



## KOŃCOWY RAPORT Z PROJEKTU

Raport końcowy został przygotowany w ramach wspólnego projektu HOSPEEM – EPSU „Wzmacnianie dialogu społecznego w sektorze szpitalnym w Europie Wschodniej, Południowej i Środkowej” (2019 i 2021). Projekt otrzymał wsparcie finansowe z Unii Europejskiej (nr projektu: VS/ 2019/ 0008).

Autor



Informacje zawarte w niniejszej publikacji nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska Komisji Europejskiej.

## Spis treści

1. Wprowadzenie .....	2
2. Fakty i liczby dotyczące sektora szpitali i opieki zdrowotnej .....	3
3. Partnerzy społeczni w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej .....	5
4. Zaangażowanie partnerów społecznych w struktury dialogu społecznego UE .....	9
5. Udział partnerów społecznych w Semestrze Europejskim .....	10
6. Priorytety partnerów społecznych, które należy komunikować na poziomie UE .....	12
7. Wnioski .....	17
Załącznik .....	I
A. Metodyka .....	I
B. Zalecenia Semestru Europejskiego dla poszczególnych krajów .....	III
C. Lista uczestników Warsztatu Upowszechniającego .....	VIII

## Indeks tabel

Tabela 1: Wydatki na opiekę zdrowotną (wszystkie systemy finansowe, 2018 r.) .....	3
Tabela 2: Personel medyczny zatrudniony w szpitalach (2018) .....	4
Tabela 3: Przyczyny nieuczestniczenia w strukturach dialogu społecznego na poziomie UE (% , N= 57) .....	10
Tabela 4: Priorytety, które należy komunikować na szczeblu UE .....	13
Tabela 5: Najwyżej ocenione priorytety organizacji (% , N = 101) .....	15

## Indeks wykresów

Wykres 1: Bezpośredni udział w posiedzeniach komisji struktur dialogu społecznego na poziomie UE od 2015 r. (% , N = 76) .....	9
Wykres 2: Sposoby zaangażowania partnerów społecznych w procedurę Semestru Europejskiego (% , N=124) .....	11
Wykres 3: Zadowolenie z możliwości zajęcia się priorytetami w dialogu społecznym na poziomie UE (% , N = 101) .....	16

## Skróty

CSR	Zalecenia dla poszczególnych krajów w ramach Semestru Europejskiego
EKES	Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny
EO	Organizacja pracodawców
EPSU	Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych (European Federation of Public Service Union)
UE	Unia Europejska
PKB	Produkt krajowy brutto
HOSPEEM	Europejskie Stowarzyszenie Pracodawców Szpitalnictwa i Opieki Zdrowotnej
MS	Państwo Członkowskie
DS	Dialog społeczny
SDS	Sektorowy dialog społeczny
ZZ	Związki zawodowe

## Skróty nazw krajów

BG	Bułgaria	HU	Węgry
CZ	Republika Czeska	MT	Malta
EL	Grecja	PL	Polska
ES	Hiszpania	PT	Portugalia
HR	Chorwacja	RO	Rumunia
IT	Włochy	SI	Słowenia
CY	Cypr	SK	Słowacja

## 1. Wprowadzenie

Skuteczność, dostępność, jakość opieki i odporność szpitali i systemów opieki zdrowotnej **nabrały jeszcze większego znaczenia** w czasie ostatniego kryzysu zdrowotnego. Pomimo ogólnego uznania jego zasadniczego znaczenia, **sektor szpitali i opieki zdrowotnej stoi w obliczu długoterminowych wyzwań**, które od czasu wybuchu pandemii nasilają się. Kryzys pokazał wyraźnie, że słabości systemów opieki zdrowotnej mogą mieć głęboki wpływ na zdrowie publiczne i rozwój gospodarczy we wszystkich państwach członkowskich UE.

Pandemia pokazała również rosnącą potrzebę skoordynowanych i inkluzywnych działań na poziomie krajowym i europejskim, aby skutecznie stawiać czoła wyzwaniom. Dlatego też reprezentacja partnerów społecznych w **Europejskim Sektorowym Dialogu Społecznym (DS) oraz ich zaangażowanie w Semestr Europejski i krajowe plany odbudowy i zwiększania odporności nabrały strategicznego znaczenia** jako sposób zapewnienia, że warunki pracy i związane z rynkiem reformy są wdrażane na poziomie UE.

Jednak reprezentatywność europejskich organizacji partnerów społecznych w sektorze opieki zdrowotnej oraz sektorowego dialogu społecznego jest utrudniona ze względu na dużą segmentację podmiotów świadczących usługi zdrowotne, sięgającą od organów sektora publicznego na różnych poziomach administracyjnych po instytucje typu non-profit i prywatne<sup>1</sup>. Rozdrobnienie tych podmiotów wpływa również na strukturę partnerów społecznych; pracownicy i pracodawcy organizują się zgodnie z sektorem zawodowym, podsektorami oraz sektorami prywatnymi/publicznymi.

**Aby wzmocnić rolę partnerów społecznych na poziomie UE**, Europejskie Stowarzyszenie Pracodawców Szpitalnictwa i Opieki Zdrowotnej (HOSPEEM) oraz Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych (EPSU) zleciły realizację wspólnego projektu. Projekt ma na celu (a) zidentyfikowanie potrzeb sektorowych partnerów społecznych dotyczących budowania potencjału i **zajęcie się nimi**; (b) uzyskanie danych ilościowych i jakościowych na temat obecnego zaangażowania w **Semestr Europejski** i wzmocnienie ich roli w tym zakresie. W ramach projektu zbadano priorytety partnerów społecznych oraz to, w jaki sposób priorytety te można lepiej wyrazić w ramach przyszłych działań HOSPEEM i EPSU. W raporcie końcowym przedstawiono porównywalne dane i informacje dotyczące poszczególnych krajów z czternastu krajów objętych badaniem: Bułgarii, Węgier, Polski, Rumunii, Cypru, Grecji, Włoch, Malty, Portugalii, Hiszpanii, Chorwacji, Czechy, Słowacji i Słowenii. Raport końcowy jest kompilacją trzech raportów regionalnych dla krajów Europy Wschodniej (BG, HU, PL i RO), Europy Południowej (ES, EL, CY, MT, PT, IT) i Europy Środkowej (SK, SI, CZ i HR).<sup>2</sup>

Ustalenia zawarte w niniejszym raporcie to **wyniki połączonej metodyki**, która obejmuje:

- Indywidualnie dopasowane badanie online poświęcone dialogowi społecznemu w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej prowadzone od kwietnia 2019 do sierpnia 2020 (w trzech falach, poświęconych poszczególnym grupom krajów);
- Analiza danych zastanych (desk research) prowadzona od kwietnia 2019 r. do sierpnia 2020 r.;
- Wyniki rozmów z krajowymi organizacjami partnerów społecznych i odpowiednimi organizacjami z 14 państw docelowych, które odbyły się podczas trzech Webinariów Regionalnych (czerwiec 2019 r. w Bukareszcie, listopad 2019 r. w Rzymie, warsztaty online w kwietniu 2021 r.)

Raport ma następującą strukturę:

- Rozdział pierwszy przedstawia zarys wiodących wskaźników statystycznych opartych na danych porównawczych z Eurostatu dla sektora szpitali i opieki zdrowotnej w 14 krajach;
- Rozdział drugi zawiera listę **zidentyfikowanych partnerów społecznych** – związków zawodowych i organizacji pracodawców lub innych organizacji w 14 krajach docelowych;
- Rozdziały trzeci i czwarty analizują, odpowiednio, czy i w jaki sposób partnerzy społeczni **są zaangażowani w struktury dialogu społecznego UE i w Semestr Europejski**;
- Rozdział piąty ujawnia priorytety i tematy, które partnerzy społeczni chcą przekazać sektorowemu dialogowi społecznemu na poziomie UE, ich satysfakcję z możliwości rozwiązywania swoich problemów na poziomie UE oraz ich oczekiwania wobec UE.

Raport uzupełniają informacje dotyczące metodyki i dalsze informacje na temat konkretnych zaleceń dla poszczególnych krajów (Country-Specific Recommendations, CSR) 2020 wydanych dla czternastu krajów docelowych w ramach procesu Semestru Europejskiego.

<sup>1</sup> Eurofound (2020), Representativeness of the European social partner organisations: Human health sector, Sectoral social dialogue series, Dublin.

<sup>2</sup> Grupy krajów zostały stworzone wyłącznie na potrzeby projektu i mogą nie odpowiadać innym europejskim klasyfikacjom terytorialnym

## 2. Fakty i liczby dotyczące sektora szpitali i opieki zdrowotnej

Do opracowania raportu wykorzystano wskaźniki statystyczne dotyczące wydatków na opiekę zdrowotną oraz zatrudnienia w szpitalach w poszczególnych krajach. Dodatkowo zastosowano znormalizowane wskaźniki oparte na najnowszych dostępnych danych Eurostatu. Dane porównawcze osadzono w kontekście przekazanych przez partnerów społecznych dotyczących pracy i porównano z warunkami rzeczywistymi.<sup>3</sup>

Wydatki na opiekę zdrowotną różnią się w poszczególnych krajach docelowych. Odsetek produktu krajowego brutto waha się od 5,56% w Rumunii do 9,45% w Portugalii. Państwa mogą należeć do krajów, w których EUR na mieszkańca wynosi poniżej 1 000 EUR (BG, HR, HU i PL), między 1 000 a 2 000 EUR (CZ, EL, CY, PT, SI i SK) oraz powyżej 2 000 EUR (IT i MT). Kiedy środki te porówna się z rozwiązaniami stosowanymi w innych krajach, średnie wydatki w EUR na mieszkańca w Rumunii wynoszą ok. 6,5 razy mniej, PPS na mieszkańca 6 razy mniej, a udział procentowy w PKB 1,5 raza mniej niż np. w Niemczech. Wszystkie kraje objęte badaniem łączy to, że ich wydatki na opiekę zdrowotną w PPS na mieszkańca są poniżej średniej UE-28 (3 067 EUR, 80/2018) i średniej PKB UE-28 (9,89%/2018).<sup>4</sup>

Statystyki dotyczące wydatków i finansowania opieki zdrowotnej odnoszą się do wyzwań stojących przed partnerami społecznymi i dotyczą dialogu społecznego na poziomie krajowym i UE. Jednak ograniczone inwestycje w sektorze i podział środków finansowych prowadzą do niekorzystnych warunków pracy w niektórych krajach, zwłaszcza w Rumunii, Bułgarii, Polsce i na Węgrzech.<sup>5</sup> Ponadto ze względu na niedoinwestowanie i cięcia wydatków w sektorze publicznej służby zdrowia, sektor ten nie jest w stanie sprostać zapotrzebowaniu, co skutkuje długimi listami oczekujących na niezbędne zabiegi.

W czasie pandemii COVID-19 koszty świadczeń zdrowotnych wzrosły we wszystkich krajach ze względu na konieczność tworzenia nowych jednostek COVID-19 lub przeprofilowania istniejących. Dlatego też partnerzy społeczni, wskazując na kluczową rolę sektora opieki zdrowotnej w czasie pandemii, domagają się większych inwestycji zapewnionych dzięki wyższemu udziałowi środków finansowych z planu Odbudowy i Zwiększania Odporności.<sup>6</sup>

Tabela 1: Wydatki na opiekę zdrowotną (wszystkie systemy finansowe, 2018 r.)

Kraj	mIn EUR	EUR na mieszkańca	PPS na mieszkańca	% PKB
BG	4 120,53	586,55	1 268,51	7,35
CZ	15 871,89	1 493,13	2 278,56	7,65
EL	14 251,47	1 327,83	1 628,35	7,72
ES	108 109,70	2 310,15	2 464,77	8,99
HR	3 524,46	861,54	1 347,75	6,83
IT	153 085,00	2 533,61	2 504,41	8,67
CY	1 430,98	1 644,67	1 843,76	6,77
HU	8 963,50	916,93	1 544,86	6,70
MT	1 109,70	2 289,79	2 754,27	8,95
PL	31 501,68	829,54	1 518,98	6,33
PT	19 303,39	1 877,06	2 225,83	9,45
RO	11 371,07	583,95	1 211,69	5,56
SI	3 797,15	1 830,93	2 186,27	8,30
SK	5 991,41	1 099,99	1 539,37	6,69

Źródło: Eurostat, *Healthcare expenditure by financing scheme* [online code: hlth\_sha11\_hf]

Kolejnymi istotnymi czynnikami mającymi wpływ na zdolność systemów opieki zdrowotnej do świadczenia usług zdrowotnych i zaspokajania rosnącego i zmieniającego się zapotrzebowania na opiekę są siła robocza,

<sup>3</sup> W oparciu o rozmowy prowadzone podczas trzech Warsztatów Regionalnych

<sup>4</sup> Eurostat, *Healthcare expenditure by financing scheme* [kod online: hlth\_sha11\_hf]

<sup>5</sup> Oparte na rozmowach przeprowadzonych podczas Warsztatów Regionalnych w dniu 14 czerwca 2019 r.

<sup>6</sup> Oparte na rozmowach przeprowadzonych podczas Warsztatów Regionalnych w dniu 20 kwietnia 2021 r.

dostępność i umiejętności. Następujące czynniki zewnętrzne i wewnętrzne kształtują w Unii Europejskiej odporność pracowników służby zdrowia i stanowią dla niej wyzwanie: wzorce migracji, innowacje technologiczne, zmieniające się potrzeby w zakresie opieki (zewnętrzne) oraz starzenie się siły roboczej, rekrutacja i zatrzymanie pracowników, nieodpowiednie rozmieszczenie geograficzne i niedopasowanie umiejętności (wewnętrzne).<sup>7</sup>

W oparciu o liczbę personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach w 2018 r. liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców jest najwyższa w Portugalii (261), a najniższa na Cyprze (96)<sup>8</sup>. Z drugiej strony, liczba pielęgniarek i położnych na 100 000 mieszkańców jest bardzo zróżnicowana – od 531 w Republice Czeskiej do 131 w Chorwacji.<sup>9</sup>

**Migracja pracowników służby zdrowia z krajów docelowych, głównie do krajów zachodnich i północnych, stanowi problem ekonomiczny i społeczny.** Na przykład w Rumunii w latach 2007–2017 z kraju wyjechało 35 000 pielęgniarek i 15 000 lekarzy. Migracja pracowników służby zdrowia do krajów zachodnich powoduje konsekwentny wzrost obciążenia pracą w badanych krajach, a także budzi obawy dotyczące kwestii bezpieczeństwa pacjentów i pracowników.

**Tabela 2:** Personel medyczny zatrudniony w szpitalach (2018)

Kraj	Zatrudnieni e w szpitalach (liczba osób)	Pielęgniarki i położne (liczba zatrudnionych )	Pielęgniarki i położne/100 000 mieszkańc ów	Lekarze (liczba zatrudnionych )	Lekarze /100 000 mieszkańc ów	Łóżka szpitalne/100 000 mieszkańc ów
BG	70 241	22 419	319,13	16 960	241,42	756,91
CZ	157 775	56 914	535,41	26 521	249,49	661,82
EL	100 662	23 789	221,65	23 354	217,59	419,77
ES	589 236	166 352	355,47	111 795	238,89	297,15
HR	47 834	5 368	131,22	8 714	213,01	561,25
IT	632 546	265 588	439,56	134 389	222,42	314,05
CY	:	4 217	484,68	842 <sup>10</sup>	96,77	330,09 <sup>11</sup>
HU	106 238	29 834	305,19	20 180	206,43	701,29
MT	10 059	3 185	657,20	1 255	258,96	430,84
PL	:	133 453	351,42	40 387	106,35	653,69
PT	137 486	43 166	419,75	26 879	261,37	344,51
RO	177 002	11 281	57,93	29 687	152,46	696,83
SI	26 143	3 798	183,13	3 878	186,99	442,79
SK	42 287,43	21 352,19	392,02	9 309,16	170,91	569,62

*Uwaga: Dane z Polski od 2017 r., ze Słowacji – dostępne są tylko środki w przeliczeniu na równoważnik pełnych etatów (FTE)*

*Źródło: Eurostat 2018, Health personnel employed in hospital [kod online: hlth\_rs\_prshp1]*

Podobne problemy występują we wszystkich krajach docelowych, a wyzwania specyficzne dla danego kraju wzmacniają się wzajemnie. Na przykład w Grecji na długoterminowe trendy w opiece zdrowotnej mają wpływ starzenie się społeczeństwa, imigracja oraz atrakcyjność publicznego sektora opieki zdrowotnej.

<sup>7</sup> Komisja Europejska, Pracownicy służby zdrowia, Przegląd; Dostępne na stronie [https://ec.europa.eu/health/workforce/overview\\_en](https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en)

<sup>8</sup> Liczba ta obliczana jest na podstawie liczby lekarzy oferujących swoje usługi w szpitalach publicznych, z wyłączeniem szpitali prywatnych, które stanowią znaczną część cypryjskiego systemu opieki zdrowotnej. Rzeczywisty stosunek liczby lekarzy do liczby ludności jest wyższy, ale nie może być dokładnie obliczony ze względu na niekompletne dane.

<sup>9</sup> W oparciu o dane Eurostatu, najniższa liczba pielęgniarek na 100 000 mieszkańców powinna przypadać na Rumunię (57 pielęgniarek i położnych na 1000 000 mieszkańców). Dane dotyczące zatrudnienia w opiece zdrowotnej różnią się jednak w zależności od definicji (jak w przypadku rumuńskiego wskaźnika dotyczącego liczby pielęgniarek i położnych), a dla niektórych krajów dane nie są dostępne

<sup>10</sup> Dane o lekarzach zatrudnionych w szpitalach obejmują tylko personel szpitalny sektora publicznego. Sektor prywatny stanowi znaczną część cypryjskiego systemu opieki zdrowotnej

<sup>11</sup> dane dotyczą szpitali sektora publicznego, jak również całkowitej liczby łóżek w sektorze prywatnym

Niewystarczająca liczba pracowników i niepewność emerytalna wiążą się ze starzeniem się pracowników służby zdrowia. Na przykład, lekarze w wieku 65–74 lat stanowią 14% na Węgrzech i 13% w Bułgarii. Z powodu niskich zarobków i braku personelu wielu lekarzy i pielęgniarek podejmuje drugie zatrudnienie. Ponadto od 70% do 80% personelu medycznego stanowią kobiety.

Niska liczba personelu pielęgniarskiego przypadająca na jednego pacjenta prowadzi do zagrożenia bezpieczeństwa ludzi. Związki zawodowe wzywają do zwiększenia liczby personelu w celu zapewnienia odpowiedniego, dostosowanego do potrzeb poziomu zatrudnienia oraz do poprawy warunków pracy. Brak siły roboczej prowadzi do niepewności zatrudnienia, charakteryzującej się długimi godzinami pracy, licznymi nocnymi zmianami oraz koniecznością powrotu emerytowanych pracowników. Oprócz tego niskie zarobki zmuszają pracowników do poszukiwania dodatkowych źródeł dochodu, co prowadzi do trudności w pogodzeniu pracy z rodziną.

Pomimo ogólnego braku pracowników służby zdrowia, który stał się jeszcze bardziej palący w czasie pandemii COVID-19, kryzysy zdrowotne przyniosły w niektórych krajach również pozytywne zmiany. Zainteresowanie podjęciem pracy w służbie zdrowia w niektórych krajach w 2021 r. wzrosło (np. w CZ). Zmiana ta spowodowana jest częściowo dodatkowymi płatnościami i świadczeniami dla pracowników służby zdrowia w czasie pandemii ze strony rządu, wynegocjowanymi i forsowanymi przez krajowych partnerów społecznych. W Chorwacji zastosowano dodatkowe płatności dla pracowników służby zdrowia w czasie kryzysu. Jednak ze względu na ogólną i długotrwałą niekorzystną sytuację ekonomiczną pracowników służby zdrowia, nadal nie przyniosło to satysfakcji finansowej pracownikom pielęgniarstwa. W niektórych krajach liczba lekarzy jest względnie wystarczająca, ale na przeszkodzie stoją różnice regionalne (CZ, SK, HR).

### 3. Partnerzy społeczni w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

W oparciu o analizę dokumentacji i wspólną bazę danych HOSPEEM, EPSU i CELSI zidentyfikowano następujących partnerów społecznych reprezentujących pracowników i pracodawców w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej w czternastu krajach. Uwzględniono również inne rodzaje organizacji, o ile były one istotne dla krajowego i unijnego dialogu społecznego.

Rozdrobienie i zróżnicowanie partnerów społecznych pod względem zawodów oraz prywatnych/publicznych sektorów opieki zdrowotnej to cechy wspólne dla większości krajów objętych badaniem. Ponieważ ministerstwa zdrowia są pracodawcami w publicznym sektorze opieki zdrowotnej oraz ważnymi uczestnikami krajowego dialogu społecznego i trójstronnego, te organy państwowe wymieniono w poniższych tabelach jako organizacje pracodawców. W niektórych krajach stowarzyszenia zawodowe, takie jak izby pielęgniarskie, nabrały znaczenia i często zastępowały lub uzupełniały rolę związków zawodowych (np. HU, PL i SK). Jednakże izby te zazwyczaj nie są oficjalnymi uczestnikami dwu- lub trójstronnego dialogu społecznego, a zatem nie mają prawa do brania udziału w negocjacjach, nie zostały więc uwzględnione w wykazie.

Związki zawodowe koncentrują się zazwyczaj na poszczególnych podsektorach i zawodach, takich jak lekarze i pielęgniarki, oraz na specjalizacjach (np. radiologów). Niektóre z organizacji pracodawców mają charakter międzysektorowy, podczas gdy inne obejmują konkretne dziedziny w ramach sektora szpitali i opieki zdrowotnej, jak ma to miejsce w przypadku związków zawodowych. Większość zidentyfikowanych partnerów społecznych zaangażowana jest w dialog społeczny i negocjacje przynajmniej na jednym poziomie (krajowym, sektorowym lub organizacji).

Bułgaria		Węgry		Polska		Rumunia	
<b>Związki zawodowe:</b>							
	Federacja Związków Zawodowych - Służba Zdrowia (CITUB) <sup>12</sup>	Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia na Węgrzech	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej			Rumuńska Federacja Związków Zawodowych SANITAS	
	Federacja Medyczna Podkrepa (MF Podkrepa) <sup>12</sup>	Sojusz Semmelweis <sup>13</sup>	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych (OZZPIP)			HIPOKRAT	
		Forum Współpracy Związków Zawodowych	Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność			Związek Zawodowy Solidarność w Ochronie Zdrowia (FSSR)	
						Centralny Krajowy Związek Zawodowy Opieki Zdrowotnej i Społecznej	
<b>Organizacja pracodawców</b>							
	Krajowa Unia Szpitali Prywatnych (NUPH)	Węgierskie Stowarzyszenie Menedżerów Ekonomicznych w Ochronie Zdrowia	Pracodawcy RP <sup>14</sup>			Krajowe Stowarzyszenie Lekarzy Rodzinnych <sup>15</sup>	
	Bułgarski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia <sup>16</sup>	Węgierskie Stowarzyszenie Szpitali	Business Centre Club (BCC) <sup>17</sup>			Krajowy Związek Pracodawców Rumuńskich	
	Stowarzyszenie Szpitali Miejskich w Bułgarii	Krajowe Centrum Usług Zdrowotnych	Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”			Rumuńska Narodowa Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia i Farmacji	
			Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia			PALMED	
			Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych			Pracodawcy Świadczący Prywatne Usługi Medyczne	
<b>Organizacje zawodowe / inne</b>							
		Izba Węgierskich Pracowników Służby Zdrowia <sup>18</sup>				Ministerstwo Zdrowia	
		Węgierska Izba Lekarska <sup>18</sup>				Ministerstwo Pracy i Sprawiedliwości Społecznej	

Republika Czeska		Chorwacja		Słowenia		Słowacja	
<b>Związki zawodowe:</b>							

<sup>12</sup> Reprezentują wyłącznie pracowników sektora publicznego

<sup>13</sup> Ma na celu ochronę interesów pracowników

<sup>14</sup> Reprezentuje 7 000 pracodawców wszystkich sektorów, w tym 113 pracodawców działających w sektorze ochrony zdrowia, w większości niepublicznych

<sup>15</sup> Nie uczestniczy w negocjacjach układów zbiorowych lub w krajowym dialogu społecznym

<sup>16</sup> Oddział Bułgarskiej Izby Gospodarczej

<sup>17</sup> Obejmuje 26 firm z sektora niepublicznego.

<sup>18</sup> Członkostwo obowiązkowe

Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Opieki Społecznej w Republice Czeskiej (OSZSP ČR)	Chorwacki Związek Zawodowy Pielęgniarek i Techników Medycznych (HSSMS-MT)	Związek Zawodowy Lekarzy i Dentystów Słowenii (FIDES)	Słowacki Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Opieki Społecznej (SOZZASS)
Związek Zawodowy Lekarzy Republiki Czeskiej (LOK-SČL)	Związek Zawodowy Służby Zdrowia Chorwacji (SZH)	Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Opieki Społecznej Słowenii (SINDIKAT-ZSVS)	Związek Zawodowy Lekarzy (LOZ)
	Autonomiczny Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Opieki Społecznej (SSZSSH)	Związek Opieki Zdrowotnej i Społecznej w Słowenii (SZSSS)	Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych (OZSaPA)
	Chorwacka Unia Medyczna (HLS)	Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia Słowenii (SDZNS)	
		Konfederacja Związków Zawodowych w Ochronie Zdrowia – PERGAM (SZS PERGAM)	
		Słoweński Związek Zawodowy Lekarzy Dentystów (DENS)	

#### Organizacja pracodawców

Stowarzyszenie Szpitali Czeskich i Morawskich (ACMN)	Chorwacki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia (UPUZ-HR)	Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy, Rodziny i Spraw Społecznych	Stowarzyszenie Szpitali Słowacji (ASN)
Konfederacja Przemysłu Republiki Czeskiej (SP)	Chorwacki Związek Pracodawców – Oddział Stowarzyszenie Poliklinik, Szpitali, Zakładów Medycznych i Opieki Zdrowotnej (CEA)	Słoweńskie Stowarzyszenie Prywatnych Lekarzy i Dentystów (ZZZZS) – nie uczestniczy w dialogu społecznym	Stowarzyszenie Szpitali Państwowych Republiki Słowackiej (AŠN)
			Stowarzyszenie Lekarzy Prywatnych Republiki Słowackiej (ASL SR)

#### Organizacje zawodowe / inne

		Słoweńska Izba Lekarska (ZSS)	Słowacka Izba Pielęgniarek i Położnych (SKSaPA)
--	--	-------------------------------	---

Cypr<sup>19</sup>

Grecja

Włochy

Malta

Portugalia

Hiszpania

#### Związki zawodowe:

Pancypryjski Związek Zawodowy Pracowników Służby Publicznej (PASYDY)	Ogólnogrecka Federacja Pracowników Szpitali Publicznych (POEDIN)	Związek Zawodowy Służby Publicznej (FP-CGIL)	Głosy robotników (UHM)	Związek Pielęgniarek Portugalskich (SEP)	Federacja Sektorów Zdrowia i Sektorów Socjalno-Sanitarnych Federacji Związków Zawodowych Komisji Pracowniczych i Sektorowych Sektorów Zdrowia (FSSS – COO)
--	--	--	------------------------	--	--

<sup>19</sup> Kolejność związków zawodowych odpowiada liczbie aktywnych członków w danym sektorze (w oparciu o dane Eurofound (2020) Representativeness of the European social partner organisations in hospitals and health care)



Pancypryjski Związek Pielęgniarek Rządowych (PASYNO)	Konfederacja Pracowników Służby Cywilnej (ADEDY)	Federacja Władz Lokalnych (FPL UIL)	General Workers Union (GWU)	Związek Pielęgniarek Autonomicznego Regionu Madery (SERAM)	Powszechna Unia Pracowników (UGT)
Pancypryjski Związek Lekarzy Rządowych (PASIKI)		Federacja Pracowników i Usług Publicznych (FPS-CISL)	Maltański Związek Położnych i Pielęgniarek (MUMN)	Związek Pielęgniarek (SE)	Federacja Służb Publicznych Ogólnego Związku Zawodowego (FSP – UGT)
Cypryjski Związek Zawodowy Pracowników-Pracowników Rządowych. Instytucji Wojskowych i Społecznych (PASYEK – PEO)		Federacja Autonomicznych Pracowników Służby Zdrowia (FIALS)	General Workers Union – Sekcja Podmiotów Rządowych i Publicznych	Niezależny Związek Zawodowy Pielęgniarek i Pielęgniarzy (SIPE)	Hiszpańskie Związki Zawodowe Pracowników Pielęgniarstwa (SATSE)
Cypryjska Federacja Pracowników Prywatnych (OIYK-SEK)		Federacja Niezależnych Związków Zawodowych – Opieka Zdrowotna (FSI)		Niezależny Związek Zawodowy Lekarzy (SIM)	Hiszpańskie Centralne Związki Zawodowe Pracowników Niezależnych i Publicznych (CSIF)
		Stowarzyszenie personelu medycznego i wykonawczego NHS (ANAAD ASSOMED)		Związek Pielęgniarek Portugalskich (SEP)	

### Organizacje pracodawców

Cypryjska Federacja Pracodawców i Przemysłowców (OEB) – Sektor prywatny (międzysektorowy)	Ministerstwo Zdrowia: Sektor publiczny	Agencja Umownej Reprezentacji Administracji Publicznej (ARAN)	Maltański Związek Pracodawców (MEA)	Portugalskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych (APHP)	Hiszpański Sojusz Prywatnej Służby Zdrowia (ASPE)
Ministerstwo Zdrowia: Główny pracodawca w publicznej opiece zdrowotnej	Panhelleński Związek Szpitali Prywatnych (PEIK)	Włoska Federacja Szpitali i Agencji Ochrony Zdrowia (FIASO)	Ministerstwo Zdrowia: Sektor publiczny	Konfederacja Pracodawców Handlu i Usług (CCP)	Ministerstwo Zdrowia: Sektor publiczny
Państwowa organizacja służby zdrowia: Sektor publiczny				Krajowa Konfederacja Instytucji Solidarności (CNIS)	

## 4. Zaangażowanie partnerów społecznych w struktury dialogu społecznego UE

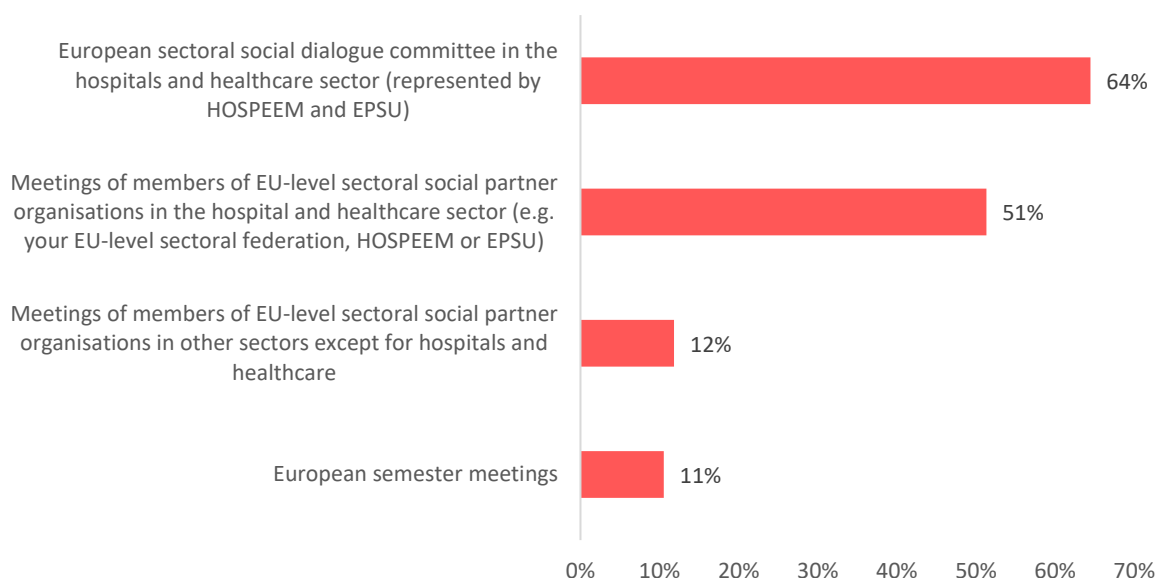
Znaczenie europejskiego dialogu społecznego ugruntowane jest w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) w kilku artykułach<sup>20</sup>. Istnieje wiele przykładów sytuacji, gdy partnerzy społeczni **odegrali aktywną rolę w porozumieniach ogólnounijnych**.

Przedstawione poniżej ustalenia dotyczące zaangażowania partnerów społecznych w dialog społeczny UE opierają się na kwestionariuszu internetowym rozesłanym do odpowiednich partnerów społecznych/organizacji w czternastu państwach docelowych w okresie od kwietnia 2019 r. do sierpnia 2020 r. Większość partnerów społecznych biorących udział w badaniu uczestniczy bezpośrednio w spotkaniach w ramach struktur dialogu społecznego UE. Należy zaznaczyć, że większość respondentów to przedstawiciele związków zawodowych<sup>21</sup>.

**Zdecydowanie wierzę w wartość dialogu społecznego pomiędzy pracodawcami i związkami zawodowymi, czyli osobami, które najlepiej znają swój sektor i region.**

Spośród zaangażowanych podmiotów, **większość organizacji z krajów docelowych uczestniczyła w strukturach DS na poziomie UE, reprezentowanych przez EPSU i HOSPEEM lub międzysektorową organizację europejską**. Spośród organizacji zaangażowanych 64% uczestniczy bezpośrednio w pracach unijnego Komitetu Sektorowego Dialogu Społecznego w Sektorze Szpitalnictwa i Opieki Zdrowotnej (SSDC HS) za pośrednictwem EPSU lub HOSPEEM, a 51% w spotkaniach członków dwóch organizacji partnerskich SDS na poziomie UE w ciągu ostatnich czterech lat. Dwanaście procent – zazwyczaj stowarzyszenia pracodawców – brało udział w spotkaniu z sektorowymi organizacjami partnerów społecznych na poziomie UE w innych sektorach. Tylko 11% respondentów uczestniczyło w spotkaniach w ramach Semestru Europejskiego.

**Wykres 1:** Bezpośredni udział w posiedzeniach komisji struktur dialogu społecznego na poziomie UE od 2015 r. (% , N = 76)



Źródło: Badanie dotyczące dialogu społecznego w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

Uwaga: możliwe jest udzielenie wielu odpowiedzi

**Najczęstszym powodem nieuczestniczenia w strukturach dialogu społecznego na poziomie UE jest brak możliwości finansowych (30%).** Brak osób, brak czasu na uczestnictwo w spotkaniach, a także bariery wejściowe (niespełnienie kryteriów dotyczących reprezentatywności) są przyczynami braku uczestnictwa w dialogu społecznym na poziomie UE odpowiednio dla 26% i 23% respondentów. Ponadto niektórzy nie dostrzegają wartości dodanej i postępu w poprawie statusu społecznego i gospodarczego po długotrwałym

<sup>20</sup> Art. 152: Unia Europejska uznaje i promuje rolę partnerów społecznych na poziomie unijnym, szanując ich autonomię; Art. 154: Konsultacje Komisji z partnerami społecznymi na poziomie UE; Art. 155: Umowy zawarte przez partnerów społecznych.

<sup>21</sup> Zob. załącznik dotyczący metodyki.

członkostwie w jednej organizacji UE (18%). Zaangażowanie partnerów społecznych z krajów docelowych może być również **utrudnione przez ich rozdrobnienie na poziomie krajowym i/lub ograniczoną obecnie liczbę niezależnych organizacji pracodawców.**

**Tabela 3:** Przyczyny nieuczestniczenia w strukturach dialogu społecznego na poziomie UE (% , N= 57)

Przyczyny braku uczestnictwa	Procent
Brak środków finansowych (wysokie koszty podróży, wysokie składki członkowskie)	30%
Brak osobistych możliwości, brak czasu na udział w spotkaniach	26%
Bariery wejścia (niespełnianie kryteriów reprezentatywności)	23%
Niskie znaczenie dialogu społecznego na poziomie UE dla działalności naszej organizacji	18%
Trudności w zrozumieniu roli i funkcjonowania dialogu społecznego na poziomie UE	12%
Bariera językowa	11%

*Źródło: Badanie dotyczące dialogu społecznego w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej  
Uwaga: możliwe jest udzielenie wielu odpowiedzi*

EPSU reprezentuje większość związków zawodowych na poziomie europejskim i jest jedynym uznanym partnerem społecznym w sektorze szpitalnym. Chociaż istnieją inne europejskie stowarzyszenia szpitali, HOSPEEM jest jedynym uznanym europejskim sektorowym partnerem społecznym reprezentującym interesy krajowych organizacji pracodawców szpitalnych. **Udział pracodawców w strukturach dialogu społecznego na poziomie UE jest obecnie ograniczony.** Przedstawiciele krajowych związków zawodowych zaapelowali do krajowych organizacji pracodawców o członkostwo w HOSPEEM w celu stworzenia skutecznego dialogu społecznego na poziomie UE, ponieważ w przypadku wielu związków zawodowych z krajów docelowych w regionie brak jest reprezentacji ich odpowiedników, którzy mogliby omawiać i uzgadniać instrumenty na poziomie UE<sup>6</sup>.

W niektórych krajach (np. CZ), krajowy dialog społeczny uległ spowolnieniu podczas pandemii COVID-19, podczas gdy w innych komunikacja i negocjacje między partnerami społecznymi zostały ograniczone do minimum. Wynikało to również ze stosunkowo częstych zmian personalnych w odpowiednich organach rządowych. Jednakże w Chorwacji i Słowenii dialog społeczny z ministerstwem był podtrzymywany na stosunkowo wysokim poziomie<sup>6</sup>.

## 5. Udział partnerów społecznych w Semestrze Europejskim

Semestr Europejski (SE) to roczny cykl zarządzania mający na celu monitorowanie i egzekwowanie przestrzegania rygorystycznych reform budżetowych i strukturalnych. **Nacisk na aspekty społeczne w ramach SE został ostatnio wzmocniony przez powiązanie ich z Europejskim Filarem Praw Socjalnych.** W szczególności zasady 8 i 16 stanowią, że „partnerzy społeczni będą konsultowani w zakresie projektowania i wdrażania polityki gospodarczej, zatrudnienia i społecznej zgodnie z praktyką krajową” oraz że „wspiera się zwiększoną zdolność partnerów społecznych do promowania dialogu społecznego”, jak również „Każdy ma prawo dostępu do terminowej przystępnej cenowo, profilaktycznej i leczniczej opieki zdrowotnej dobrej jakości.”

Zalecenia dla poszczególnych krajów (CSR) w ramach Semestru Europejskiego odzwierciedlają znaczenie sektora opieki zdrowotnej i dialogu społecznego dla konsolidacji fiskalnej, spójności społecznej, przeciwdziałania ubóstwu (wśród osób pracujących) oraz zwiększenia odporności i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. **W rezultacie liczba państw członkowskich (MS) UE otrzymujących CSR związane z opieką zdrowotną wzrasta: 10 MS w 2017 r., 15 MS w 2019 r<sup>22</sup>.** Od czasu wybuchu pandemii w marcu 2020 r. mechanizmy Semestru Europejskiego zostały dostosowane do kryzysu i ustanowiono instrument na rzecz odbudowy i zwiększania odporności, aby pomóc państwom członkowskim w radzeniu sobie z kryzysami zdrowotnymi. Państwa członkowskie zostały zachęczone do przedstawienia swoich planów odbudowy i zwiększania odporności. Obecna procedura oceny, zawierająca zalecenia dla poszczególnych krajów, zostanie zastąpiona procedurą oceny planów odbudowy i zwiększania odporności w 2021 r<sup>23</sup>.

Kryzys zwiększył potrzebę zaangażowania się we wzmocnienie Europy Socjalnej i Europejskiego Filaru Praw Socjalnych poprzez rozwój dialogu społecznego. Rola dialogu społecznego jest w UE w pełni uznawana za podstawowy element na różnych poziomach, przez zaangażowanie unijnych i krajowych partnerów społecznych

<sup>22</sup> Szczegółowe informacje na temat poszczególnych CSR znajdują się w załączniku B.

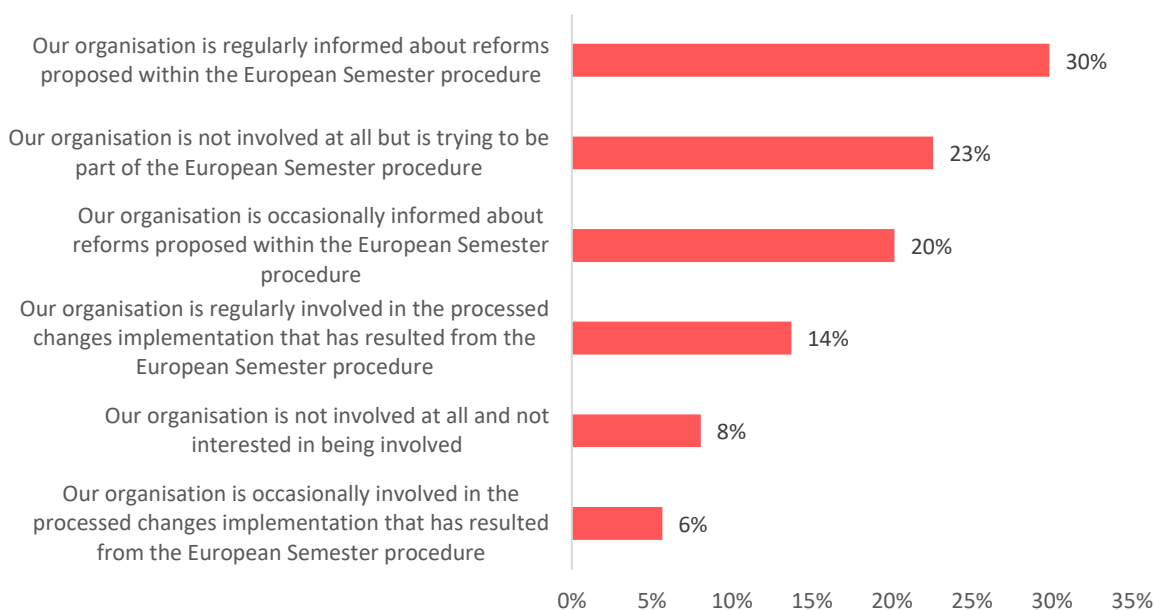
<sup>23</sup> Egbert Holthuis, Komisja Europejska, Proces Semestru Europejskiego: działania mające na celu rozwój i wspieranie zaangażowania krajowych sektorowych partnerów społecznych; wkład podczas Webinarium Regionalnego 20 kwietnia 2021 r.

w dialog. Wsparcie dla promowania dialogu społecznego w UE znajduje również odzwierciedlenie w Planie Działań w ramach Europejskiego Filaru Praw Socjalnych w postaci konkretnych inicjatyw, jak nowe ramy wsparcia dla porozumień partnerów społecznych na poziomie UE oraz nowa nagroda za innowacyjne praktyki w zakresie dialogu społecznego i nowe Ramy Strategiczne Dotyczące Bezpieczeństwa i Zdrowia w Miejscu Pracy. Komisja Europejska zaproponowała nowe narzędzia, pozwalające lepiej zmierzyć bariery i luki w dostępie do opieki zdrowotnej oraz przedstawić UE raport na temat dostępu do usług podstawowych, zachęcając jednocześnie państwa członkowskie do inwestowania w pracowników służby zdrowia, poprawy warunków pracy i dostępu do szkoleń.<sup>24</sup>

Duże zaangażowanie Komisji Europejskiej oraz przeniesienie zasad Europejskiego Filaru Praw Socjalnych do wielu inicjatyw dają krajowym partnerom społecznym nowe możliwości oraz inspirację do wykorzystania źródeł do opracowania strategii i wzmocnienia dialogu społecznego w państwach członkowskich, jak przekształcenie inicjatyw zawartych w Planach w swoją codzienną pracę i zwracanie się ze swoimi potrzebami do czynników wyższych, wyzwania dotyczące warunków pracy, kwestie zdrowia i bezpieczeństwa w szpitalach, migracja pracowników służby zdrowia oraz trudności w negocjacjach zbiorowych na poziomie UE, które należy uwzględnić w dalszych planach i wzmocnić DS na poziomie UE w sektorze szpitalnym<sup>25</sup>.

Mechanizmy Semestru Europejskiego są platformą, w ramach której można w oparciu o fakty ujawniać słabe strony i przekazywać je dalej do odpowiednich komitetów na szczelbu UE w celu poszukiwania rozwiązań. Zaangażowanie partnerów społecznych jest w tym procesie kluczowe. Pomoc finansowa ze strony Komisji Europejskiej wesprze wysiłki partnerów społecznych w dążeniu do sformułowania swoich priorytetów na poziomie UE<sup>26</sup>. Chociaż **obecne zaangażowanie partnerów społecznych w procedurę Semestru Europejskiego jest ograniczone**, 30% organizacji jest regularnie informowanych o zalecanych reformach. Pozostałe 23% jest zainteresowanych procesem Semestru Europejskiego lub stara się w niego zaangażować. 20% partnerów społecznych jest informowanych sporadycznie, a tylko 14% regularnie i 6% czasami uczestniczy w tym procesie. Ustalenia te można poprzeć powtarzanymi badaniami na temat zaangażowania krajowych partnerów społecznych w kształtowanie polityki prowadzonymi przez Eurofound<sup>27</sup>

**Wykres 2:** Sposoby zaangażowania partnerów społecznych w procedurę Semestru Europejskiego (% , N= 124)



Źródło: Badanie dotyczące dialogu społecznego w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

Rozmowy podczas Webinarium Regionalnego ujawniły, że główną odpowiedzialność za dobre zaangażowanie na poziomie krajowym ponosi państwo członkowskie. Jednak w niektórych krajach partnerzy społeczni mają jedynie ograniczone możliwości czynnego udziału w procesie Semestru Europejskiego i skarżą się, że są z niego wyłączeni<sup>6</sup>. HOSPEEM i EPSU zapewniają przestrzeń do wymiany i wzmocnienia dobrych praktyk; tym samym dialog społeczny na szczelbu krajowym i unijnym. W związku z tym słoweńscy partnerzy społeczni wzywają EPSU do intensywniejszego wspierania partnerów krajowych w celu włączenia ich w proces Semestru UE.

<sup>24</sup> Prezentacja Jana Behrensa (DG EMPL A2 Dialog Społeczny): Dialog społeczny na poziomie UE, podczas webinarium regionalnego 20 kwietnia 2021 r.

<sup>25</sup> Oparte na rozmowach podczas Warsztatów Upowszechniających 16 czerwca 2021 r.

<sup>26</sup> Jan Behrens, urzędnik ds. polityki, Komisja Europejska, podczas Warsztatów Upowszechniających 16 czerwca 2021 r.

<sup>27</sup> Eurofound (2020), Involvement of national social partners in policymaking – 2019 (Zaangażowanie krajowych partnerów społecznych w kształtowanie polityki – 2019), Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

## **6. Priorytety partnerów społecznych, które należy komunikować na poziomie UE**

Partnerzy społeczni wymienili swoje priorytety, które powinny zostać wyrażone na poziomie UE, na przykład poprzez swoje członkostwo w odpowiedniej organizacji partnerów społecznych na poziomie UE w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. Partnerzy społeczni ujawnili w kwestionariuszu swoje priorytety, o których chcieliby informować w ramach dialogu społecznego na poziomie UE. Tematy obejmują kompleksowe, ogólne problemy strukturalne, jak większe inwestycje w opiekę zdrowotną, bhp oraz warunki pracy, utrzymanie siły roboczej oraz godzenie życia zawodowego z rodzinnym. Jednak niedobory pracowników w służbie zdrowia, zajęcie się kwestią atrakcyjności sektorów oraz poprawa polityki rekrutacji i zatrzymywania w odniesieniu do pracowników służby zdrowia to tematy wspólne dla większości partnerów społecznych z krajów docelowych objętych badaniem. Ze względu na zmienność odpowiedzi, w poniższych trzech tabelach wymieniliśmy wszystkie sformułowane priorytety dosłownie.

**Tabela 4:** Priorytety, które należy komunikować na szczeblu UE

Kraj	Priorytety	
	Związki zawodowe	Organizacje pracodawców
<b>Rumunia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warunki pracy – regulacje dotyczące wynagrodzeń i premii;</li> <li>Czas pracy, normy zatrudnienia;</li> <li>Ujednoczenie szkolenia personelu medycznego;</li> <li>Ulepszenie układów zbiorowych i reprezentacji partnerów społecznych</li> </ul>	Brak dostępnych informacji
<b>Węgry</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Płace, zwłaszcza płaca minimalna na poziomie europejskim;</li> <li>Przepisy prawne dotyczące czasu pracy w związku z przeciążeniem pracą;</li> <li>Godzenie pracy i rodziny</li> </ul>	Migracja zarobkowa i związany z nią niedobór siły roboczej*
<b>Polska*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zwiększenie liczebności personelu pielęgniarskiego w szpitalach w związku z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów;</li> <li>Żądania finansowe dotyczące wzrostu wynagrodzeń, szczególnie dla pielęgniarek;</li> <li>Zatrzymanie pracowników w kontekście zmian zachodzących w organizacji sektora szpitalnego;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Łagodzenie dysproporcji we wzroście wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek;</li> <li>Wzrost inwestycji w opiekę zdrowotną</li> </ul>
<b>Bułgaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wynagrodzenia specjalistów medycznych – poparcie dla jednolitej płacy minimalnej w UE;</li> <li>Problemy zdrowia i bezpieczeństwa – przemoc ze strony osób trzecich oraz zagrożenia psychospołeczne;</li> <li>Utrzymanie siły roboczej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transgraniczny dostęp do usług opieki zdrowotnej;</li> <li>Więcej możliwości zaangażowania na poziomie UE.</li> </ul>
<b>Cypr</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak personelu pielęgniarskiego i zasobów (szczególnie w szpitalach prywatnych);</li> <li>Reforma sektora ochrony zdrowia (ogólny system ochrony zdrowia i autonomia szpitali publicznych);</li> <li>Zmniejszenie państwowego budżetu na sektor zdrowotny w odniesieniu do UE-28;</li> <li>Rozwój zawodowy i kształcenie ustawiczne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak personelu pielęgniarskiego</li> <li>Zrównoważony rozwój krajowego systemu opieki zdrowotnej;</li> <li>Autonomia funkcjonalna i finansowa szpitali publicznych;</li> <li>Wdrożenie wspólnych ram prawnych i regulacyjnych dla publicznego i prywatnego sektora opieki zdrowotnej.</li> </ul>
<b>Grecja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak personelu i problemy z zatrudnieniem;</li> <li>Niezgodność podstawowych struktur z odpowiednimi urządzeniami;</li> <li>Lekarze specjaliści dla centrali; struktura-medyczne urządzenia technologiczne;</li> <li>Wzajemne połączenia z podobnymi systemami za granicą;</li> <li>Opieka zdrowotna w zawodach wysokiego ryzyka.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia z 5% do 8% PKB;</li> <li>Równe traktowanie przez państwo sektora prywatnego i publicznego;</li> <li>Minimalizacja biurokracji</li> <li>Metoda kalkulacji kosztów (DRG'S, ICD 10), finansowanie inwestycji w istniejących szpitalach prywatnych;</li> <li>Minimalne standardy operacyjne dla zapewnienia bezpiecznych usług zdrowotnych.</li> </ul>
<b>Włochy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negocjacje układu zbiorowego;</li> <li>Zatrudnienie w sektorze opieki zdrowotnej;</li> <li>Dialog z branżowymi związkami zawodowymi;</li> <li>Warunki pracy;</li> <li>Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy;</li> <li>Godzenie pracy z rodziną;</li> <li>Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kształcenie ustawiczne i ciągły rozwój zawodowy;</li> <li>Organizacja pracy;</li> <li>Cyfryzacja miejsca pracy / umiejętności cyfrowe;</li> <li>Kształcenie i szkolenie zawodowe;</li> <li>Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia.</li> </ul>
<b>Malta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negocjacje układu zbiorowego;</li> <li>Partnerstwo prywatne;</li> <li>Prawa pracownicze w placówkach służby zdrowia;</li> <li>Wypalenie w pracy;</li> <li>Godzenie pracy z rodziną.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delegowanie pracowników;</li> <li>Atrakcyjność sektora dla młodych pracowników.</li> </ul>
<b>Portugalia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negocjacje układu zbiorowego;</li> <li>Podniesienie kwalifikacji pielęgniarek;</li> <li>Rozwój kariery;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konwergencja UE;</li> <li>Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy;</li> <li>Warunki pracy;</li> </ul>

Kraj	Priorytety	
	Związki zawodowe	Organizacje pracodawców
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transgraniczne uznawanie kwalifikacji zawodowych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Starzejąca się siła robocza;</li> <li>Kształcenie i szkolenie zawodowe;</li> <li>Uznawanie umiejętności na poziomie krajowym;</li> <li>Stały rozwój zawodowy i kształcenie ustawiczne.</li> </ul>
<b>Hiszpania</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warunki pracy i zatrudnienia, szczególnie dzień pracy i wynagrodzenie;</li> <li>Bezpieczeństwo i higiena pracy z uwzględnieniem perspektywy płci;</li> <li>Proporcje wśród personelu służby zdrowia; stosunek liczby pielęgniarek do liczby pacjentów i bezpieczeństwo pacjentów;</li> <li>Digitalizacja;</li> <li>Narażenie na kontakt z czynnikami toksycznymi i biologicznymi, zapobieganie ryzyku;</li> <li>Rozwój zawodowy i zatrzymanie pracowników;</li> <li>Walidacja studiów i zawodów.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wdrażanie technologii; *</li> <li>Prawodawstwo dotyczące uznawania niektórych specjalistów w dziedzinie opieki zdrowotnej, jak embriologdy;</li> <li>Długa lista oczekujących na badania przesiewowe.</li> </ul>
<b>Chorwacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia</li> <li>Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy</li> <li>Wynagrodzenia w służbie zdrowia, a w szczególności wynagrodzenia pielęgniarek</li> <li>Warunki pracy</li> <li>Szkolenie pracowników</li> <li>Prawa materialne pracowników służby zdrowia</li> <li>Prawa i obowiązki</li> <li>Nadgodziny</li> <li>Układy zbiorowe pracy</li> <li>Brak pracowników w służbie zdrowia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wszystkie tematy objęte badaniem;</li> <li>Synergia prywatnej i publicznej opieki zdrowotnej</li> <li>Bezpieczeństwo pracy</li> </ul>
<b>Republika Czeska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wynagrodzenie pracowników służby zdrowia i opieki społecznej</li> <li>Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy</li> <li>Ochrona i bezpieczeństwo personelu</li> <li>Dialog społeczny z pracodawcami oraz tworzenie porozumień i wytycznych</li> <li>Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia</li> <li>Warunki pracy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dyrektywa w sprawie warunków pracy;</li> <li>Europejska płaca minimalna;</li> <li>Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia;</li> <li>Atrakcyjność sektora dla młodych pracowników.</li> </ul>
<b>Słowacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warunki pracy i</li> <li>Godzenie pracy z rodziną</li> <li>Stały rozwój zawodowy i kształcenie ustawiczne</li> <li>Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia</li> <li>Braki kadrowe i podnoszenie wartości pracy pielęgniarek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promowanie interesów swoich członków przy podziale funduszy strukturalnych UE (ASN);</li> <li>Tworzenie godnych warunków dla pracowników (ASN);</li> <li>Zwiększenie płatności dla osób z ubezpieczeniem państwowym (ASL SR)<sup>28</sup>.</li> </ul>
<b>Słowenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia</li> <li>Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy</li> <li>Warunki pracy</li> <li>Atrakcyjność sektora dla młodych pracowników</li> <li>Zapewnienie skutecznej ochrony zdrowia publicznego</li> <li>Normy dotyczące personelu opiekuńczego w opiece zdrowotnej</li> <li>System wynagrodzeń w opiece zdrowotnej</li> <li>Czas pracy</li> </ul>	Brak dostępnych informacji

Źródło: Badanie dotyczące dialogu społecznego w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej\*Oparte na analizie danych zastanych (desk-research)

<sup>28</sup> W oparciu o analizę danych zastanych (stan na luty 2021)

Respondenci mieli możliwość uszeregowania wymienionych tematów, którymi należy się zająć na poziomie DS UE, w skali od 1 do 5 (pięć oznacza najwyższy priorytet). Najwyżej oceniane tematy to ogólne warunki pracy (średnia ważona 4,7) oraz bezpieczeństwo i zdrowie w pracy (średnia ważona 4,6). Ciągły rozwój zawodowy i kształcenie ustawiczne, polityka rekrutacji i zatrzymywania w zawodzie wszystkich pracowników służby zdrowia oraz godzenie pracy z rodziną uzyskały trzecią najwyższą ocenę (średnia ważona na 4,3). Żaden z wymienionych priorytetów nie otrzymał mniej niż 3 punkty, co wskazuje na istotność wszystkich tematów.

W niektórych krajach tematy najwyżej oceniane przez pracodawców różnią się nieco od ocen związków zawodowych. Na przykład pracodawcy muszą skupić się na kształceniu i szkoleniu zawodowym (średnia ważona 4,8), stałym rozwoju zawodowym i kształceniu ustawicznym (4,6) oraz na starzeniu się siły roboczej w krajach południowych. Z drugiej strony związki zawodowe chcą skupić się na warunkach pracy (4,5), bezpieczeństwie i zdrowiu w pracy (4,5) oraz godzeniu pracy z rodziną (4,3).

**Tabela 5:** Najwyżej ocenione priorytety organizacji (% , N = 101)

Priorytet	Ocena na poziomie 4	Ocena na poziomie 5	Średnia ważona
Warunki pracy	12%	78%	4,7
Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy	15%	74%	4,6
Stąły rozwój zawodowy i kształcenie ustawiczne	29%	54%	4,3
Polityka rekrutacji i zatrzymania dla wszystkich pracowników służby zdrowia	22%	57%	4,3
Godzenie pracy z rodziną	31%	51%	4,3
Kształcenie i szkolenie zawodowe	29%	49%	4,2
Uznawanie umiejętności na poziomie krajowym	28%	49%	4,1
Cyfryzacja miejsca pracy / umiejętności cyfrowe	29%	47%	4,1
Transgraniczne uznawanie kwalifikacji zawodowych	28%	42%	4,0
Atrakcyjność sektora dla młodych pracowników	26%	43%	4,0
Starzejąca się siła robocza	24%	38%	3,9
Mobilność pracowników służby zdrowia w UE	31%	29%	3,7

*Źródło: Badanie dotyczące dialogu społecznego w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej*

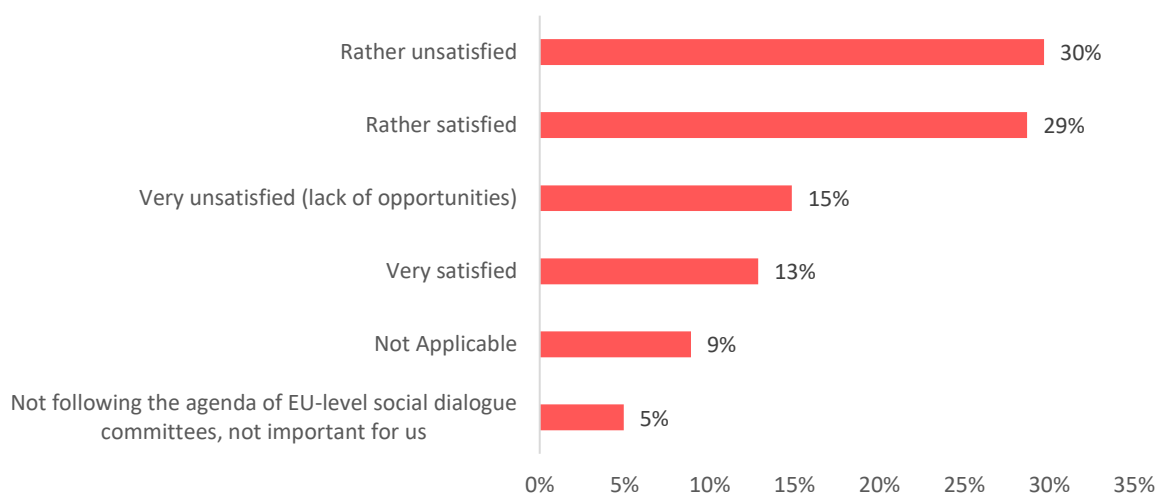
*Uwaga: Pytanie brzmiało: „Czy któryś z wymienionych poniżej tematów jest uważany za priorytet w waszej organizacji? Prosimy ocenić każdą opcję od 1 do 5, gdzie 1 oznacza najniższy priorytet, a 5 najwyższy priorytet.”*

Jeżeli chodzi o zadowolenie z możliwości zajęcia się priorytetami dialogu społecznego na poziomie UE, badanie wykazało możliwość poprawy w zakresie zaangażowania organizacji krajowych, tworząc bardziej angażujące i sprzyjające uczestnictwu środowisko dla partnerów krajowych na poziomie UE. Jedna trzecia respondentów jest raczej niezadowolona z tych możliwości, a 15% dostrzega nawet brak możliwości komunikowania swoich priorytetów na poziomie UE. Z drugiej strony, 42% respondentów jest raczej zadowolonych lub bardzo zadowolonych (odpowiednio 29% i 13%).

Powodem niezadowolenia z możliwości komunikowania priorytetów dialogu społecznego na poziomie UE jest brak środków finansowych (58%) oraz zasobów ludzkich/pracowniczych (51%). Czterdzieści procent respondentów odpowiedziało, że nie ma żadnych kontaktów z organizacjami na poziomie UE. Jednak 18% respondentów uważa, że ich priorytety różnią się od priorytetów partnerów społecznych na poziomie UE w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.



**Wykres 3:** Zadowolenie z możliwości zajęcia się priorytetami w dialogu społecznym na poziomie UE (% , N= 101)



Źródło: Badanie dotyczące dialogu społecznego w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

Uwaga: Pytanie brzmiało: „W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(a) z obecnych możliwości poruszania tematów uznanych w poprzednim pytaniu za najbardziej priorytetowe (ocena 4 i 5), w ramach komitetu sektorowego dialogu społecznego na poziomie UE w szpitalach i opiece zdrowotnej? Prosimy wybrać jedną opcję.”

Na podstawie badania partnerzy społeczni oczekują od szczybla UE następujących działań: 1) wsparcie w celu pomocy wywarcia większego wpływu na politykę krajową w sektorze zdrowia (78%) oraz 2) wsparcie w krajowych negocjacjach układów zbiorowych (np. negocjacje płacowe) (65%). Te dwa najgłośniej wyrażane oczekiwania pokazują, że krajowi partnerzy społeczni muszą zwiększyć swój wpływ na szczeblu krajowym. Oczekuje się, że struktury dialogu społecznego na poziomie UE będą te działania wspierać. Pięćdziesiąt pięć procent respondentów oczekuje budowania potencjału – przekazania konkretnych wskazówek na temat wzmocnienia dialogu społecznego i negocjacji układów zbiorowych w szpitalach i służbie zdrowia w danym kraju, a 52% oczekuje większego uznania interesów naszej organizacji i włączenia ich do programu dialogu społecznego na poziomie UE.

**Tabela 5:** Oczekiwania organizacji wobec struktur dialogu społecznego na poziomie UE (% , N= 95)

Oczekiwania	Procent
Wsparcie partnerów społecznych na poziomie UE dla naszej organizacji w celu wywarcia większego wpływu na politykę w sektorze zdrowia w naszym kraju	78%
Wsparcie dla nas w krajowych negocjacjach układów zbiorowych (np. negocjacje płacowe) (65%)	65%
Budowanie potencjału – przekazywanie konkretnych wskazówek, jak wzmocnić dialog społeczny i negocjacje układów zbiorowych w szpitalach i służbie zdrowia w naszym kraju	55%
Większe uznanie interesów naszej organizacji i włączenie ich do agendy dialogu społecznego na poziomie UE	52%
Zapewnienie przestrzeni do nawiązywania kontaktów i wymiany doświadczeń	47%

Źródło: Badanie dotyczące dialogu społecznego w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

Uwaga: pytanie brzmiało – Jakie są Państwa oczekiwania wobec struktur dialogu społecznego na poziomie UE w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej? Prosimy wybrać trzy najistotniejsze oczekiwania spośród poniższych opcji.

Pandemia COVID-19 zmieniła priorytety partnerów społecznych, jeszcze bardziej intensyfikując wagę niektórych problemów, zidentyfikowanych jeszcze przed kryzysem. Partnerzy społeczni z Chorwacji, Słowenii, Czech i Słowacji, którzy mieli okazję przedyskutować swoje priorytety podczas drugiej fali pandemii i po niej, ujawnili, że trudności, którymi nie zajmowano się przez długi czas, wzmogły się podczas pandemii. W szczególności krytyczny stał się brak personelu. Kwestie zdrowia i bezpieczeństwa nabrały dodatkowych wymiarów w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń oraz dostępności środków ochrony osobistej. W Chorwacji i Słowenii wzrosło podczas kryzysu znaczenie zdrowia psychicznego<sup>6</sup>.

Dyskusja w ramach Warsztatów Regionalnych z krajami Europy Środkowej ujawniła nowy temat, który należy komunikować na poziomie UE. Obaj partnerzy społeczni wzywają do zwiększenia inwestycji w ramach Planów Odbudowy i Wzmacniania Odporności, o których poinformowano na szczeblu krajowym (HR, SK). Uczestnicy warsztatów uznali swój udział w procesie konsultacji planu odbudowy za niewystarczający. Nie wykorzystano

możliwości negocjowania sprawiedliwego podziału w ramach dialogu społecznego na szczeblu krajowym. Partnerzy społeczni często byli wykluczani z tego procesu. Niezadowolenie z odsetka inwestycji ustalonego na poziomie krajowym daje przestrzeń do działania partnerom społecznym na poziomie UE.

Przedstawiciele rumuńskich związków zawodowych ujawnili, że możliwości wpływania na działania w czasie pandemii i zajmowania się niepewnymi warunkami pracy w służbie zdrowia zostały przez obecny rząd zminimalizowane. Związki zawodowe są ignorowane, gdy domagają się odpowiedniego zaopatrzenia w środki ochrony osobistej, dostępu do szczepionki i podwyżki płac. Niemal wszystkie szpitale przekształciły się w szpitale covidowe, co zagraża zdrowiu innych pacjentów<sup>24</sup>.

Hiszpania także potwierdziła ograniczony udział w dialogu społecznym i niskie inwestycje w opiekę zdrowotną, co prowadzi do licznych niedociągnięć. Z drugiej strony, Chorwacja jest zadowolona z dialogu społecznego w czasie pandemii, który doprowadził do 10% wzrostu wynagrodzeń. Również we Włoszech, pomimo pandemii, trwają negocjacje z partnerami społecznymi. Negocjacje układów zbiorowych nie ucierpiały z powodu Covid-19. ARAN udało się zamknąć różne umowy publiczne, jak Krajowe Układy Zbiorowe dotyczące „Funkcji lokalnych” i „Opieki zdrowotnej”, a obecnie pracuje nad Krajowymi Układami Zbiorowymi dotyczącymi „Funkcji centralnych”<sup>25</sup>.

## 7. Wnioski

W raporcie końcowym przedstawiono ustalenia dotyczące zaangażowania partnerów społecznych w dialog społeczny na poziomie UE oraz priorytety, którymi należy się zająć na poziomie UE dla Bułgarii, Węgier, Polski, Rumunii, Cypru, Grecji, Włoch, Malty, Portugalii, Hiszpanii, Chorwacji, Czech, Słowacji i Słowenii.

Wspólną cechą krajów docelowych jest to, że ich wydatki na opiekę zdrowotną są w perspektywie długoterminowej poniżej średniej dla UE-27, a braki kadrowe powodują w konsekwencji wzrost obciążenia pracą i tworzą zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Ponadto migracja pracowników służby zdrowia, głównie do krajów zachodnich i północnych, stanowi wyzwanie gospodarcze i społeczne dla wszystkich krajów docelowych. Niedobór siły roboczej prowadzi do niepewności zatrudnienia, charakteryzującej się długimi godzinami pracy, wzrostem liczby zmian nocnych i ponownym zatrudnianiem emerytowanych pracowników. Warunki pracy podczas kryzysu COVID-19 wykazały zwiększoną potrzebę skoordynowanych i integrujących działań na poziomie krajowym i europejskim, aby skutecznie stawiać czoła wyzwaniom. W związku z tym zasadniczego znaczenia nabrały reprezentacja partnerów społecznych w europejskim sektorowym dialogu społecznym oraz ich zaangażowanie w Semestr Europejski.

Zachęca się partnerów społecznych na szczeblu krajowym do dążenia do dużego zaangażowania Komisji Europejskiej na rzecz Europy Socjalnej i przyczynienia się do znalezienia rozwiązań dla palących wyzwań w dziedzinie opieki zdrowotnej. Z drugiej strony, inicjatywy na poziomie UE mogą być źródłem informacji i inspiracji dla rozwoju strategii i wzmocnienia dialogu społecznego w państwach członkowskich.

Reprezentacja partnerów społecznych okazuje się być fragmentaryczna, zróżnicowana pod względem zawodów oraz prywatnych/publicznych sektorów zdrowia. Te wspólne cechy w większości krajów docelowych uzupełnia brak oficjalnego odpowiednika. Większość organizacji z krajów docelowych uczestniczyła w strukturach DS na poziomie UE, reprezentowanych przez EPSU i HOSPEEM lub inną międzysektorową organizację europejską. Udział pracodawców w strukturach dialogu społecznego na poziomie UE jest obecnie ograniczony.

Chociaż liczba państw członkowskich UE otrzymujących konkretne zalecenia dotyczące opieki zdrowotnej w ramach procesu Semestrów Europejskich jest duża, zaangażowanie partnerów społecznych jest ograniczone. Partnerzy społeczni ujawnili swoje priorytety, które chcieliby komunikować w ramach dialogu społecznego na poziomie UE. Tematy sięgają od kompleksowych, ogólnych problemów strukturalnych, jak większe inwestycje w opiekę zdrowotną ogólnie, bhp oraz warunki pracy, utrzymanie siły roboczej oraz godzenie życia zawodowego z rodzinnym, po dyskusje w sprawie europejskiej dyrektywy o wynagrodzeniu minimalnym. Najwyżej oceniane tematy to warunki pracy oraz bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy, związane z długoterminowymi wyzwaniami, jakimi są braki kadrowe w opiece zdrowotnej i pogarszające się warunki pracy.

Istnieje możliwość poprawy w zakresie zaangażowania organizacji krajowych, stworzenia bardziej angażującego i sprzyjającego uczestnictwu środowiska dla partnerów krajowych na poziomie UE. Badanie wykazało, że partnerzy społeczni mają jasne oczekiwania wobec dialogu społecznego na poziomie UE. Krajowi partnerzy społeczni muszą zwiększyć swoje wpływy na szczeblu krajowym, aby wywierać bardziej znaczący wpływ na politykę krajową w sektorze zdrowia. Oczekuje się, że struktury dialogu społecznego na poziomie UE będą ich wspierać.

Kolejne kroki podejmowane przez partnerów społecznych na szczeblu UE poprowadzą do intensyfikacji prac nad inicjatywami w zakresie rekrutacji i zatrzymywania pracowników, a także do głębszego zbadania programów budowania potencjału, które pomogłyby zwiększyć wsparcie polityczne dla dialogu społecznego.

## Załącznik

### A. Metodyka

Zastosowano metodykę łączoną:

- a) Badania danych zastanych koncentrowały się na identyfikacji partnerów społecznych w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, ich charakterystyce oraz badaniach dotyczących krajowego dialogu społecznego i Semestru Europejskiego,
- b) Dostosowany do potrzeb kwestionariusz internetowy poświęcony dialogowi społecznemu w sektorze opieki zdrowotnej składała się z 23 pytań podzielonych na cztery obszary:
  - (1) Identyfikacja organizacji;
  - (2) Zaangażowanie w dialog społeczny na poziomie krajowym i unijnym oraz w Semestr Europejski;
  - (3) Priorytety i tematy, które należy komunikować na poziomie UE;
  - (4) Zadowolenie z możliwości zajęcia się priorytetami i oczekiwania wobec struktur dialogu społecznego na poziomie UE.

Kwestionariusz został przetłumaczony na języki narodowe i był dystrybuowany online za pomocą systemu Survey Monkey. Do wypełnienia ankiety wielokrotnie zapraszano różne organizacje, zarówno związki zawodowe, jak i organizacje pracodawców. Struktura respondentów biorących udział w badaniu była następująca:

Próba całkowita	Procent	Liczbar
Łączna liczba respondentów	100%	181
<b>Typ organizacji</b>		
Organizacja pracodawców	6,6%	12
Związek zawodowy	87,9%	159
Inne	5,5%	10
<b>Stanowisko respondenta w organizacji</b>		
Przewodniczący	20,7%	35
Wiceprzewodniczący	4,7%	8
Sekretarz Generalny	4,7%	8
Członek Prezydium	29,0%	49
Członek personelu	16,0%	27
Inne	25,0%	42
<b>Kraj</b>		
Bułgaria	1,20%	2
Chorwacja	5,99%	10
Cypr	1,80%	3
Republika Czeska	2,40%	4
Grecja	5,39%	9
Węgry	2,99%	5
Włochy	3,59%	6
Malta	2,40%	4
Polska	2,40%	4
Portugalia	2,40%	4
Rumunia	59,88%	100 <sup>29</sup>
Słowacja	4,19%	7
Słowenia	2,40%	4

<sup>29</sup>Wysoka liczba respondentów z Rumunii wynika z tego, że kwestionariusz był dystrybuowany wśród związków zawodowych szczebla regionalnego

Hiszpania	2,99%	5
-----------	-------	---

- c) W oparciu o rozmowy prowadzone podczas Warsztatów Regionalnych: Dyskusję podczas warsztatów ułatwiała przygotowana wcześniej struktura; sporządzono notatki i skonsolidowano je w formie podsumowania ustaleń, uzupełniającego kwestionariusz i wyniki badań danych zastanych.

Okresy faz badawczych dla poszczególnych grup krajów

Kraje	Analiza danych zastanych	Gromadzenie danych z badań	Analiza warsztatów webinarowych
BG, HU, PL, RO	Od kwietnia do lipca 2019 r.	Od kwietnia do czerwca 2019 r.	Warsztaty regionalne w Bukareszcie w czerwcu 2019 r.
CY, EL, IT, PT, MT, ES	Od lipca do listopada 2019 r.	Od lipca do listopada 2019 r.	Warsztaty regionalne w Rzymie w listopadzie 2019 r.
HR, CZ, SK, SI	Od lutego do sierpnia 2020 r.	Od lutego do sierpnia 2020 r.	Warsztaty regionalne online w kwietniu 2021 r.,

## B. Zalecenia Semestru Europejskiego dla poszczególnych krajów

W poniższej tabeli przedstawiono zalecenia CSR i inne w odniesieniu do obszarów polityki zdrowotnej i społecznej w czterech krajach docelowych. Należy zauważyć, że poniższe informacje są fragmentami zaleceń dla kraju, przyjętych w lipcu 2020 r.

Obszary rekomendacji	Bułgaria	Węgry	Polska	Rumunia
<b>Polityka zdrowotna</b>				
System opieki zdrowotnej i infrastruktura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charakteryzuje się wydatkami publicznymi;</li> <li>Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej spowodowany nierównomierną dystrybucją ograniczonych zasobów i niskim poziomem ubezpieczenia zdrowotnego;</li> <li>Znaczne płatności out-of-pocket (z własnej kieszeni).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nieodpowiednie badania przesiewowe i podstawowa opieka zdrowotna;</li> <li>Wydatki publiczne poniżej średniej UE;</li> <li>Obywatele muszą polegać na płatnościach z własnej kieszeni, aby uzyskać dostęp do dobrej jakości usług;</li> <li>System jest mocno skoncentrowany na szpitalach, a słabo na podstawowej opiece zdrowotnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niezaspokojone zapotrzebowanie na usługi medyczne zmniejszyło się, ale pozostaje w UE wysokie;</li> <li>Od 2010 r. znacznie wydłużył się czas oczekiwania;</li> <li>Opracowano mapy potrzeb zdrowotnych, ale nie stały się one narzędziem wspomagającym podejmowanie decyzji;</li> <li>System opieki zdrowotnej jest zbyt skoncentrowany na zapewnieniu opieki szpitalnej;</li> <li>Opieka podstawowa i ambulatoryjna pozostają słabo rozwinięte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niskie finansowanie, nieefektywne wykorzystanie zasobów publicznych oraz brak reform ograniczają skuteczność systemu opieki zdrowotnej;</li> <li>Wysoka powszechność płatności nieformalnych;</li> <li>Ograniczony dostęp do usług opieki zdrowotnej dla osób mieszkających na obszarach wiejskich i grup w trudnej sytuacji społecznej;</li> </ul>
	<p><b>CSR:</b> Poprawa dostępu do usług zdrowotnych, w tym zmniejszenie opłat za leczenie z własnej kieszeni oraz rozwiązanie problemu niedoboru pracowników służby zdrowia.</p>	<p><b>CSR:</b> Poprawa wyników zdrowotnych poprzez wspieranie środków profilaktyki zdrowotnej i wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej</p>		<p><b>CSR:</b> Poprawa dostępu do opieki zdrowotnej i jej efektywności pod względem kosztów, w tym przez przeniesienie opieki ambulatoryjnej</p>
Niedobór pracowników służby zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niska dostępność lekarzy ogranicza świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej;</li> <li>Znaczny niedobór pielęgniarek, których liczba w przeliczeniu na jednego mieszkańca należy do najniższych w UE.</li> </ul> <p><b>Rekomendacja:</b> Szybsze i skuteczniejsze wdrażanie krajowej strategii zdrowotnej pomogłoby zaradzić tym niedociągnięciom.</p>	Znaczny niedobór personelu medycznego, w szczególności lekarzy ogólnych i pielęgniarek, utrudnia dostęp do opieki w obszarach biedniejszych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Na dostęp do systemu opieki zdrowotnej i jego skuteczność wpływają niskie wydatki i braki kadrowe;</li> <li>Stosunek liczby praktykujących lekarzy i pielęgniarek do liczby ludności należy do najniższych w UE, a ¼ personelu medycznego jest w wieku emerytalnym;</li> </ul>	Istnieją niedobory pracowników służby zdrowia, w szczególności z powodu emigracji lekarzy i pielęgniarek
<b>Polityka społeczna</b>				
Umiejętności	<p><b>Rekomendacja:</b> Zwiększenie szans na zatrudnienie poprzez podnoszenie umiejętności, w tym umiejętności informatycznych.</p>	<p><b>Rekomendacja:</b> Rozwijanie umiejętności cyfrowych może pomóc w zwiększeniu szans na zatrudnienie</p>	Słabości w obszarze umiejętności cyfrowych, czytania, pisanie i liczenia <b>CSR:</b> Wspieranie wysokiej jakości edukacji i umiejętności istotnych dla rynku pracy, w szczególności poprzez kształcenie dorosłych	Brak ewolucji zgodnie z potrzebami rozwijających się sektorów gospodarki <sup>30</sup>

<sup>30</sup> 81% pracodawców ma trudności z obsadzeniem wolnych miejsc pracy

Obszary rekomendacji	Republika Czeska	Chorwacja	Słowenia	Słowacja
<b>Polityka zdrowotna</b>				
<b>System opieki zdrowotnej i infrastruktura</b>	<p>Obecny kryzys pokazał, że potrzeba planów gotowości na wypadek kryzysu w sektorze zdrowotnym obejmuje także ulepszone strategie zakupów, zróżnicowane łańcuchy dostaw oraz strategiczne rezerwy podstawowych materiałów eksploatacyjnych. Są one elementami kluczowymi do opracowania szerszych planów gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych.</p> <p>Rekomendacja: Zapewnienie odporności systemu opieki zdrowotnej, zwiększenie dostępności pracowników służby zdrowia, podstawowej opieki zdrowotnej i integracji opieki oraz wprowadzenie usług e-zdrowia.</p>	Zwiększenie odporności systemu opieki zdrowotnej. Promowanie zrównoważonego rozmieszczenia geograficznego pracowników służby zdrowia i placówek służby zdrowia, bliższej współpracy między wszystkimi szczeblami administracji oraz inwestycji w e-zdrowie	Zapewnienie odporności systemu opieki zdrowotnej i długoterminowej, w tym zapewnienie odpowiednich dostaw najważniejszych produktów medycznych oraz rozwiązanie problemu niedoboru pracowników służby zdrowia.	Wzmocnienie odporności systemu opieki zdrowotnej pod kątem pracowników służby zdrowia, najważniejszych produktów medycznych i infrastruktury. Poprawa świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej i koordynacji między typami rodzajami opieki.
<b>Polityka społeczna</b>				
<b>Umiejętności</b>	Wspieranie zapewniania umiejętności, w tym umiejętności cyfrowych i dostępu do nauki w formie cyfrowej.	Zwiększenie dostępu do infrastruktury i usług cyfrowych. Wspieranie nabywania umiejętności.	Promowanie potencjału cyfrowego przedsiębiorstw oraz wzmacnianie umiejętności cyfrowych, handlu elektronicznego i e-zdrowia.	Wzmocnienie umiejętności cyfrowych. Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji.
<b>Siła robocza</b>	Wspieranie zatrudnienia poprzez aktywną politykę rynku pracy	Wzmocnienie środków i instytucji rynku pracy oraz poprawa adekwatności zasiłków dla bezrobotnych i systemów dochodów minimalnych.	Zapewnienie odpowiedniego zastąpienia dochodów i ochrony socjalnej. Złagodzenie wpływu kryzysu na zatrudnienie, w tym wzmocnienie programów skróconego czasu pracy i elastycznych form pracy. Upewnienie się, że środki te zapewniają odpowiednią ochronę pracownikom niestandardowym.	Zapewnienie odpowiedniego zastąpienia dochodów oraz zadbanie o dostęp do ochrony socjalnej i usług podstawowych dla wszystkich

Obszary rekomendacji	Cypr	Grecja	Włochy	Malta	Portugalia	Hiszpania
<b>Polityka zdrowotna</b>						
<b>System opieki zdrowotnej i infrastruktura</b>	<p>Postępy poczynione w dziedzinie opieki zdrowotnej dzięki przyjęciu przepisów ustanawiających nowy krajowy system opieki zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dąży do poprawy dostępu;</li> <li>wprowadzenie powszechnej ochrony zdrowia;</li> <li>obniżenie wysokiego poziomu płatności z własnej kieszeni (out-of-pocket);</li> <li>zwiększenie efektywności świadczenia opieki w sektorze publicznym;</li> <li>zapewnia autonomię finansową i operacyjną szpitali publicznych.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Podjęcie działań w celu zapewnienia, że krajowy system opieki zdrowotnej będzie zgodny z planem gotowy do działania w 2020 r., przy jednoczesnym zachowaniu jego długoterminowej stabilności.</p>	<p>Zapoczątkowana w 2017 r. daleko idąca reforma systemu podstawowej opieki zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>istotne dla zapewnienia dostępu;</li> <li>konieczne są dalsze inwestycje poprzez rozmieszczenie lokalnych jednostek opieki zdrowotnej.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Skupienie się na polityce gospodarczej związanej z inwestycjami w zakresie zrównoważonej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem różnic regionalnych i potrzeby zapewnienia włączenia społecznego;</p>	<p>Ogólnie rzecz biorąc, wyniki są dobre, ale dysproporcje w świadczeniu opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach wpływają na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dostęp;</li> <li>równość;</li> <li>skuteczność;</li> </ul> <p>Potencjał poprawy poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>lepszą administrację;</li> <li>monitorowanie standardowych poziomów usług.</li> </ul> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Więcej opieki domowej, środowiskowej i długoterminowej dla osób niepełnosprawnych i innych grup w niekorzystnej sytuacji;</li> <li>Rozbieżności geograficzne, które należy uwzględnić w dostępności usług zdrowotnych i opieki długoterminowej.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Zwiększenie skuteczności, dostępności i trwałości opieki zdrowotnej</p>	<p>Aktualna sytuacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wzrost wydatków publicznych związanych z wiekiem w systemach opieki zdrowotnej;</li> <li>Ryzyko długoterminowego wzrostu zadłużenia;</li> <li>Stale działania mające na celu decentralizację usług ze szpitali do podstawowej opieki zdrowotnej;</li> <li>Zwalczanie długich czasów oczekiwania poprzez zwiększenie możliwości przerobowych publicznej ambulatoryjnej opieki szpitalnej;</li> <li>Rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową;</li> <li>Wprowadzenie nowych rodzajów usług środowiskowych i domowych;</li> <li>Jak dotąd nie odnotowano wpływu podjętych środków na stabilność budżetową.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Zapewnienie stabilności budżetowej systemu opieki zdrowotnej, w tym poprzez</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ograniczenie wcześniejszych emerytur;</li> <li>dostosowanie ustawowego wieku emerytalnego w związku z oczekiwanym wzrostem średniej długości życia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stąła presja na finanse publiczne wynikająca z niekorzystnych tendencji demograficznych;</li> <li>Promowanie efektywności kosztowej poprzez zwiększone zakupy scentralizowane i stosowanie leków generycznych;</li> <li>Nieodpowiednie planowanie budżetowe i kontrola księgową skutkujące wysokimi zaległościami szpitali;</li> <li>wprowadzenie nowego modelu zarządzania szpitalami publicznymi w celu strukturalnego rozwiązania problemu zaległości płatniczych w 2019 r.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Poprawa jakości finansów publicznych poprzez priorytetyzację wydatków pobudzających wzrost gospodarczy przy jednoczesnym wzmocnieniu ogólnej kontroli wydatków, efektywności kosztowej i odpowiedniego planowania budżetowego, ze szczególnym uwzględnieniem trwałego zmniejszenia zaległości szpitali.</p>	
<b>Polityka społeczna</b>						

<p><b>Umiejętności</b></p>	<p>Dostęp do wysokiej jakości edukacji i szkoleń z perspektywą na całe życie, uwzględniających przyszłe potrzeby.</p> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zwiększenie możliwości w zakresie kształcenia i szkolenia zawodowego;</li> <li>Zwiększenie zaangażowania pracodawców i udziału osób uczących się w kształceniu i szkoleniu zawodowym.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Poprawa dostosowania systemów kształcenia i szkolenia do potrzeb rynku pracy.</p>	<p>Rosnące niedobory i niedopasowanie umiejętności oraz zmieniający się świat pracy.</p> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zwiększenie możliwości w zakresie kształcenia i szkolenia zawodowego</li> <li>Wzmocnienie i modernizacja systemów kształcenia i szkolenia.</li> </ul>	<p>Rozważenie nabywania umiejętności z myślą o przyszłości, w tym środków promujących uczenie się dorosłych.</p> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wzmocnienie atrakcyjności zawodu nauczyciela;</li> <li>Podnoszenie kwalifikacji jest szczególnie potrzebne w przypadku umiejętności cyfrowych.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Poprawa wyników kształcenia, także poprzez</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>odpowiednie i ukierunkowane inwestycje;</li> <li>promowanie podnoszenia kwalifikacji w zakresie umiejętności cyfrowych.</li> </ul>	<p>Dodatkowe wysiłki na rzecz poprawy jakości systemów kształcenia i szkolenia oraz włączenia społecznego, ze szczególnym uwzględnieniem grup będących w niekorzystnej sytuacji.</p>	<p>Poziom umiejętności pozostaje niski dla kilku grup ludności.</p> <p>Zwiększenie szans na zatrudnienie i mobilność społeczną poprzez inwestycje w edukację, szkolenia i infrastrukturę.</p> <p><b>CSR:</b> Podniesienie poziomu umiejętności społeczeństwa, w szczególności umiejętności informatycznych, w tym poprzez lepsze dostosowanie kształcenia dorosłych do potrzeb rynku pracy.</p>	<p>Niedobory i niedopasowanie umiejętności utrudniają rozwój i wykorzystanie zaawansowanych technologii, w szczególności przez małe i średnie przedsiębiorstwa.</p> <p>Zahamowanie wysiłków na rzecz reformy systemu edukacji.</p> <p><b>CSR:</b> Ograniczenie zjawiska przedwczesnego kończenia nauki oraz zacieśnienie współpracy między sektorem edukacji a biznesu w celu poprawy umiejętności i kwalifikacji istotnych dla rynku pracy, w szczególności w zakresie technologii informacyjno-komunikacyjnych.</p>
<p><b>Wynagrodzenie</b></p>		<p><b>Rekomendacja:</b> zakończenie bardziej kompleksowych reform świadczeń socjalnych.</p>	<p>Nierówności dochodowe i zagrożenie ubóstwem są wysokie, a różnice między regionami i terytoriami znaczne.</p> <p>Różnica w zatrudnieniu pod względem płci pozostaje jedną z najwyższych w Unii.</p> <p>Wciąż brakuje kompleksowej strategii promowania udziału kobiet w rynku pracy.</p>		<p>Pomimo zmniejszenia nierówności w dochodach, nadal są one znacznie wyższe niż średnia unijna. Adekwatność systemu dochodów minimalnych należy do najniższych w Unii.</p> <p><b>Zalecenie:</b> Poprawa zasięgu, adekwatności lub skuteczności siatki bezpieczeństwa socjalnego, w tym systemów dochodów minimalnych</p>	<p>Różnice regionalne przedstawione w regionalnych systemach dochodów minimalnych; Ograniczone możliwości przenoszenia uprawnień między regionami zmniejszają zachęty do mobilności siły roboczej.</p> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Integracja strategii rozwoju terytorialnego, w tym działań promujących przedsiębiorczość, cyfryzację i gospodarkę społeczną.</li> <li>Usunięcie luk w zasięgach regionalnych systemów dochodów minimalnych.</li> </ul>
<p><b>Dialog społeczny</b></p>		<p>Skuteczny dialog społeczny i odpowiedzialne partnerstwo społeczne mogą wspierać</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>środowisko dla realizacji;</li> </ul>	<p>Przewidywana początkowo reforma ram negocjacji zbiorowych miała na celu lepsze dostosowanie wynagrodzeń do warunków gospodarczych na poziomie</p>			<p>Chociaż ustanowienie trójstronnych okrągłych stołów jest dobrym krokiem w kierunku bardziej znaczącego zaangażowania partnerów społecznych w</p>



		<ul style="list-style-type: none"><li>• odpowiedzialność za trwałe reformy.</li></ul>	regionalnym i na poziomie przedsiębiorstw. Porozumienie ramowe podpisane z trzema głównymi włoskimi związkami zawodowymi w celu <ul style="list-style-type: none"><li>• rozszerzenia negocjacji na drugim poziomie;</li><li>• zwiększa pewność prawną poprzez ustanowienie bardziej precyzyjnych zasad reprezentacji partnerów społecznych w negocjacjach;</li><li>• ustanowienie ulepszonoego algorytmu wyznaczania minimów płacowych.</li></ul>			kształtowanie polityki, istnieje możliwość bardziej dogłębnych i terminowych konsultacji.
--	--	---	--	--	--	---

Źródło: Przegląd opracowany przez zespół CELSI na podstawie zaleceń dla poszczególnych krajów w ramach Semestru Europejskiego 2020

### C. Lista uczestników Warsztatu Upowszechniającego

Nazwisko	Imię	Organizacja	Przynależność	Kraj
Albuquerque Arenga	Margarida	Stałe Przedstawicielstwo Portugalii	Inne	Belgia
Avram	Adam	EPSU	EPSU	Belgia
Barecka-Bach	Anna	NSZZ "Solidarność" Fresenius Nephrocare	EPSU	Polska
Bartlet	Céline	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgia
Behrens	Jan	Komisja Europejska	Inne	Belgia
Berislavic	Marija	Chorwacki Związek Zawodowy Pielęgniarek i Techników Medycznych	EPSU	Chorwacja
Bota	Ovidiu	SANITAS Cluj	EPSU	Rumunia
Branca	Marta	HOSPEEM	HOSPEEM	Włochy
Břeňková	Ivana	TUHSS CR/OSZSP ČR	EPSU	Republika Czeska
Cojocariu	Victoria	Eurofound	Inne	Irlandia
Das	Sarada	Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME)	Inne	Belgia
De Bruyn	Myriam	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgia
Dechorgnat	Elisa	FEHAP	HOSPEEM	Francja
Drug	Roxana	EPSU	EPSU	Belgia
Fasoli	Sara	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgia
Gae	Razvan	Federacja SANITAS	EPSU	Rumunia
Gil Alonso	Yolanda	FSS-CC.OO	EPSU	Hiszpania
Goudriaan	Jan-Willem	EPSU	EPSU	Belgia
Hnykova	Jana	OSZSP ČR	EPSU	Republika Czeska
Holubová	Barbora	CELSI	Inne	Słowacja
Howe	Samantha	EPDU	EPSU	Belgia
Kahancova	Marta	CELSI	Inne	Słowacja
Malapitan	Christopher	Artysta grafik	Inne	Belgia
Michelutti	Paolo	ASL Roma 3	HOSPEEM	Italia
Mohrs	Simone	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgia
Negru	Liliana	SANITAS Arad	EPSU	Rumunia
Oarna	Ana Maria	Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private - PALMED	Inne	Rumunia
Papp	Katalin	Izba Węgierskich Pracowników Służby Zdrowia, Uniwersytet w Debreczynie Wydział Zdrowia	Inne	Węgry
Paun	Tanja	Chorwacki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia	Inne	Chorwacja
Pereira	Ana Carla	Komisja Europejska	Inne	Belgia
Petcu	Claudia	Sanitas	EPSU	Rumunia
Prasnjak	Anica	Chorwacki Związek Zawodowy Pielęgniarek i Techników Medycznych	EPSU	Chorwacja
Ptak-Bufkens	Katarzyna	Komisja Europejska	Inne	Belgia

Renouvel	Sylvain	Federacja Europejskich Pracodawców Społecznych	Inne	Belgia
Rinversi	Silvia	ARAN	HOSPEEM	Włochy
Robert	Alexandre	Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN)	Inne	Belgia
Rodríguez Contreras	Ricardo	Eurofound	Inne	Irlandia
Rogalewski	Adam	EPSU	EPSU	Belgia
Romeao	Sandra	Sanitas	EPSU	Rumunia
Scarparo	D'Emanuele	UIL FPL	EPSU	Włochy
Schriefer	Jan	FNV Holandia	EPSU	Holandia
Slangen	Sylvie	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgia
Vannini	Michele	FP-CGIL	EPSU	Włochy
Zlatanova	Slava	Federacja Związków Zawodowych – Służba Zdrowia (FTU-HS)	EPSU	Bułgaria