tillgång till hälso- och sjukvård.

— Bedriva forskning för att undersöka skillnader i hälsopolitikens ändamålsenlighet i olika regioner.

— Utarbeta riktlinjer på EU-nivå för att ta itu med specifika hinder för tillgången, inbegripet finansiella, organisatoriska och diskriminerande hinder.

— Främja den sociala ekonomin och social innovation för att förbättra tillgången till hälso- och sjukvård.

1.10 EESK är redo att bidra aktivt till dessa mål genom att involvera arbetsmarknadens parter och organisationer i det civila samhället.

2. **Allmänna kommentarer**

2.1 Den höga inflationen och krisen med ökade levnadskostnader har urholkat EU-hushållens köpkraft och höjt levnadskostnaderna med 10 %. Detta gör det svårt att täcka nödvändiga utgifter, även för hälso- och sjukvård, och det kan handla om såväl direkta (delbetalningar, läkemedel) och indirekta kostnader (transporter, utebliven lön). Ett annat problem i sammanhanget är bristen på utbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Eurostat-uppgifter från 2023 visar att 3,8 % av EU:s befolkning har icke tillgodosedda vårdbehov, och att kostnaderna är den främsta anledningen för 2,4 %, särskilt i länder där vården först måste betalas av patienten och sedan ersätts genom socialförsäkringssystemet ([1]). Detta kan leda till att man söker vård senare eller avstår från nödvändig behandling, vilket kan påverka hälsan negativt på längre sikt ([2]).

2.2 Det finns ett tydligt samband mellan inkomst och tillgång till hälso- och sjukvård: år 2023 uppgav 2,2 % av personerna i den lägsta inkomstkvintilen att de hade medicinska behov som inte tillgodosetts på grund av de höga kostnaderna, jämfört med 0,2 % i den högsta inkomstkvintilen. Detta visar att hälso- och sjukvårdssystemen inte skyddar de mest utsatta i tillräcklig utsträckning, och inflationen förvärrar situationen ytterligare och leder till att människor får vård senare eller avstår från att söka vård ([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 Personer med funktionsnedsättning är särskilt utsatta: år 2023 riskerade 28,8 % av dem att drabbas av fattigdom eller socialt utanförskap, jämfört med 18 % av personer utan funktionsnedsättning. Deras tillstånd innebär att det uppstår extra kostnader som de måste hantera, och levnadskostnadskrisen förvärrar denna ojämlika situation ytterligare eftersom deras tillgång till vård äventyras och deras hälsotillstånd försämras ([4]).

2.4 Inflationen påverkar också hälso- och sjukvårdssystemens budgetar, vilket medför en risk för att vårdgivarna höjer priserna eller minskar tillgången till offentlig vård. Det är mycket viktigt att medlemsstaterna utarbetar långsiktiga strategier för att hantera effekterna av inflationen på hälso- och sjukvårdssystemen och se till att tjänsternas kvalitet och tillgänglighet upprätthålls, för att undvika att tjänsternas ekonomiska överkomlighet äventyras ([5]).

2.5 År 2022 uppgav nästan 25 % av de personer som riskerade att drabbas av fattigdom i EU att de hade måttliga eller allvarliga rörelsenedsättningar, och 19 % av dem hade svårt att klara av sina sjukvårdskostnader. Dessa siffror visar att personer som befinner sig i en utsatt socioekonomisk situation drabbas oproportionerligt hårt av hälsoproblem och möter större ekonomiska hinder när de försöker få nödvändig vård eller omsorg ([6]).

2.6 Situationen varierar kraftigt mellan medlemsstaterna. Andelen personer som riskerade att drabbas av fattigdom och som hade svårt att täcka sina hälso- och sjukvårdskostnader varierade år 2022 från 43 % i Bulgarien till 3,4 % i Estland. Dessa skillnader visar vilken avgörande roll hälso- och sjukvårdspolitiken och de nationella hälso- och sjukvårdssystemen spelar för att mildra eller förvärra fattigdomens inverkan på tillgången till vård ([7]).

3. **Principer och riktlinjer**

3.1 Enligt princip 16 i den europeiska pelaren för sociala rättigheter har var och en rätt att i rätt tid få överkomlig, förebyggande vård och medicinsk behandling av god kvalitet. Detta innebär att kostnader och väntetider inte får hindra tillgången till vård, och är en grundläggande aspekt inom hälso- och sjukvårdspolitiken på EU-nivå och nationell nivå.

3.2 I princip 18 i den europeiska pelaren för sociala rättigheter fastställs rätten till ekonomiskt överkomliga tjänster av god kvalitet inom långvarig vård och omsorg, särskilt hemvård och lokalt förankrad vård. Dessa tjänster utgör ett stöd för personer som har funktionsnedsättningar eller kroniska sjukdomar eller är särskilt sårbara och behöver omfattande stöd för att klara av sina dagliga bestyr. Lämplig offentlig finansiering måste tillhandahållas för att se till att kostnaderna för dessa tjänster inte utgör ett hinder.

3.3 Syftet med programmet EU för hälsa (2021–2027) är att bygga upp mer robusta, resilienta och tillgängliga hälso- och sjukvårdssystem, och det tillhandahåller ekonomiskt stöd till hälso- och sjukvårdssektorn och bidrar till att ta itu med långsiktiga utmaningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Programmet är ett uttryck för att EU åtar sig att investera i hälso- och sjukvårdssystemen, bland annat genom att förbättra tillgängligheten ([8]).

3.4 De främsta målen med läkemedelsstrategin för Europa är att trygga tillgången till läkemedel till överkomligt pris och hälso- och sjukvårdssystemens finansiella hållbarhet. I strategin konstateras att dyra läkemedel utgör en allt större utmaning, och den omfattar förslag på åtgärder såsom att se över läkemedelslagstiftningen, samarbeta i fråga om principerna för prissättning och öka insynen för att mildra de höga läkemedelskostnaderna ([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/SV/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2021.107.01.0001.01.SWE.
([9]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761.

3.5 Rådets rekommendation om tillgång till långvarig vård och omsorg till överkomliga priser och av god kvalitet (2022) behandlar frågan om den långvariga vårdens och omsorgens lämplighet och kvalitet, men på grund av dokumentets rättsliga karaktär fastställs det inte någon gemensam definition av dessa tjänster i det. Även på särskilda områden som långvarig vård och omsorg, där det finns gränsöverskridande aspekter relaterade till bl.a. arbetskraftens rörlighet, ligger tonvikten fortfarande på kvalitet och överkomliga priser. Detta förklaras av kompetensfördelningen och skillnaderna i hur långvarig vård och omsorg organiseras och tillhandahålls i medlemsstaterna, som påverkas av kulturella och demografiska faktorer. EESK noterar dock att ”långvarig vård och omsorg” definieras på följande sätt i rekommendationen: ”[Ett] utbud av tjänster och stöd till personer som på grund av psykisk och/eller fysisk svaghet, sjukdom och/eller funktionsnedsättning under en längre tidsperiod är beroende av stöd för dagliga sysslor och/eller behöver viss permanent vård. De dagliga sysslor som en person kan behöva stöd till kan vara den egenvård som man måste utföra varje dag, närmare bestämt aktiviteter i det dagliga livet, såsom att bada eller duscha, klä på sig, äta, komma i och ur sängen eller en stol, förflytta sig, gå på toaletten och kontrollera urinblåsa och tarmfunktion, eller handla om självständigt boende, närmare bestämt instrumentella aktiviteter i det dagliga livet, som att laga mat, hantera pengar, handla mat och personliga saker, utföra lättare eller tyngre hushållsarbete och använda telefonen.” ([10])

3.6 I EESK:s yttrande ”Strategi för vårdpersonal samt vård och omsorg för Europas framtid” ([11]) föreslogs en europeisk vård- och omsorgsgaranti för att säkerställa att alla invånare i EU har tillgång till hälso-, sjukvårds- och omsorgstjänster av god kvalitet och till överkomligt pris, genom att åtgärda brister och främja anständiga arbetsvillkor.

3.7 I EESK:s yttrande ”Bekämpning av fattigdom och social utestängning: att ta till vara potentialen i den sociala ekonomin och socioekonomisk innovation” ([12]) betonas kopplingen mellan fattigdomsbekämpning och tillgång till hälso- och sjukvård, samt behovet av integrerade lösningar. Att ta itu med fattigdom och risken för fattigdom är en förutsättning för att säkerställa rättvis tillgång till tjänster såsom hälso- och sjukvård ([13]).

3.8 EESK efterlyser i sitt yttrande ”Ett europeiskt flaggskeppsinitiativ för hälsa” ([14]) ett initiativ baserat på principerna om universalitet, kvalitet, tillgänglighet, solidaritet och inkludering, och föreslår att en europeisk vård-, omsorgs- och hälsogaranti inrättas.

3.9 I EESK:s yttrande om ”Förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård” ([15]) välkomnades målet om en tydlig ram för gränsöverskridande vård, men samtidigt betonades behovet av ett konsekvent angreppssätt och av att integrera en europeisk strategi för patienträttigheter i de nationella bestämmelserna. Det efterföljande direktivet Europaparlamentets och rådets förordning (direktiv 2011/24/EU) ([16]) antogs med beaktande av institutionernas yttranden, inklusive EESK:s yttrande.

3.10 I Europaparlamentets och rådets direktiv om inrättande av EU-intyget om funktionsnedsättning och EU-parkeringstillståndet för personer med funktionsnedsättning (PE-CONS 49/24) ([17]) föreskrivs möjligheten att överföra rätten ”till särskilda tjänster på grund av funktionsnedsättning i den medlemsstat de reser till eller besöker”, så kallad ”personlig assistans”.

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

([11]) Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om Strategi för vårdpersonal samt vård och omsorg för Europas framtid (yttrande på eget initiativ) (EUT C 486, 21.12.2022, s. 37).

([12]) Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om Bekämpning av fattigdom och social utestängning: att ta till vara potentialen i den sociala ekonomin och socioekonomisk innovation (förberedande yttrande) (EUT C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om Bekämpning av fattigdom och social utestängning: att ta till vara potentialen i den sociala ekonomin och socioekonomisk innovation (förberedande yttrande) (EUT C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén – Ett europeiskt flaggskeppsinitiativ för hälsa (yttrande på eget initiativ) (EUT C, C/2025/105, 10.1.2025, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om Förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (EUT C 175, 28.7.2009, s. 116), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927.

([16]) Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (EUT L 88, 4.4.2011, s. 45) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

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

4. **Känna till och ta itu med ojämlikheter**

4.1 Det är mycket viktigt att övervaka genomförandet av principerna 16 och 18 i pelaren och att se till att medlemsstaterna tar sitt ansvar för att garantera tillgång till hälso- och sjukvård och långvarig vård och omsorg till överkomligt pris. Detta kräver lämplig finansiering av tillhandahållandet av och infrastrukturen för offentlig hälso- och sjukvård.

4.2 Ett främjande av den sociala ekonomin och social innovation skulle kunna ge upphov till nya sätt att förbättra tillgången till hälso- och sjukvård för de mest utsatta befolkningsgrupperna. Det är viktigt att säkra tillräckliga offentliga investeringar, samtidigt som utforskandet av alternativa modeller för tillhandahållande och finansiering av hälso- och sjukvård skulle kunna bidra till att ta itu med traditionella hinder.

4.3 Finansiella resurser är en viktig faktor för att förbättra infrastrukturen och tjänsterna på hälso- och sjukvårdsområdet. Det är viktigt att se till att finansiering och initiativ inom ramen för programmet EU för hälsa (2021–2027) inriktas på att minska de ekonomiska hindren för tillgång till hälso- och sjukvård och på lösningar som garanterar att detta sker på ett långsiktigt hållbart sätt.

4.4 Med tanke på de stora lokala och regionala skillnaderna förefaller det viktigt att utveckla forskning för att förstå vad de beror på och varför politiken är mer effektiv i vissa länder, även om fattigdomen ligger på en jämförbar nivå.

4.5 Det är enligt vår uppfattning lämpligt att främja utbyte av god praxis när det gäller utvecklingen och genomförandet av politiska strategier på områdena hälso- och sjukvård och social välfärd. I detta avseende bör man också överväga möjligheten att utveckla en gemensam grundläggande nomenklatur för hälso- och sjukvårdstjänster och sociala tjänster för att ta itu med semantiska problem, underlätta jämförelser och möjliggöra gemensamma analyser, så att gemensamma riktlinjer kan utarbetas.

4.6 Referensmodellen för att uppnå en enhetlig gemensam nomenklatur skulle kunna vara Europeiska nätverket för offentliga arbetsförmedlingar, som för att öka de offentliga arbetsförmedlingarnas effektivitet främjar jämförelser mellan länder, identifierar god praxis på grundval av vetenskapliga rön och uppmuntrar ömsesidigt lärande mellan offentliga arbetsförmedlingar i Europa. Alla medlemsstater, Norge, Island och Europeiska kommissionen ingår i detta nätverk.

4.7 Det skulle vara lämpligt att utarbeta riktlinjer eller rekommendationer på EU-nivå för att ta itu med specifika hinder för tillgång, såsom ekonomiska problem, organisatoriska och diskriminerande hinder samt personliga omständigheter. Med hjälp av kommissionen bör medlemsstaterna uppmuntras att på politisk väg

— säkerställa tillräckliga investeringar i offentliga hälso- och sjukvårdssystem för att säkerställa allmän tillgång till vård av god kvalitet till överkomligt pris,

— stärka de sociala skyddsnäten, inbegripet minimiinkomstsystemen och arbetslöshetsersättningen, för att minska fattigdomen och risken för fattigdom, vilket påverkar tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och omsorgstjänster,

— vidta åtgärder för att minska eller kompensera kostnaderna för enskilda personer och låginkomsthushåll i samband med hälso- och sjukvård och långvarig vård och omsorg, i enlighet med nationella regler,

— förbättra åtkomsten och tillgängligheten till sociala tjänster, inbegripet långvarig vård och omsorg, hemtjänst och tjänster för barnfamiljer,

— ta itu med hinder för tillgång till hälso- och sjukvård, såsom långa väntetider, personalbrist och bristande samordning mellan olika vårdnivåer, och

— genomföra riktade program för att öka människors medvetenhet och hjälpa utsatta samhällsgrupper att komma i kontakt med de hälso- och sjukvårdstjänster och sociala tjänster som finns att tillgå.

4.8 För att bidra till att dessa mål uppnås kan EESK spela sin roll som befrämjare av positiva processer genom att involvera det civila samhället i arbetet med att främja analyser och forskning.

Bryssel den 16 juli 2025.

Oliver RÖPKE
Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs ordförande