



RAPORT FINAL DE PROIECT

Raportul final a fost întocmit în cadrul proiectului comun al HOSPEEM – EPSU, „Consolidarea dialogului social în sectorul spitalicesc din Europa de Est, de Sud și Centrală” (2019 și 2021). Proiectul a primit sprijin financiar din partea Uniunii Europene (nr. proiect: VS/2019/0008).

Elaborat de



Informațiile conținute în această publicație nu reflectă neapărat poziția oficială a Comisiei Europene.



This project has received financial support from the European Union

Cuprins

1. Introducere	2
2. Fapte și cifre din sectorul spitalicesc și al sănătății	3
3. Partenerii sociali din sectorul spitalicesc și al asistenței medicale	5
4. Implicarea partenerilor sociali în structurile de dialog social ale UE	9
5. Participarea partenerilor sociali la semestrul european	10
6. Prioritățile partenerilor sociali de comunicat la nivelul UE	11
7. Concluzie	17
Anexă	I
A. Metodologie	I
B. Semestrul european - recomandări specifice țărilor	III
C. Lista participanților la atelierul pentru diseminare	VIII

Indexul tabelor

Tabel 1: Cheltuieli cu asistența medicală (toate mecanismele financiare, 2018)	3
Tabel 2: Personalul sanitar angajat în spitale (2018)	4
Tabel 3: Motive pentru neparticiparea la structurile de dialog social la nivelul UE (% , N= 57)	10
Tabel 4: Priorități de comunicat la nivelul UE	13
Tabel 5: Prioritățile organizațiilor cu cel mai mare scor (% , N = 101)	15

Indexul graficelor

Grafic 1: Participare directă la reuniunile comitetelor structurilor de dialog social la nivelul UE din 2015 (% , N = 76)	9
Grafic 2: Modalitățile prin care partenerii sociali sunt implicați în procedura semestrului european (% , N=124) ..	11
Grafic 3: Satisfacția în ceea ce privește oportunitățile de abordare a priorităților în dialogul social la nivelul UE (% , N = 101)	16

Abrevieri

CSRs	Recomandări specifice fiecărei țări în cadrul semestrului european
EESC	Comitetul Economic și Social European
EO	Organizația angajatorilor
EPSU	Federația Europeană a Sindicatelor din Serviciile Publice
UE	Uniunea Europeană
PIB	Produsul intern brut
HOSPEEM	Asociația Angajatorilor din Sectorul Spitalicesc și al Sănătății
SM	Stat membru
DS	Dialog social
DSS	Dialog social sectorial
S	Sindicate

Abrevieri ale țărilor

BG	Bulgaria	HU	Ungaria
CZ	Republica Cehă	MT	Malta
EL	Grecia	PL	Polonia
ES	Spania	PT	Portugalia
HR	Croația	RO	România
IT	Italia	SI	Slovenia
CY	Cipru	SK	Slovacia

1. Introducere

Eficacitatea spitalelor și a sistemelor de sănătate, accesibilitatea, calitatea bună a îngrijirii și reziliența au devenit și mai semnificative în timpul recente crize de sănătate. În ciuda recunoașterii importanței sale substanțiale, **sectorul spitalicesc și al asistenței medicale se confruntă cu provocări pe termen lung** care au fost exacerbate de la izbucnirea pandemiei. Criza a evidențiat modul în care slăbiciunile sistemelor de sănătate pot avea efecte profunde asupra sănătății publice și dezvoltării economice în statele membre ale UE.

Pandemia a arătat, de asemenea, nevoia crescută de acțiuni coordonate și incluzive la nivel național și european pentru a face față în mod eficient provocărilor. Prin urmare, reprezentarea partenerilor sociali **în Dialogul Social Sectorial European (DS) și implicarea acestora în semestrul european și în planurile naționale de redresare și reziliență au devenit relevante din punct de vedere strategic** pentru a se asigura implementarea și abordarea la nivelul UE a condițiilor de muncă și reformelor legate de piață.

Cu toate acestea, reprezentativitatea organizațiilor partenerilor sociali europeni în sectorul sănătății și dialogul social sectorial sunt îngreunate de segmentarea ridicată a furnizorilor de asistență medicală, pornind de la organismele din sectorul public la diferite niveluri administrative și până la instituțiile non-profit și private¹. Fragmentarea furnizorilor influențează și structura partenerilor sociali; lucrătorii și angajatorii se organizează în funcție de sectorul lor ocupațional, de subsectorul și sectorul privat/public.

Pentru a consolida rolul partenerilor sociali la nivelul UE, Asociația Angajatorilor din Sectorul Spitalicesc și al Sănătății (HOSPEEM) și Federația Europeană a Sindicatelor din Serviciile Publice (EPSU) au comandat un proiect comun. Obiectivul proiectului este (a) identificarea și abordarea **nevoilor de consolidare a capacităților ale partenerilor sociali sectoriali**; (b) obținerea unor date cantitative și calitative privind **implicarea curentă a semestrului european** și consolidarea rolului său în acest sens. Mai exact, proiectul a analizat prioritățile partenerilor sociali și modul în care aceste priorități ar putea fi mai bine articulate în activitățile viitoare ale HOSPEEM și EPSU. Raportul final furnizează date comparabile și informații specifice fiecărei țări din paisprezece țări vizate: Bulgaria, Ungaria, Polonia, România, Cipru, Grecia, Italia, Malta, Portugalia, Spania, Croația, Republica Cehă, Slovacia și Slovenia. Raportul final este o compilație a celor trei rapoarte regionale pentru țările din Europa de Est (BG, HU, PL și RO), țările din Europa de Sud (ES, EL, CY, MT, PT, IT) și țările din Europa Centrală (SK, SI, CZ și HR).²

Constatările din acest raport sunt **rezultatul unei metodologii combinate**, ce include:

- Un sondaj online personalizat dedicat dialogului social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale, desfășurat din aprilie 2019 până în august 2020 (în trei valuri dedicate anumitor grupuri de țări);
- Cercetare documentară efectuată din aprilie 2019 până în august 2020;
- Rezultatele discuției cu organizațiile naționale ale partenerilor sociali și organizațiile relevante din cele 14 țări vizate, organizate în cadrul a trei webinare regionale (iunie 2019 la București, noiembrie 2019 la Roma, atelier online în aprilie 2021)

Raportul este structurat după cum urmează:

- Capitolul unu prezintă principalii **indicatori statistici** pe baza datelor comparative ale Eurostat pentru sectorul spitalicesc și al asistenței medicale din cele 14 țări;
- Capitolul doi prezintă **partenerii sociali identificați** – sindicate și organizații ale angajatorilor sau alte organizații din cele 14 țări vizate;
- Capitolele trei și, respectiv, patru analizează dacă și în ce mod **sunt implicați partenerii sociali în structurile UE de dialog social și în semestrul european**;
- Capitolul cinci dezvăluie prioritățile și subiectele pe care partenerii sociali doresc să le comunice în cadrul dialogului social sectorial la nivelul UE, satisfacția lor față de oportunitățile de a-și aborda problemele la nivelul UE și așteptările de la UE.

Raportul este completat cu informații metodologice și suplimentare cu privire la Recomandările specifice fiecărei țări (CSRs) 2020 emise pentru cele paisprezece țări vizate în procesul semestrului european.

¹ Eurofound (2020), Reprezentativitatea organizațiilor partenerilor sociali europeni: Sectorul sănătății umane, Seria de dialog social sectorial, Dublin.

² Grupurile de țări sunt create numai în scopul acestui proiect și ar putea să nu fie egale cu alte clasificări teritoriale europene

2. Fapte și cifre din sectorul spitalicesc și al sănătății

Pentru elaborarea acestui raport au fost furnizați indicatori statistici privind cheltuielile cu sănătatea și ocuparea forței de muncă în spitalele din țările vizate. În plus, au fost utilizați indicatori standardizați bazați pe cele mai recente date disponibile de la Eurostat. Datele comparative sunt stabilite în contextul mărturiilor de lucru ale partenerilor sociali și comparate cu condițiile din viața reală.³

Cheltuielile cu sănătatea variază în țările vizate. Procentul produsului intern brut variază de la 5,56 % în România la 9,45 % în Portugalia. Țările pot fi structurate în țări cu EUR per cap de locuitor sub 1.000 EUR (BG, HR, HU, și PL), între 1.000 – 2.000 EUR (CZ, EL, CY, PT, SI și SK) și peste 2.000 EUR (IT și MT). Punând aceste măsuri în context în alte țări, cheltuielile medii în euro per cap de locuitor în România sunt de aprox. 6,5 ori mai mici, standardul puterii de cumpărare per cap de locuitor este de șase ori mai mic, iar procentul din PIB este de 1,5 ori mai mic decât în Germania, de exemplu. Toate țările acoperite au în comun faptul că cheltuielile lor pentru asistență medicală în standardul puterii de cumpărare per cap de locuitor sunt sub media UE-28 (3.067 EUR, 80/2018) și sub media UE-28 a produselor interne brute (9,89 %/2018).⁴

Statisticile privind cheltuielile și finanțarea cu asistența medicală se referă la provocările partenerilor sociali și abordează dialogul social la nivel național și la nivelul UE. Cu toate acestea, investițiile limitate în sector și distribuția finanțelor conduc la condiții de muncă nefavorabile în unele țări, în special în România, Bulgaria, Polonia și Ungaria.⁵ În plus, din cauza subinvestițiilor și a reducerilor de cheltuieli în sectorul sănătății publice, sectorul nu satisface cererea, ceea ce duce la liste lungi de așteptare pentru procedurile necesare.

În timpul pandemiei de COVID-19, costul serviciilor de asistență medicală a crescut în toate țările din cauza necesității de a înființa noi unități COVID-19 sau de a le reprofila pe cele vechi. Prin urmare, partenerii sociali, subliniind rolul crucial al sectorului asistenței medicale în timpul pandemiei, solicită mai multe investiții asigurate de ponderea mai mare a finanțelor din planul de redresare și reziliență.⁶

Tabel 1: Cheltuieli cu asistența medicală (toate mecanismele financiare, 2018)

Țara	Milion de EUR	EUR per cap de locuitor	Standardul puterii de cumpărare per cap de locuitor	% din PIB
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

Sursa: Eurostat, Cheltuieli în domeniul asistenței medicale prin mecanismul de finanțare [cod online: hlth_sha11_hf]

Alți factori relevanți care influențează capacitatea sistemelor de sănătate de a furniza servicii de sănătate și de a satisface cererea de îngrijire aflată în creștere și schimbare sunt forța de muncă, disponibilitatea și competențele.

³ Pe baza discuțiilor din cadrul celor trei ateliere regionale

⁴ Eurostat, Cheltuieli în domeniul asistenței medicale prin mecanismul de finanțare [cod online: hlth_sha11_hf]

⁵ Pe baza discuției de la Atelierul Regional din 14 iunie 2019

⁶ Pe baza discuției de la Atelierul Regional din 20 aprilie 2021

În Uniunea Europeană, următoarele forțe externe și interne modelează și provoacă reziliența forței de muncă din domeniul sanitar: modelele de migrație, inovația tehnologică, schimbarea cererilor de îngrijire (extern) și îmbătrânirea forței de muncă, recrutare și retenție, distribuție geografică slabă și nepotrivire a competențelor (intern).⁷

Pe baza personalului sanitar angajat în spitale în 2018, numărul de medici la 100.000 de locuitori este cel mai mare în Portugalia (261) și cel mai scăzut în Cipru (96)⁸. Pe de altă parte, numărul profesioniștilor din domeniul asistenței medicale și al moașelor la 100.000 de locuitori variază enorm, de la 531 în Republica Cehă la 131 în Croația.⁹

Migrația profesioniștilor din domeniul sănătății din țările vizate, în principal către țările occidentale și nordice, este o problemă economică și socială. De exemplu, în România, 35.000 de asistenți și 15.000 de doctori au părăsit țara între 2007 și 2017. Migrarea profesioniștilor din domeniul sănătății în țările occidentale provoacă o creștere consecventă a volumului de muncă al țărilor vizate, ridicând totodată îngrijorări cu privire la problemele legate de siguranța pacienților și a forței de muncă.

Tabel 2: Personalul sanitar angajat în spitale (2018)

Țara	Persoane angajate în spital (număr de angajați)	Profesioniști în asistență medicală și moașe (număr de angajați)	Profesioniști în asistență medicală și moașe/100.000 de locuitori	Medici (număr de angajați)	Medici/100.000 de locuitori	Paturi de spital/100.000 de locuitori
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 ¹⁰	96,77	330,09 ¹¹
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

*Notă: Date din Polonia din 2017, Slovacia - doar măsuri echivalente de normă întregă (FTE)
 Sursa: Eurostat 2018, Personalul sanitar angajat în spitale [cod online: hlth_rs_prshp1]*

Probleme similare apar în toate țările vizate, cu provocări specifice țării care se consolidează reciproc. De exemplu, în Grecia, tendințele pe termen lung în domeniul asistenței medicale sunt influențate de îmbătrânirea populației, imigrație și atractivitatea sectorului de sănătate publică. Volumul inadecvat al forței de muncă și

⁷ Comisia Europeană, Forța de muncă din domeniul sănătății, Presentare generală; Disponibilă la https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en

⁸ Această cifră este calculată pe baza numărului de medici care își oferă serviciile în spitalele publice, excluzând spitalele private care constituie o parte considerabilă a sistemului de sănătate cipriot. Raportul efectiv dintre medici și populație este mai mare, dar nu poate fi calculat cu precizie din cauza datelor incomplete.

⁹ Pe baza datelor Eurostat, cel mai mic număr de asistenți medicali la 100.000 de locuitori ar trebui să fie cel din România (57 de asistenți medicali și moașe la 100.000 de locuitori). Cu toate acestea, datele privind ocuparea forței de muncă în domeniul sănătății variază în funcție de definiții (cum este cazul indicatorului românesc privind asistentele și moașele) și, pentru unele țări, datele nu sunt disponibile

¹⁰ Datele privind medicii angajați în spitale acoperă doar forța de muncă din spitalele din sectorul public. Sectorul privat reprezintă o parte considerabilă a sistemului de sănătate cipriot

¹¹ datele se referă la spitalele din sectorul public, precum și la numărul total de paturi din sectorul privat

insecuritatea pensiilor sunt legate de îmbătrânirea profesioniștilor din domeniul sănătății. De exemplu, medicii în vârstă de 65-74 de ani reprezintă 14% în Ungaria și 13% în Bulgaria. Din cauza salariilor scăzute și a lipsei de personal, mulți medici și asistenți au un al doilea loc de muncă. În plus, între 70 % și 80 % din personalul sanitar este de sex feminin.

Rata scăzută a personalului de îngrijire medicală la un pacient pune în pericol siguranța oamenilor. Sindicatele solicită o creștere a volumului de personal pentru atingerea unor niveluri de personal adecvate, bazate pe nevoi și pentru a le îmbunătăți condițiile de muncă. Lipsa forței de muncă dă naștere la o muncă precară, caracterizată prin ore lungi de lucru și multe ture de noapte și prin rechemarea personalului pensionat. În plus, salariile mici îi obligă pe angajați să caute surse suplimentare de venit, ceea ce duce la dificultăți în reconcilierea vieții profesionale cu cea de familie.

În ciuda lipsei generale de profesioniști din domeniul sănătății, care a devenit și mai urgentă în timpul pandemiei de COVID-19, crizele de sănătate au adus și evoluții pozitive în unele țări. Interesul de a deveni profesionist în domeniul sănătății a crescut în unele țări în 2021 (de ex. CZ). Această evoluție se datorează parțial plăților suplimentare și beneficiilor acordate de guvern lucrătorilor din domeniul sănătății în timpul pandemiei, negociate și promovate de partenerii sociali naționali. În Croația, au fost acordate plăți suplimentare pentru profesioniștii din domeniul sănătății în timpul crizei. Cu toate acestea, din cauza situației economice nefavorabile generale și pe termen lung a forței de muncă din domeniul sănătății, acest lucru nu a adus satisfacție financiară profesioniștilor din domeniul asistenței medicale. În unele țări, numărul medicilor este relativ suficient, dar este îngreunat de disparitățile regionale (CZ, SK, HR).

3. Partenerii sociali din sectorul spitalicesc și al asistenței medicale

Pe baza cercetării documentare și a unei baze de date partajate între HOSPEEM, EPSU și CELSI, au fost identificați următorii parteneri sociali reprezentând angajații și angajatorii din sectorul spitalicesc și al asistenței medicale din cele paisprezece țări. Au fost incluse și alte tipuri de organizații, în cazurile relevante pentru dialogul social național și la nivelul UE.

Fragmentarea și diversificarea multiplilor parteneri sociali în ceea ce privește ocupațiile și sectoarele de sănătate publică/privată sunt caracteristicile comune în majoritatea țărilor vizate. În calitate de angajatori ai ministerelor sănătății din sectorul sănătății publice și de actori relevanți în dialogul social național și în tripartism, aceste organisme de stat sunt enumerate ca organizații ale angajatorilor în următoarele tabele. În unele țări, asociațiile profesionale, cum ar fi camerele de asistenți medicali, au devenit relevante și adesea înlocuiesc sau completează rolul sindicatelor (de exemplu, HU, PL și SK). Cu toate acestea, aceste camere nu sunt de obicei un membru oficial al dialogului social bipartit sau tripartit și, astfel, nu au drepturi de participare la negocieri și, prin urmare, nu sunt incluse în listă.

Sindicatele tind să se concentreze asupra anumitor subsectoare și ocupații, cum ar fi medicii, asistenții și specializările (de ex. radiologi). Unele dintre organizațiile angajatorilor sunt intersectoriale, în timp ce altele acoperă domenii specifice din sectorul spitalicesc și al asistenței medicale, cum este cazul sindicatelor. Majoritatea partenerilor sociali identificați sunt implicați în dialogul social și în negocieri cel puțin la un nivel (național, sectorial sau nivel de organizație).

	Bulgaria	Ungaria	Polonia	Romania
Sindicate				
	Federația Sindicatelor - Servicii de Sănătate (CITUB) ¹²	Sindicatul Sănătății din Ungaria	Federația Sindicatelor Salariaților din Sănătate și Asistență Socială	Federația SANITAS din România
	Federația Medicală Podkrepa (MF Podkrepa) ¹²	Alianța Semmelweis ¹³	Sindicatul Național al Asistenților Medicali și Moașelor din Polonia (NTUNMP)	HIPOCRAT
		Forumul pentru Cooperare al Sindicatelor	Secretariatul pentru Protecția Sănătății al NSZZ Solidarność	Sindicatul Solidarității în Sănătate (FSSR)
				Sindicatul Național Central al Sănătății și Asistenței Sociale
Organizația angajatorilor				
	Uniunea Națională a Spitalelor Private (NUPH)	Asociația Maghiară a Managerilor Economici din Sănătate	Angajatori din Polonia ¹⁴	Asociația Națională de Afaceri a Medicilor de Familie ¹⁵
	Asociația Bulgară a Angajatorilor din Domeniul Sănătății ¹⁶	Asociația Spitalelor din Ungaria	Clubul Centrului de Afaceri (BCC) ¹⁷	Uniunea Națională a Angajatorilor Români
	Asociația Spitalelor Municipale din Bulgaria	Centrul Național de Servicii de Sănătate	Confederația Poloneză a Angajatorilor Privati „Lewiatan”	Federația Națională a Angajatorilor din Sănătate și Farma din România
			Uniunea Națională a Angajatorilor din Domeniul Sănătății Private	PALMED
			Asociația Poloneză a Spitalelor Private	Angajatorii Furnizorilor Privati de Servicii Medicale
Organizații profesionale / altele				
		Camera Profesioniștilor din Sănătate din Ungaria ¹⁸		Ministerul Sănătății
		Camera Medicală din Ungaria ¹⁸		Ministerul Muncii și Protecției Sociale

	Republica Cehă	Croația	Slovenia	Slovacia
Sindicate				
	Sindicatul Serviciilor de Sănătate și Asistență Socială din Cehia (OSZSP ČR)	Sindicatul Croat al Asistenților Medicali și Tehnicienilor Medicali (HSSMS-MT)	Sindicatul Medicilor și Dentiștilor din Slovenia (FIDES)	Sindicatul Slovac al Sănătății și Serviciilor Sociale (SOZZASS)

¹² Reprezintă numai angajații din sectorul public¹³ Are ca obiectiv protejarea intereselor angajaților¹⁴ Reprezintă 7.000 de angajatori din toate sectoarele, inclusiv 113 angajatori activi în sectorul sănătății, majoritatea non-publici¹⁵ Nu participă la negocierea colectivă sau la dialogul social național¹⁶ Filială a Camerei de Comerț din Bulgaria¹⁷ Acoperă 26 de companii din sectorul non-public.¹⁸ Apartenență obligatorie

Sindicatul Medicilor din Cehia (LOK-SČL)	Sindicatul Sănătății din Croația (SZH)	Sindicatul Sănătății și Serviciilor Sociale din Slovenia (SINDIKAT-ZSVS)	Sindicatul Medicilor (LOZ)
	Sindicatul Autonom în Serviciile de Sănătate și de Protecție Socială (SSZSSH)	Uniunea Asistenței Medicale și Asistenței Sociale din Slovenia (SZSSS)	Sindicatul Asistenților Medicali și Moașelor (OZSaPA)
	Uniunea Medicală Croată (HLS)	Uniunea Lucrătorilor din Domeniul Sănătății din Slovenia (SDZNS)	
		Confederația Sindicatelor din Sănătate – PERGAM (SZS PERGAM)	
		Sindicatul Stomatologic din Slovenia (DENS)	

Organizația angajatorilor

Asociația Spitalelor din Cehia și Moravia (ACMN)	Asociația Croată a Angajatorilor din Sănătate (UPUZ-HR)	Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii, Familiei și Afacerilor Sociale	Asociația Spitalelor din Slovacia (ASN)
Confederația Industriei din Republica Cehă (SP)	Asociația Angajatorilor Croați - Filiala Asociației Policlinicilor, Spitalelor, Unităților Medicale și de Asistență Sanitară (CEA)	Asociația Slovenă a Medicilor și Stomatologilor Privati (ZZZZS) – fără participare la dialogul social	Asociația Spitalelor de Stat din Republica Slovacă (AŠN)
			Asociația Medicilor Privati din Republica Slovacă (ASL SR)

Organizații profesionale / altele

		Camera Medicală din Slovenia (ZSS)	Camera Asistenților și Moașelor din Slovacia (SKSaPA)
--	--	------------------------------------	---

Cipru¹⁹

Grecia

Italia

Malta

Portugalia

Spania

Sindicate

Sindicatul Funcționarilor Publici Panciprian (PASYDY)	Federația Panelenică a Lucrătorilor din Spitalele Publice (POEDIN)	Sindicatul din Serviciile Publice (FP-CGIL)	Vocile Muncitorilor (UHM)	Uniunea Asistenților din Portugalia (SEP)	Federația Sectoarelor Sănătății și Sectoarelor Socio-Sanitare ale Federației Sindicale a Comisiei Muncitorilor și Sectoarelor de Sănătate Sectorială (FSSS – COO)
Uniunea Pancipriană a Asistenților Medicali Guvernamentali (PASYNO)	Confederația Funcționarilor Publici (ADEDY)	Federația Autorităților Locale (FPL UIL)	Sindicatul General al Muncitorilor (GWU)	Uniunea Asistenților Medicali din Regiunea Autonomă Madeira (SERAM)	Sindicatul General al Muncitorilor (UGT)
Uniunea Pancipriană a Medicilor Guvernamentali (PASIKI)		Federația Lucrătorilor și Serviciilor Publice (FPS-CISL)	Uniunea Moașelor și Asistenților din Malta (MUMN)	Uniunea Asistenților (SE)	Federația Serviciilor Publice a Sindicatului

¹⁹ Ordinea sindicatelor este dată de numărul de membri activi în sector (pe baza Eurofound (2020) Reprezentativitatea organizațiilor partenerilor sociali europeni în spitale și în asistența medicală)

					General al Muncitorilor (FSP – UGT)
Sindicatul Cipriot al Lucrătorilor din Administrația Publică. Instituții Militare și Sociale (PASYEK – PEO)		Federația Lucrătorilor Autonomi din Sănătate (FIALS)	Sindicatul General al Muncitorilor - Secțiunea Guvern și Entități Publice	Uniunea Independentă a Profesioniștilor în Asistență Medicală (SIPE)	Sindicatul Spaniol al Profesioniștilor în Asistență Medicală (SATSE)
Federația Angajaților Privati din Cipru (OIYK-SEK)		Federația Sindicatelor Independente - Asistență Medicală (FSI)		Uniunea Independentă a Medicilor (SIM)	Sindicatul Angajaților Publici și Independenți din Spania (CSIF)
		Asociația Personalului Medical și Executiv al NHS (ANAAD ASSOMED)		Uniunea Asistenților din Portugalia (SEP)	

Organizații ale angajatorilor

Federația Angajatorilor și Industriașilor din Cipru (OEB) – sectorul privat (intersectorial)	Ministerul Sănătății: Sectorul public	Agencia pentru Reprezentare Contractuală a Administrației Publice (ARAN)	Asociația Angajatorilor din Malta (MEA)	Asociația Spitalelor Private din Portugalia (APHP)	Alianța Spaniolă pentru Sănătate Privată (ASPE)
Ministerul Sănătății: Principalul angajator pentru asistența medicală publică	Uniunea Panelenică a Spitalelor Private (PEIK)	Federația Italiană a Spitalelor și Agențiilor de Sănătate (FIASO)	Ministerul Sănătății: Sectorul public	Confederația Angajatorilor din Domeniul Comerțului și Serviciilor (CCP)	Ministerul Sănătății: Sectorul public
Organizația de Stat a Serviciilor de Sănătate: Sectorul public				Confederația Națională a Instituțiilor de Solidaritate (CNIS)	

4. Implicarea partenerilor sociali în structurile de dialog social ale UE

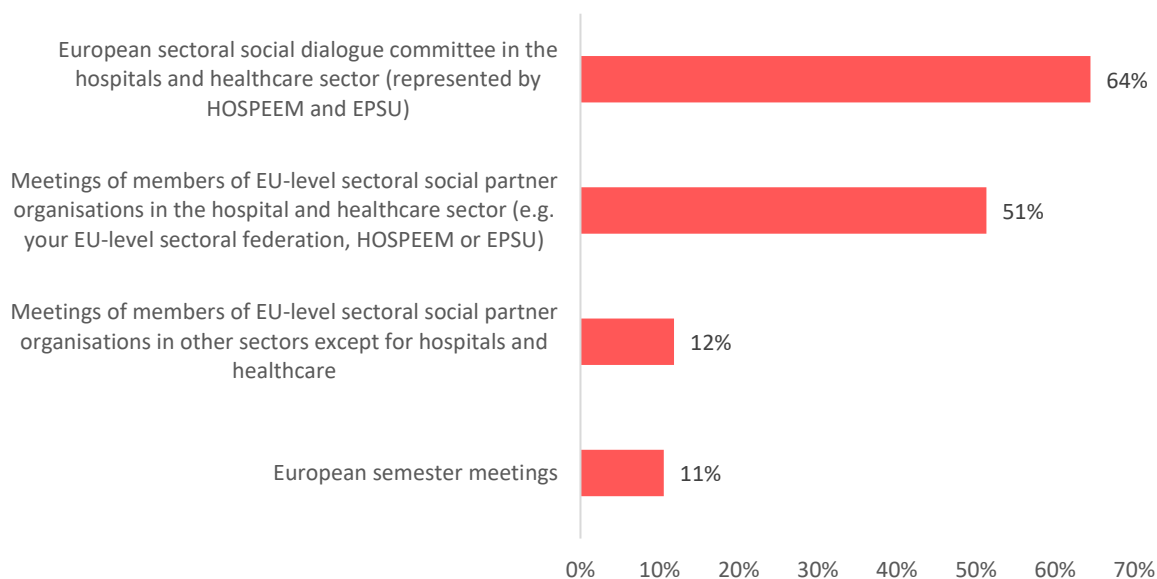
Importanța dialogului social european este ancorată în Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (TFUE) prin mai multe articole²⁰. Există numeroase cazuri în care **partenerii sociali au jucat un rol activ în acordurile la nivelul UE**.

Concluziile referitoare la implicarea partenerilor sociali în dialogul social al UE, prezentate mai jos, se bazează pe sondajul online distribuit partenerilor/organizațiilor sociale relevante din cele paisprezece țări vizate în perioada cuprinsă între aprilie 2019 și august 2020. Majoritatea partenerilor sociali implicați în sondaj participă direct la reuniunile din cadrul structurilor de dialog social ale UE. Trebuie menționat că majoritatea respondenților sunt reprezentanți ai sindicatelor²¹.

Cred cu tărie în valoarea dialogului social între angajatori și sindicate, oamenii care își cunosc cel mai bine sectorul și regiunea lor.
Ursula von der Leyen, președintele Comisiei Europene

Dintre cei implicați, **majoritatea organizațiilor din țările vizate au participat la structurile DS la nivelul UE, fie reprezentate de EPSU și HOSPEEM, fie de organizații europene intersectoriale**. Dintre cei implicați, 64 % participă direct la Comitetul de Dialog Social Sectorial al UE în Sectorul Spitalicesc și al Asistenței Medicale (SSDC HS) prin EPSU sau HOSPEEM și 51 % la reuniunile membrilor celor două organizații partenere de DSS la nivelul UE din ultimii patru ani. Douăsprezece procente, de obicei asociații ale angajatorilor, au participat la întâlnirile cu organizațiile sectoriale ale partenerilor sociali la nivelul UE din alte sectoare. Doar 11% dintre respondenți au participat la reuniunile privind semestrul european.

Grafic 1: Participare directă la reuniunile comitetelor structurilor de dialog social la nivelul UE din 2015 (% , N = 76)



Sursa: Sondaj privind dialogul social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale

Notă: posibilitate de răspunsuri multiple

Cel mai frecvent motiv pentru neparticiparea la nicio structură de dialog social la nivelul UE este lipsa capacităților financiare (30%). Lipsa capacităților personale, lipsa timpului pentru a participa la întâlniri și barierele în calea accesului (neîndeplinirea criteriilor legate de reprezentativitate) sunt motivele neparticipării la dialogul social la nivelul UE pentru 26 %, respectiv 23 % din respondenți. În plus, unii nu văd valoare adăugată și progrese în îmbunătățirea statutului social și economic după apartenența pe termen lung la o organizație a UE (18 %). Neimplicarea partenerilor sociali din țările vizate ar putea fi, de asemenea, **înrautățită de fragmentarea acestora la nivel național și/sau de organizațiile independente ale angajatorilor, limitate în prezent.**

²⁰ Art. 152: Uniunea Europeană recunoaște și promovează rolul partenerilor sociali la nivelul Uniunii respectând autonomia acestora; Art. 154: Consultarea partenerilor sociali la nivelul UE de către Comisie; Art. 155: Acorduri încheiate de partenerii sociali.

²¹ A se vedea anexa referitoare la metodologie.

Tabel 3: Motive pentru neparticiparea la structurile de dialog social la nivelul UE (% , N= 57)

Motive pentru neparticipare	Procente
Lipsa resurselor financiare (costuri de călătorie ridicate, taxe mari de membru)	30%
Lipsa capacităților personale, lipsa timpului pentru a participa la întâlniri	26%
Bariere în calea accesului (neîndeplinirea criteriilor legate de reprezentativitate)	23%
Importanța scăzută a dialogului social la nivelul UE pentru activitățile organizației noastre	18%
Dificultăți în înțelegerea rolului și funcționării dialogului social la nivelul UE	12%
Bariera lingvistică	11%

Sursa: Sondaj privind dialogul social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale

Notă: posibilitate de răspunsuri multiple

EPSU reprezintă majoritatea sindicatelor la nivel european și este singurul partener social recunoscut în sectorul spitalicesc. Deși există și alte asociații spitalicești europene, HOSPEEM este singurul partener social sectorial european recunoscut care reprezintă interesul organizației naționale a angajatorilor din sectorul spitalicesc. **Participarea angajatorilor la structurile de dialog social la nivelul UE este în prezent limitată.** Reprezentanții sindicatelor naționale au făcut apel la organizațiile naționale ale angajatorilor să devină membre HOSPEEM pentru a stabili un dialog social eficient la nivelul UE, deoarece multe sindicate din țările vizate din regiune nu au omologii lor reprezentați pentru a discuta și a conveni asupra instrumentelor la nivelul UE⁶.

În unele țări (de ex. CZ), dialogul social național a încetinit în timpul pandemiei de COVID-19, iar în alte țări, comunicarea și negocierile dintre partenerii sociali au fost reduse la minimum. Acest lucru s-a datorat și schimbărilor relativ frecvente de personal în cadrul organismelor guvernamentale responsabile. Cu toate acestea, în Croația și Slovenia, dialogul social cu ministerul s-a menținut la o calitate relativ înaltă⁶.

5. Participarea partenerilor sociali la semestrul european

Semestrul european (SE) este un ciclu anual de guvernare pentru monitorizarea și asigurarea conformității cu reformele bugetare și structurale riguroase. **Accentul pe aspectele sociale în SE s-a intensificat recent prin corelarea acestuia cu Pilonul european al drepturilor sociale.** În special, principiile opt și 16 specifică faptul că „partenerii sociali trebuie consultați cu privire la conceperea și punerea în aplicare a politicilor economice, sociale și de ocupare a forței de muncă, în conformitate cu practicile naționale” și că „trebuie încurajat sprijinul pentru sporirea capacității partenerilor sociali de a promova dialogul social,” precum și faptul că „orice persoană are dreptul la un acces rapid la asistență medicală preventivă și curativă de bună calitate și accesibilă din punct de vedere financiar.”

Recomandările specifice fiecărei țări (CSR) ale semestrului european reflectă relevanța sectorului asistenței medicale și a dialogului social pentru consolidarea fiscală, coeziunea socială, abordarea sărăciei (în muncă) și creșterea rezistenței și funcționării sistemului de sănătate. **Ca urmare, numărul statelor membre (SM) ale UE care primesc CSR legate de asistența medicală crește:** 10 SM în 2017, 15 SM în 2019²². De la izbucnirea pandemiei, în martie 2020, mecanismele semestrului european s-au adaptat la criză și s-a înființat o facilitare de redresare și reziliență pentru a ghida statele membre astfel încât să facă față crizelor legate de sănătate. Statele Membre au fost încurajate să-și prezinte planurile de redresare și reziliență. Procedura actuală de evaluare cu recomandările specifice țărilor va fi înlocuită cu procedura de evaluare a planurilor de redresare și reziliență în 2021²³.

Criza a accentuat nevoia de angajament pentru consolidarea Europei sociale și a Pilonului european al drepturilor sociale prin dezvoltarea dialogului social. Rolul dialogului social este pe deplin recunoscut ca un element fundamental în cadrul UE la diferite niveluri prin implicarea UE și a partenerilor sociali naționali în dialog. Sprijinul pentru promovarea dialogului social al UE este, de asemenea, reflectat în Planul de acțiune pentru Pilonul european al drepturilor sociale prin inițiative concrete, cum ar fi un nou cadru de sprijin pentru acordurile cu partenerii sociali la nivelul UE și o nouă distincție pentru practicile inovatoare de dialog social și noul Cadru Strategic pentru Securitate și Sănătate în Muncă. Comisia Europeană a propus noi instrumente pentru a măsura mai bine barierele și lacunele în accesul la asistența medicală și a prezentat un raport UE privind accesul la

²² Pentru CSR specifice, consultați anexa B.

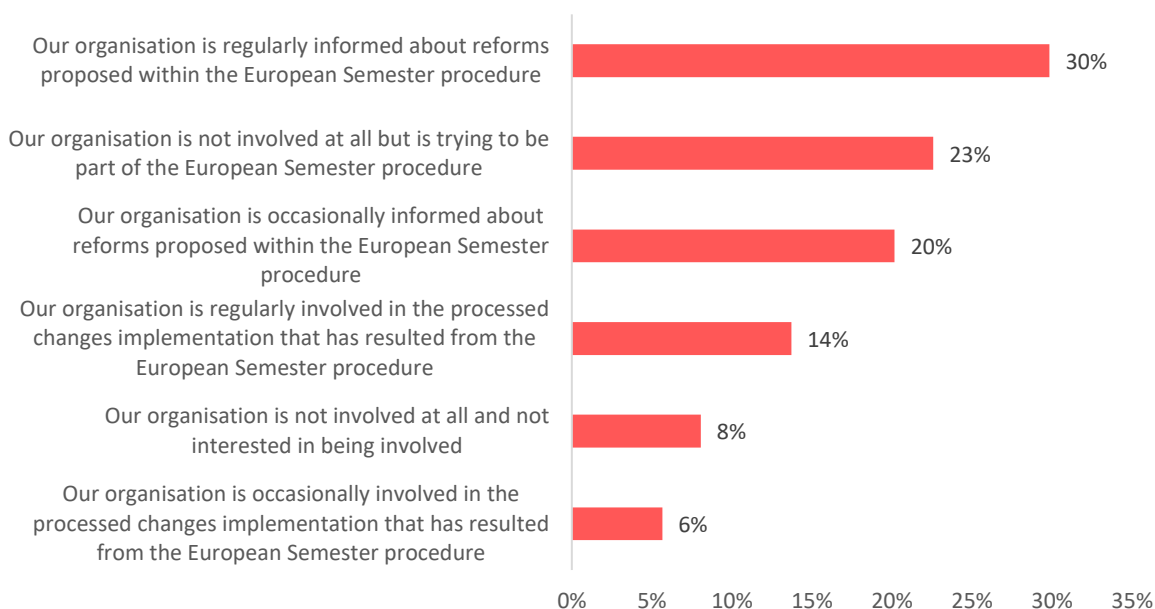
²³ Egbert Holthuis, Comisia Europeană, Procesul semestrului european: acțiuni de dezvoltare și promovare a implicării partenerilor sociali sectoriali naționali; contribuție la Webinarul Regional din 20 aprilie 2021.

serviciile esențiale, încurajând în același timp statele membre să investească în forța de muncă din domeniul sanitar, în îmbunătățirea condițiilor de muncă și în accesul la formare.²⁴

Angajamentul ridicat al Comisiei Europene și principiile Pilonului european al drepturilor sociale transpuse în numeroase inițiative oferă partenerilor sociali naționali noi oportunități și inspirație pentru a utiliza sursele pentru a elabora strategii și pentru a consolida dialogul social în statele membre, astfel încât să transpună inițiativele Planului în activitatea lor de zi cu zi și să-și facă cunoscute interesele în direcție ascendentă, provocările privind condițiile de muncă, problemele de sănătate și siguranță în spitale, migrarea profesioniștilor din domeniul sănătății și dificultățile legate de negocierea colectivă la nivelul UE, astfel încât acestea să fie abordate și integrate în planuri ulterioare, iar DS la nivelul UE în sectorul spitalicesc să fie consolidat²⁵.

Mecanismele semestrului european sunt o platformă în care deficiențele bazate pe fapte pot fi dezvăluite și comunicate în continuare comitetelor relevante la nivelul UE, pentru a se căuta soluții. Implicarea partenerilor sociali este esențială în acest proces. Asistența financiară din partea Comisiei Europene va sprijini eforturile partenerilor sociali în angajamentele lor de a-și face cunoscute prioritățile la nivelul UE²⁶. Chiar dacă **implicarea actuală a partenerilor sociali în procedura semestrului european este limitată**, 30% dintre organizații sunt informate în mod regulat cu privire la reformele recomandate. Un procent de 23 % este interesat sau încearcă să fie implicat în procesul semestrului european. 20 % dintre partenerii sociali sunt informați ocazional și doar 14 % sunt informați în mod regulat, iar 6 % sunt uneori implicați în proces. Aceste constatări pot fi susținute de cercetarea recurentă efectuată de Eurofound privind implicarea partenerilor sociali naționali în elaborarea politicilor.²⁷

Grafic 2: Modalitățile prin care partenerii sociali sunt implicați în procedura semestrului european (% , N= 124)



Sursa: Sondaj privind dialogul social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale

Discuțiile de la webinarul regional au arătat că responsabilitatea principală pentru o bună implicare la nivel național rămâne a statului membru. Cu toate acestea, în unele țări, partenerii sociali au doar o posibilitate limitată de a interveni în procesul semestrului european și se plâng că se află în afara procesului⁶. HOSPEEM și EPSU oferă un spațiu pentru schimbul și consolidarea bunelor practici; și implicat a dialogului social la nivel național și UE. În acest sens, partenerii sociali sloveni solicită un sprijin mai intens din partea EPSU în favoarea partenerilor naționali, pentru a fi incluși în procesul semestrului UE.

6. Prioritățile partenerilor sociali de comunicat la nivelul UE

Partenerii sociali și-au prezentat prioritățile pentru a fi exprimate la nivelul UE, de exemplu, prin apartenența lor la organizația respectivă a partenerilor sociali la nivelul UE în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale. În cadrul sondajului, partenerii sociali și-au dezvăluit prioritățile pe care ar dori să le comunice în cadrul dialogului

²⁴ Prezentarea lui Jan Behrens (DG EMPL A2 Dialog Social): Dialog social la nivelul UE, la webinarul regional din 20 aprilie 2021.

²⁵ Pe baza discuției de la atelierul pentru diseminare din 16 iunie 2021.

²⁶ Jan Behrens, ofițer de politici, Comisia Europeană la atelierul pentru diseminare din 16 iunie 2021.

²⁷ Eurofound (2020), Implicarea partenerilor sociali naționali în elaborarea politicilor – 2019, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.

social la nivelul UE. Subiectele variază de la probleme structurale globale, cum ar fi investiții sporite în asistență medicală, securitate și sănătate la locul de muncă și condițiile de muncă, retenția forței de muncă până la reconcilierea vieții profesionale cu cea de familie. Cu toate acestea, deficitul de forță de muncă din domeniul sănătății, abordarea atractivității sectoarelor și îmbunătățirea politicilor de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sănătății sunt subiecte comune pentru majoritatea partenerilor sociali din țările vizate în care s-a desfășurat sondajul. Pentru variabilitatea răspunsurilor, listăm toate prioritățile relevate în mod autentic în următoarele trei tabele.

Tabel 4: Priorități de comunicat la nivelul UE

Țara	Priorități	
	Sindicate	Organizații ale angajatorilor
România	<ul style="list-style-type: none"> Condiții de lucru - reglementări privind salariile și bonusurile; Timp de lucru, norme de personal; Unificarea pregătirii personalului medical; Îmbunătățirea reprezentanților partenerilor sociali și a contractelor colective 	Nicio informație disponibilă
Ungaria	<ul style="list-style-type: none"> Salarii, în special salariul minim la nivel european; Legislația privind timpul de lucru, corelată cu suprasolicitarea la muncă; Reconcilierea vieții profesionale și a vieții de familie 	Migrația forței de muncă și deficitul de forță de muncă asociat*
Polonia*	<ul style="list-style-type: none"> Suplimentarea personalului de asistenți medicali din spitale pentru garantarea siguranței pacienților; Cerințe financiare privind creșterea salariilor, în special pentru asistenții medicali; Retenția personalului în contextul schimbărilor în curs de desfășurare în organizarea sectorului spitalicesc; 	<ul style="list-style-type: none"> Reducerea disparităților de salarizare între medici și asistenții medicali; Creșterea investițiilor în sănătate
Bulgaria	<ul style="list-style-type: none"> Salariile medicilor specialiști - sprijinirea salariului minim unic în UE; Probleme de sănătate și siguranță - violență terță și riscuri psihosociale; Retenția forței de muncă 	<ul style="list-style-type: none"> Acces transfrontalier la serviciile de sănătate; Mai multe oportunități de implicare la nivelul UE.
Cipru	<ul style="list-style-type: none"> Lipsa personalului de asistență medicală și a resurselor (în special în spitalele private); Reforma sectorului de sănătate (sistemul general de sănătate și autonomia spitalelor publice); Bugetul de stat redus pentru secțiunea sănătate referitoare la UE-28; Dezvoltare profesională și învățare pe tot parcursul vieții. 	<ul style="list-style-type: none"> Lipsa personalului de asistență medicală Sustenabilitatea sistemului național de sănătate; Autonomia funcțională și financiară a spitalelor publice; Implementarea unui cadru juridic și de reglementare comun pentru sectorul public și privat de sănătate.
Grecia	<ul style="list-style-type: none"> Lipsa de personal și probleme de muncă; Interferența structurilor primare cu echipamentul adecvat; Medici specialiști pentru structura centrală-dotare tehnologică medicală; Interconectarea cu sisteme similare din străinătate; Asistență medicală în ocupații cu risc. 	<ul style="list-style-type: none"> Creșterea finanțării sistemului de sănătate de la 5 % la 8 % din PIB; Egalitate de tratament din partea statului pentru sectorul privat și cel public; Minimizarea birocrăției Metoda de stabilire a costurilor (DRGs, ICD 10), finanțarea investițiilor în spitalele private existente; Standarde minime de funcționare pentru furnizarea de servicii de sănătate sigure.
Italia	<ul style="list-style-type: none"> Negocierea colectivă; Ocuparea forței de muncă în sectorul sănătății; Dialog cu sindicatele sectoriale; Condiții de lucru; Securitatea și sănătatea la locul de muncă; Reconcilierea vieții profesionale și a vieții de familie; Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar. 	<ul style="list-style-type: none"> Învățare pe tot parcursul vieții și dezvoltare profesională continuă; Organizarea muncii; Digitalizarea locului de muncă/competențe digitale; Educație și formare profesională; Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar.
Malta	<ul style="list-style-type: none"> Negocierea colectivă; Parteneriat privat; Drepturile angajaților într-un cadru de asistență medicală; Burn out la locul de muncă; Reconcilierea vieții profesionale și a vieții de familie. 	<ul style="list-style-type: none"> Detășarea lucrătorilor; Atractivitatea sectorului pentru tinerii lucrători.
Portugalia	<ul style="list-style-type: none"> Negocierea colectivă; Îmbunătățirea competențelor asistenților medicali; Progresul în carieră; Recunoașterea transfrontalieră a calificărilor profesionale. 	<ul style="list-style-type: none"> Convergența UE; Securitatea și sănătatea la locul de muncă; Condiții de lucru; Îmbătrânirea forței de muncă; Educație și formare profesională; Recunoașterea competențelor la nivel național;

Țara	Priorități	
	Sindicate	Organizații ale angajatorilor
		<ul style="list-style-type: none"> Dezvoltare profesională continuă și învățare pe tot parcursul vieții.
Spania	<ul style="list-style-type: none"> Condiții de muncă și angajare, în special ziua de muncă și salariile; Sănătate și siguranță la locul de muncă din perspectiva genului; Rapoarte ale personalului din domeniul asistenței medicale; raportul asistent medical - pacient și siguranța pacientului; Digitalizare; Expunerea la agenți toxici și biologici, prevenirea riscurilor; Dezvoltarea profesională și retenția personalului; Validarea studiilor și profesiilor. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementarea tehnologiei; * Legislație privind recunoașterea unor specialiști în domeniul sanitar, cum ar fi embriologii; Lunga listă de așteptare pentru screening.
Croația	<ul style="list-style-type: none"> Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar Securitatea și sănătatea la locul de muncă Salariile din domeniul sanitar și în special ale asistenților medicali Condiții de lucru Pregătirea personalului Drepturile materiale ale profesioniștilor în sănătate Drepturi și obligații Orele suplimentare Acorduri colective Lipsa lucrătorilor în domeniul sanitar 	<ul style="list-style-type: none"> Toate subiectele sondajului; Sinergia dintre asistența medicală privată și publică Siguranța ocupațională
Republica Cehă	<ul style="list-style-type: none"> Remunerația angajaților din domeniul sanitar și al serviciilor sociale Securitatea și protecția sănătății la locul de muncă Protecția și securitatea personalului Dialogul social cu angajatorii și crearea de acorduri și orientări Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar Condiții de lucru 	<ul style="list-style-type: none"> Directivă privind condițiile de lucru; Salariul minim la nivel european; Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar; Atractivitatea sectorului pentru tinerii lucrători.
Slovacia	<ul style="list-style-type: none"> Condiții de lucru și Reconcilierea vieții profesionale și a vieții de familie Dezvoltare profesională continuă și învățare pe tot parcursul vieții Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar Lipsa de personal și creșterea valorii muncii asistenților medicali 	<ul style="list-style-type: none"> Promovarea intereselor membrilor în distribuirea fondurilor structurale UE (ASN); Crearea unor condiții decente pentru angajați (ASN); Creșterea plăților pentru asigurații de stat (ASL SR)²⁸.
Slovenia	<ul style="list-style-type: none"> Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar Securitatea și sănătatea la locul de muncă Condiții de lucru Atractivitatea sectorului pentru tinerii lucrători Asigurarea unei sănătăți publice eficiente Normele personalului de îngrijire în asistența medicală Sistemul de remunerare în asistența medicală Timpul de lucru 	Nicio informație disponibilă

Sursa: Sondaj privind dialogul social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale *Bazat pe activități de documentare

²⁸ Bazat pe activități de documentare (situația din februarie 2021)

Respondenții au avut ocazia să clasifice subiectele enumerate care urmează să fie abordate în cadrul DS la nivelul UE pe o scară de la 1 la 5 (cinci reprezintă prioritatea cu cel mai mare scor). Subiectele cu cel mai mare scor sunt condițiile de lucru în general (medie ponderată 4,7) și securitatea și sănătatea la locul de muncă (medie ponderată 4,6). Dezvoltarea profesională continuă și învățarea pe tot parcursul vieții, politicile de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar și reconcilierea vieții profesionale și a vieții de familie au obținut al treilea cel mai mare scor (media ponderată 4,3). Niciuna dintre prioritățile enumerate nu a obținut un scor mai mic de 3 puncte, fapt ce demonstrează că toate subiectele sunt relevante.

În unele țări, subiectele cel mai bine punctate de către angajatori diferă ușor de cele ale sindicatelor. De exemplu, angajatorii trebuie să se concentreze pe educația și formarea profesională (medie ponderată 4,8), pe dezvoltare profesională continuă și învățare pe tot parcursul vieții (4,6), și pe îmbătrânirea forței de muncă în țările din Europa de Sud. Pe de altă parte, sindicatele doresc să abordeze condițiile de lucru (4,5), securitatea și sănătatea la locul de muncă (4,5) și reconcilierea vieții profesionale și a vieții de familie (4,3).

Tabel 5: Prioritățile organizațiilor cu cel mai mare scor (% , N = 101)

Prioritate	Scor de 4	Scor de 5	Medie ponderată
Condiții de lucru	12%	78%	4,7
Securitatea și sănătatea la locul de muncă	15%	74%	4,6
Dezvoltare profesională continuă și învățare pe tot parcursul vieții	29%	54%	4,3
Politici de recrutare și retenție pentru toți lucrătorii din domeniul sanitar	22%	57%	4,3
Reconcilierea vieții profesionale și a vieții de familie	31%	51%	4,3
Educație și formare profesională	29%	49%	4,2
Recunoașterea competențelor la nivel național	28%	49%	4,1
Digitalizarea locului de muncă / competențe digitale	29%	47%	4,1
Recunoașterea transfrontalieră a calificărilor profesionale	28%	42%	4,0
Atractivitatea sectorului pentru tinerii lucrători	26%	43%	4,0
Îmbătrânirea forței de muncă	24%	38%	3,9
Mobilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar în UE	31%	29%	3,7

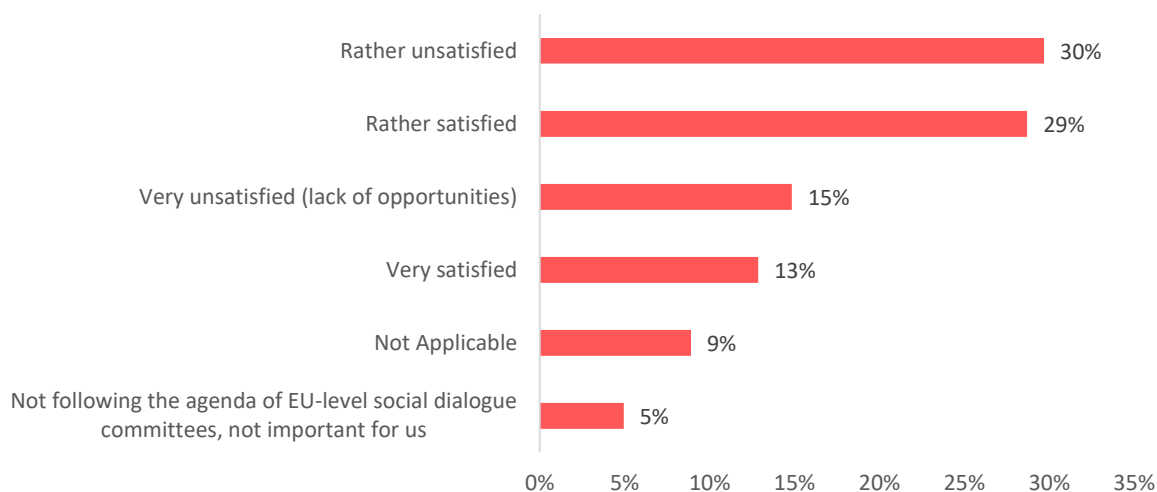
Sursa: Sondaj privind dialogul social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale

Notă: Întrebarea a fost: „Considerați că oricare dintre subiectele enumerate mai jos este o prioritate pentru organizația dvs.? Vă rugăm să acordați puncte de la 1 la 5 pentru fiecare opțiune, unde 1 reprezintă prioritatea cea mai mică, iar cinci prioritatea cea mai mare.”

Solicitând satisfacție cu privire la oportunitățile de abordare a priorităților dialogului social la nivelul UE, constatările arată că există loc de îmbunătățire în ceea ce privește implicarea organizațiilor naționale, creând un mediu mai antrenant și mai participativ pentru partenerii naționali la nivelul UE. O treime dintre respondenți sunt destul de nemulțumiți de oportunități, iar 15 % văd chiar o lipsă de oportunități de a-și comunica prioritățile la nivelul UE. Pe de altă parte, 42 % dintre respondenți sunt destul de mulțumiți sau foarte mulțumiți (29 % respectiv 13 %).

Motivele nemulțumirii față de oportunitățile de comunicare a priorităților în cadrul dialogului social la nivelul UE sunt lipsa resurselor financiare (58 %) și a resurselor umane/personalului (51 %). Patruzeci de procente dintre respondenți spun că nu au nicio interacțiune cu organizațiile de la nivelul UE. Cu toate acestea, 18 % dintre respondenți consideră că prioritățile lor diferă de prioritățile partenerilor sociali la nivelul UE din sectorul spitalicesc și al asistenței medicale.

Grafic 3: Satisfacția în ceea ce privește oportunitățile de abordare a priorităților în dialogul social la nivelul UE (% , N= 101)



Sursa: Sondaj privind dialogul social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale

Notă: Întrebarea a fost: „Cât de mulțumit sunteți de oportunitățile actuale de a aborda subiectele pe care le-ați considerat ca fiind cele mai prioritare (scor 4 și 5) la întrebarea anterioară în cadrul comitetului de dialog social sectorial la nivelul UE în spitale și asistență medicală? Selectați o singură opțiune.”

Pe baza sondajului, partenerii sociali așteaptă următoarele de la nivelul UE: 1) sprijin pentru un impact mai puternic asupra politicilor naționale din sectorul sanitar (78 %) și 2) sprijin în negocierile colective interne (de ex. negocieri legate de salarizare) (65 %). Aceste două așteptări exprimate cel mai vocal de respondenți arată că partenerii sociali naționali trebuie să-și sporească influența la nivel național. Se așteaptă ca structurile de dialog social la nivelul UE să fie de sprijin în acest sens. Cincizeci și cinci la sută dintre respondenți se așteaptă la consolidarea capacităților – oferirea de îndrumări specifice privind consolidarea dialogului social și negocierea colectivă în spitalele și în asistența medicală din țara noastră, iar 52 % se așteaptă la o mai mare recunoaștere a intereselor organizației noastre și la încorporare în agenda dialogului social la nivelul UE.

Tabel 5: Așteptările organizațiilor de la structurile de dialog social la nivelul UE (% , N= 95)

Așteptări	Procente
Sprijinul partenerilor sociali de la nivelul UE pentru organizația noastră pentru a avea un impact mai puternic asupra politicilor din sectorul sanitar din țara noastră	78%
Sprijin pentru noi în negocierile colective interne (de ex. negocieri legate de salarii)	65%
Consolidarea capacităților – oferirea de îndrumări specifice privind modul de consolidare a dialogului social și a negocierii colective în spitalele și în asistența medicală din țara noastră	55%
Recunoaștere mai mare a intereselor organizației noastre și încorporare în agenda dialogului social la nivelul UE	52%
Furnizarea de spațiu pentru crearea de rețele și schimburi de experiențe	47%

Sursa: Sondaj privind dialogul social în sectorul spitalicesc și al asistenței medicale

Notă: Întrebarea a fost - Care sunt așteptările dumneavoastră de la structurile de dialog social la nivelul UE din sectorul spitalicesc și al asistenței medicale? Vă rugăm să selectați cele mai relevante trei așteptări din opțiunile de mai jos.

Pandemia de COVID-19 a schimbat prioritățile partenerilor sociali, intensificând și mai mult urgența unor probleme, deja identificate înainte de criză. Partenerii sociali din Croația, Slovenia, Cehia și Slovacia, care au avut ocazia să discute despre prioritățile lor în timpul și după cel de-al doilea val al pandemiei, au dezvăluit că dificultățile care nu au fost abordate de mult timp au fost exagerate în timpul pandemiei. Mai exact, lipsa de personal a devenit critică. Problemele de sănătate și siguranță au dobândit dimensiuni suplimentare în prevenirea și controlul infecțiilor și în disponibilitatea echipamentelor de protecție personală. În Croația și Slovenia, importanța sănătății mintale s-a intensificat în timpul crizei⁶.

Discuția din atelierul regional cu țările din Europa Centrală a scos la iveală un nou subiect care trebuie comunicat la nivelul UE. Ambii parteneri sociali solicită investiții sporite din planurile de redresare și reziliență care au fost comunicate la nivel național (HR, SK). Participanții la atelier au considerat că implicarea lor în procesul de

consultare al planului de redresare este insuficientă. Oportunitățile de a negocia ponderea echitabilă în dialogul social la nivel național nu au fost exploatare. Partenerii sociali au fost adesea excluși din proces. Nemulțumirea față de procentul de investiții stabilit la nivel național oferă spațiu de acțiune partenerilor sociali de la nivelul UE.

Reprezentanții sindicatelor din România au dezvăluit că oportunitățile de a influența măsurile pe perioada pandemiei și de a aborda condițiile precare de muncă în domeniul sănătății au fost minimizate de actuala guvernare. Sindicatele sunt ignorate când solicită o aprovizionare adecvată cu echipament individual de protecție, acces la vaccin și creșterea salariilor. Aproape toate spitalele s-au transformat în spitale Covid, punând în pericol sănătatea altor pacienți²⁴.

Spania a confirmat, de asemenea, participarea limitată la dialogul social și investițiile scăzute în îngrijirea sănătății, ceea ce duce la multiple deficiențe. Pe de altă parte, Croația este mulțumită de dialogul social din timpul pandemiei, care a condus la o creștere cu 10 % a salariilor. Și în Italia au loc negocieri cu partenerii sociali, în ciuda pandemiei. Negocierea colectivă nu a avut de suferit de pe urma Covid-19. ARAN a reușit să încheie diferite contracte publice, precum Contractele Colective Naționale privind „Funcțiile Locale” și „Asistența medicală”, iar în prezent lucrează la Contractele Colective Naționale „Funcții Centrale”²⁵.

7. Concluzie

Raportul final a prezentat constatările privind implicarea partenerilor sociali în dialogul social la nivelul UE și prioritățile care trebuie abordate la nivelul UE pentru Bulgaria, Ungaria, Polonia, România, Cipru, Grecia, Italia, Malta, Portugalia, Spania, Croația, Republica Cehă, Slovacia și Slovenia.

Aspectele comune ale țărilor vizate sunt că cheltuielile lor pentru asistența medicală se situează sub media UE-27 pe termen lung, iar lipsa de personal provoacă, în consecință, o creștere a volumului de muncă și pune în pericol siguranța pacienților și a personalului. În plus, migrația profesioniștilor din domeniul sănătății, în principal către țările occidentale și nordice, reprezintă o provocare economică și socială pentru toate țările vizate. Deficitul de forță de muncă dă naștere unei munci precare, caracterizată prin ore lungi de lucru, prin creșterea numărului de schimburi de noapte și prin reangajarea forței de muncă pensionate. Condițiile de lucru din timpul crizei COVID-19 au arătat, de asemenea, nevoia crescută de acțiuni coordonate și incluzive la nivel național și european pentru a face față în mod eficient provocărilor. Drept urmare, reprezentarea partenerilor sociali în cadrul dialogului social sectorial european și implicarea lor în semestrul european a devenit esențială.

Partenerii sociali la nivel național sunt încurajați să urmărească angajamentul înalt al Comisiei Europene pentru o Europă Socială și să contribuie la găsirea de soluții pentru provocările stringente din domeniul sănătății. Inițiativele de la nivelul UE, pe de altă parte, pot fi o sursă de informare și de inspirație pentru dezvoltarea strategiilor și consolidarea dialogului social în statele membre.

Reprezentarea partenerilor sociali se dovedește a fi fragmentată, diversă în ceea ce privește liniile ocupaționale și sectorul de sănătate public/privat. La aceste caracteristici comune în majoritatea țărilor vizate se adaugă lipsa unui omolog oficial. Majoritatea organizațiilor din țările vizate au participat la structurile DS la nivelul UE, fiind fie reprezentate de EPSU și HOSPEEM, fie de alte organizații europene intersectoriale. Participarea angajatorilor la structurile de dialog social la nivelul UE este în prezent limitată.

În ciuda numărului mare de state membre UE care primesc recomandări specifice fiecărei țări legate de asistența medicală în cadrul procesului semestrului european, implicarea partenerilor sociali este limitată. Partenerii sociali și-au dezvăluit prioritățile pe care ar dori să le comunice în cadrul dialogului social la nivelul UE. Subiectele variază de la probleme structurale globale, cum ar fi investițiile mai mari în asistența medicală în general, securitatea și sănătatea la locul de muncă și condițiile de muncă, retenția forței de muncă și reconcilierea vieții profesionale cu cea de familie, până la discuții privind Directiva privind salariul minim la nivel european. Subiectele cu cel mai mare punctaj sunt condițiile de muncă și securitatea și sănătatea la locul de muncă, precum și provocările pe termen lung ale lipsei forței de muncă în domeniul sănătății și înrăutățirea condițiilor de muncă.

Există loc de îmbunătățire în ceea ce privește implicarea organizațiilor naționale, pentru crearea unui mediu mai antrenant și mai participativ pentru partenerii naționali la nivelul UE. Pe baza sondajului, partenerii sociali au așteptări clare de la dialogul social la nivelul UE. Partenerii sociali naționali trebuie să-și sporească influența la nivel național pentru a avea un impact mai substanțial asupra politicilor naționale din sectorul sanitar. Se așteaptă ca structurile de dialog social la nivelul UE să ofere sprijin în acest sens.

Următorii pași ai partenerilor sociali la nivelul UE vor conduce la mai multă muncă privind inițiativele de recrutare și retenție și vor explora mai mult programele de consolidare a capacităților care ar contribui la creșterea sprijinului politic pentru dialogul social.

Anexă

A. Metodologie

A fost utilizată o metodologie combinată:

- a) Cercetarea documentară efectuată s-a concentrat pe identificarea partenerilor sociali din sectorul spitalicesc și al asistenței medicale, a caracteristicilor acestora și a studiilor privind dialogul social național și semestrul european,
- b) Sondaj online personalizat dedicat dialogului social în sectorul sanitar, constând din 23 de întrebări, structurat în patru domenii:
 - (1) Identificarea organizațiilor;
 - (2) Implicarea în dialogul social la nivel național și UE și în semestrul european;
 - (3) Priorități și subiecte de comunicat la nivelul UE;
 - (4) Satisfacția în ceea ce privește oportunitățile de abordare a priorităților și așteptărilor în structurile de dialog social la nivelul UE.

Sondajul a fost tradus în limbile naționale și distribuit online prin intermediul sistemelor Survey Monkey. Organizații aproximativ diferite, atât sindicate, cât și organizații ale angajatorilor, au fost invitate în mod repetat să completeze sondajul. Structura respondenților care au participat la sondaj a fost următoarea:

Eșantion total	Procente	Număr
Număr total de respondenți	100%	181
Tip de organizație		
Organizația angajatorilor	6,6%	12
Sindicat	87,9%	159
Altele	5,5%	10
Poziția respondentului în cadrul organizației		
Președinte	20,7%	35
Vicepreședinte	4,7%	8
Secretar general	4,7%	8
Membru al prezidiului	29,0%	49
Membru al personalului	16,0%	27
Altele	25,0%	42
Țara		
Bulgaria	1,20%	2
Croația	5,99%	10
Cipru	1,80%	3
Republica Cehă	2,40%	4
Grecia	5,39%	9
Ungaria	2,99%	5
Italia	3,59%	6
Malta	2,40%	4
Polonia	2,40%	4
Portugalia	2,40%	4
România	59,88%	100 ²⁹
Slovacia	4,19%	7
Slovenia	2,40%	4
Spania	2,99%	5

²⁹Numărul mare de respondenți din România este cauzat de distribuirea sondajului către sindicatele de la nivel regional

- c) Analiza discuției la atelierele regionale: Discuția din cadrul atelierului a fost facilitată de structura pregătită în prealabil; au fost luate notițe și consolidate în constatări rezumative, în completarea rezultatelor sondajului și cercetării documentare.

Perioadele fazelor de cercetare pentru anumite grupuri de țări

Țări	Cercetare documentară	Colectarea datelor sondajului	Analiza atelierului din cadrul webinarului
BG, HU, PL, RO	Din aprilie până în iulie 2019	Din aprilie până în iunie 2019	Atelier regional la București în iunie 2019
CY, EL, IT, PT, MT, ES	Din iulie până în noiembrie 2019	Din iulie până în noiembrie 2019	Atelier regional la Roma în noiembrie 2019
HR, CZ, SK, SI	Din februarie până în august 2020	Din februarie până în august 2020	Atelier regional online în aprilie 2021

B. Semestrul european - recomandări specifice țărilor

Tabelul de mai jos prezintă recomandările specifice celor patru țări vizate și alte recomandări de tip text cu privire la domeniul sanitar și al politicilor sociale. Trebuie menționat că informațiile de mai jos sunt extrase din recomandările țărilor, adoptate în iulie 2020.

Domenii de recomandare	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România
Politica de sănătate				
Sistemul de asistență medicală și infrastructura	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizat prin cheltuieli publice; • Acces limitat la asistență medicală cauzat de o distribuție inegală a resurselor limitate și de acoperirea scăzută a asigurărilor de sănătate; • Sumele de bani plătite din buzunar sunt considerabile. <p>CSR: Îmbunătățirea accesului la serviciile sanitare, inclusiv reducerea plăților din buzunarul propriu și abordarea deficitului de profesioniști din domeniul sanitar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Screening și îngrijire primară inadecvate; • Cheltuielile publice se situează sub media UE; • Cetățenii se bazează pe plata din buzunarul propriu pentru a avea acces la servicii de calitate; • Sistemul este puternic centrat pe spital, cu puncte slabe în îngrijirea primară <p>CSR: Îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate prin sprijinirea măsurilor preventive de sănătate și consolidarea îngrijirii primare</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nevoia nesatisfăcută de servicii medicale a scăzut, dar rămâne ridicată în UE; • Timpii de așteptare au crescut substanțial din 2010; • Harta nevoilor de asistență medicală este elaborată, dar nu a devenit un instrument de sprijinire a deciziilor; • Sistemul de sănătate este prea concentrat pe furnizarea de îngrijiri spitalicești; • Îngrijirea primară și ambulatorie rămân subdezvoltate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanțarea scăzută, utilizarea ineficientă a resurselor publice și lipsa reformei limitează eficacitatea sistemului sanitar; • Prevalența plăților informale este ridicată; • Accesul la serviciile de asistență medicală pentru cei care trăiesc în zonele rurale și pentru grupurile vulnerabile este limitat; <p>CSR: Îmbunătățirea accesului la asistență medicală și eficiența costurilor acesteia, inclusiv prin schimbarea asistenței medicale în ambulatoriu</p>
Lipsa forței de muncă din domeniul sanitar	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilitatea scăzută a practicienilor constrânge furnizarea asistenței medicale primare; • O lipsă semnificativă de asistenți medicali, în ceea ce privește numărul lor per cap de locuitor, printre cele mai mici din UE. <p>Recomandare: O implementare mai rapidă și mai eficientă a strategiei naționale de sănătate ar contribui la abordarea acestor deficiențe.</p>	Lipsa considerabilă de personal medical, în special de medici generaliști și asistenți medicali, împiedică accesul la îngrijire în zonele mai sărace	<ul style="list-style-type: none"> • Accesul la sistemul de asistență medicală și eficacitatea acestuia sunt afectate de cheltuielile scăzute și de lipsa de personal; • Numărul de medici și asistenți activi în raport cu dimensiunea populației este printre cele mai scăzute din UE, ¼ din personalul medical depășind vârsta de pensionare; 	Lipsa forței de muncă din domeniul sanitar există, în special, din cauza emigrării medicilor și asistenților medicali
Politică socială				
Competențe	Recomandare: Consolidarea capacității de angajare prin consolidarea competențelor, inclusiv a competențelor digitale.	Recomandare: Dezvoltarea competențelor digitale ar putea îmbunătăți capacitatea de angajare	Puncte slabe în abilitățile digitale, alfabetizare și calcul CSR: Promovarea educației de calitate și a competențelor relevante pentru piața muncii, în special prin învățarea adulților	Nu evoluează în concordanță cu nevoile sectoarelor economice în expansiune ³⁰

³⁰ 81 % dintre angajatori au dificultăți în ocuparea locurilor de muncă vacante

Domenii de recomandare	Republica Cehă	Croația	Slovenia	Slovacia
Politica de sănătate				
Sistemul de asistență medicală și infrastructura	<p>Criza actuală a demonstrat necesitatea unor planuri de pregătire pentru eventualele situații de criză în sectorul sanitar, inclusiv de strategii îmbunătățite de achiziție, lanțuri de aprovizionare diversificate și rezerve strategice de provizii esențiale. Acestea sunt elemente cheie pentru dezvoltarea unor planuri mai ample de pregătire pentru criză.</p> <p>Recomandare: Asigurarea rezilienței sistemului de sănătate, consolidarea disponibilității lucrătorilor din domeniul sanitar, asistența medicală primară și integrarea îngrijirii și implementarea serviciilor de e-sănătate.</p>	<p>Îmbunătățirea rezilienței sistemului sanitar. Promovarea distribuției geografice echilibrate a lucrătorilor din domeniul sanitar și a facilităților, cooperare mai strânsă între toate nivelurile de administrație și investiții în e-sănătate</p>	<p>Asigurarea rezilienței sistemului sanitar și de îngrijire pe termen lung, inclusiv furnizarea unei aprovizionări adecvate cu produse medicale esențiale și abordarea deficitului de lucrători în domeniul sanitar.</p>	<p>Consolidarea rezilienței sistemului sanitar în ceea ce privește forța de muncă din domeniul sanitar, produsele medicale critice și infrastructura. Îmbunătățirea furnizării de îngrijire primară și coordonarea între tipurile de îngrijire.</p>
Politică socială				
Competențe	<p>Sprrijinirea furnizării de competențe, inclusiv competențe digitale și accesul la învățarea digitală.</p>	<p>Creșterea accesului la infrastructura și serviciile digitale. Promovarea dobândirii de competențe.</p>	<p>Promovarea competențelor digitale ale întreprinderilor și consolidarea competențelor digitale, e-comerțului și e-sănătății.</p>	<p>Consolidarea competențelor digitale. Asigurarea egalității accesului la educația de calitate.</p>
Forța de muncă	<p>Sprrijinirea angajării prin politici active pe piața muncii</p>	<p>Consolidarea măsurilor și instituțiilor de pe piața muncii și îmbunătățirea caracterului adecvat al prestațiilor de șomaj și al schemelor de venit minim.</p>	<p>Asigurarea înlocuirii adecvate a veniturilor și a protecției sociale. Atenuarea impactului crizei asupra ocupării forței de muncă, inclusiv îmbunătățirea schemelor de muncă pe durată scurtă și a aranjamentelor flexibile de muncă. Asigurarea că aceste măsuri oferă o protecție adecvată pentru lucrătorii non-standard.</p>	<p>Asigurarea unei înlocuirii adecvate a veniturilor și asigurarea accesului tuturor la protecție socială și la servicii esențiale</p>

Domenii de recomandare	Cipru	Grecia	Italia	Malta	Portugalia	Spania
Politica de sănătate						
Sistemul de asistență medicală și infrastructura	<p>Progrese înregistrate în domeniul asistenței medicale prin adoptarea legislației pentru înființarea noului Sistem Național de Sănătate:</p> <ul style="list-style-type: none"> urmărește să îmbunătățească accesul; introduce acoperirea medicală universală; reduce nivelul înalt al plăților efectuate din buzunarul propriu; crește eficiența furnizării de îngrijiri în sectorul public; asigură autonomia financiară și operațională a spitalelor publice. <p>CSR: Luarea unor măsuri pentru a se asigura că Sistemul Național de Sănătate devine operațional în 2020, așa cum a fost planificat, păstrându-și sustenabilitatea pe termen lung.</p>	<p>O reformă de anvergură a sistemului de asistență medicală primară inițiată în 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> relevantă pentru asigurarea accesului; continuarea investițiilor prin implementarea unei unități sanitare locale; <p>CSR: Concentrare asupra politicii economice legate de investiții privind asistența medicală sustenabilă, luând în considerare disparitățile regionale și necesitatea de a asigura incluziunea socială;</p>	<p>Rezultate în general bune, dar disparitățile în furnizarea de asistență medicală din regiuni au un impact asupra:</p> <ul style="list-style-type: none"> accesului; echității; eficienței; <p>Potențial de îmbunătățire prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> o administrare mai bună; monitorizarea nivelurilor standard ale serviciilor. <p>Recomandări:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mai multă îngrijire la domiciliu și bazată pe comunitate și îngrijire pe termen lung pentru persoanele cu dizabilități și alte grupuri dezavantajate; Luarea în considerare a disparităților geografice în ceea ce privește disponibilitatea serviciilor sanitare și de îngrijire pe termen lung. <p>CSR: Îmbunătățirea eficienței, accesibilității și sustenabilității asistenței medicale</p>	<p>Situația curentă:</p> <ul style="list-style-type: none"> Creșterea cheltuielilor publice legate de vârstă în sistemele de sănătate; Riscul de creștere a datoriei pe termen lung; Măsuri în curs de desfășurare pentru descentralizarea serviciilor de la spitale la îngrijirea primară; Abordarea timpului lung de așteptare prin extinderea capacității de îngrijire ambulatorie în spitalele publice; Creșterea cererii de îngrijire pe termen lung; Introducerea de noi tipuri de servicii bazate pe comunitate și la domiciliu; Până în prezent, niciun impact al măsurilor luate asupra sustenabilității fiscale. <p>CSR: Asigurarea sustenabilității fiscale a sistemului sanitar, inclusiv prin</p> <ul style="list-style-type: none"> restricționarea pensionării anticipate; ajustarea vârstei legale de pensionare în funcție de creșterea așteptată a speranței de viață. 	<ul style="list-style-type: none"> Presiune continuă asupra finanțelor publice din cauza tendințelor demografice adverse; Promovarea rentabilității prin achiziționarea și utilizarea centralizată sporită a medicamentelor generice; Planificarea bugetară și controlul contabil inadecvat, de aici rezultând arierate mari în spitale; introducerea unui nou model de guvernare pentru spitalele publice pentru abordarea structurală a arieratelor în 2019. <p>CSR: Îmbunătățirea calității finanțelor publice prin prioritizarea cheltuielilor care stimulează creșterea economică, consolidând în același timp controlul general al cheltuielilor, eficiența costurilor și o bugetare adecvată, având în prim plan o reducere permanentă a arieratelor în spitale.</p>	
Politică socială						
Competențe	<p>Acces la educație și formare de calitate, cu perspective pe tot parcursul vieții, luând în considerare nevoile viitoare.</p> <p>Recomandări:</p>	<p>Creșterea deficitului de competențe, nepotriviri și o lume a muncii în schimbare.</p> <p>Recomandări:</p> <ul style="list-style-type: none"> Creșterea capacității de educație și formare profesională 	<p>Luarea în considerare a dobândirii de competențe orientate spre viitor, inclusiv măsuri de promovare a învățării pentru adulți.</p> <p>Recomandări:</p>	<p>Eforturi suplimentare pentru îmbunătățirea calității și incluziunii sistemelor de educație și formare, cu acordarea unei atenții deosebite grupurilor dezavantajate.</p>	<p>Nivelurile de calificare rămân scăzute pentru mai multe grupuri de populație. Îmbunătățirea capacității de inserție profesională și a mobilității sociale prin</p>	<p>Lipsa competențelor și neconcordanțele împiedică dezvoltarea și utilizarea tehnologiilor avansate, în special de către firmele mici și mijlocii.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Creșterea capacității de educație și formare profesională; Creșterea angajamentului angajatorilor și a participării cursanților la educația și la formarea profesională. <p>CSR: Îmbunătățirea relevanței pe piața muncii a sistemelor lor de educație și formare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consolidarea și modernizarea sistemelor de educație și formare. 	<ul style="list-style-type: none"> Consolidarea atractivității profesiei didactice; Îmbunătățirea competențelor este necesară în special pentru competențele digitale. <p>CSR: Îmbunătățirea rezultatelor educaționale, inclusiv prin</p> <ul style="list-style-type: none"> investiții adecvate și direcționate; încurajarea perfecționării competențelor digitale. 		<p>investiții în educație, formare și infrastructură.</p> <p>CSR: Îmbunătățirea nivelului de competențe al populației, în special alfabetizarea digitală, inclusiv prin îmbunătățirea relevanței învățării adulților pentru nevoile pieței forței de muncă.</p>	<p>Eforturile de reformare a sistemului de învățământ au stagnat.</p> <p>CSR: Reducerea abandonului școlar timpuriu și creșterea cooperării dintre educație și întreprinderi pentru a îmbunătăți competențele și calificările relevante pentru piața muncii, în special pentru tehnologiile informației și comunicațiilor.</p>
Salarizare		<p>Recomandare: finalizarea unor reforme mai cuprinzătoare referitoare la prestațiile sociale.</p>	<p>Inegalitatea veniturilor și riscul de sărăcie sunt mari, cu disparități regionale și teritoriale mari.</p> <p>Disparitatea de gen în ceea ce privește ocuparea forței de muncă rămâne printre cele mai ridicate din Uniune.</p> <p>Încă lipsește o strategie cuprinzătoare de promovare a participării femeilor pe piața muncii.</p>		<p>În ciuda diminuării inegalității veniturilor, aceasta rămâne semnificativ mai mare decât media Uniunii. Sistemul de venit minim este printre cele mai puțin adecvate din Uniune.</p> <p>Recomandare: Îmbunătățirea acoperirii, adecvării sau eficacității rețelei de securitate socială, inclusiv a sistemelor de venit minim</p>	<p>Disparitățile regionale prezentate în schemele regionale de venit minim; Portabilitatea limitată între regiuni reduce stimulentele pentru mobilitatea forței de muncă.</p> <p>Recomandări:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrarea strategiilor de dezvoltare teritorială, inclusiv acțiuni de promovare a antreprenoriatului, digitalizării și economiei sociale. Abordarea lacunelor de acoperire în schemele regionale de venit minim.
Dialog social		<p>Dialogul social eficient și parteneriatul social responsabil pot sprijini</p> <ul style="list-style-type: none"> mediul pentru implementare; asumarea reformelor susținute. 	<p>Reforma preconizată inițial a cadrului de negociere colectivă a vizat adaptarea salariilor la condițiile economice la nivel regional și de întreprindere.</p> <p>Un acord-cadru semnat cu cele trei mari sindicate italiene în vederea</p> <ul style="list-style-type: none"> extinderii negocierilor de al doilea nivel; sporirii securității juridice prin stabilirea unor reguli mai precise pentru reprezentarea 			<p>Deși înființarea de mese rotunde tripartite este un pas bun către o implicare mai semnificativă a partenerilor sociali în elaborarea politicilor, există loc pentru consultări mai aprofundate și mai oportune.</p>

			partenerilor sociali la negocieri; <ul style="list-style-type: none">• creării unui algoritm îmbunătățit pentru stabilirea nivelurilor salariale minime.			
--	--	--	--	--	--	--

Sursa: *Prezentare generală compilată de echipa CELSI pe baza recomandărilor specifice țării din cadrul semestrului european 2020*

C. Lista participanților la atelierul pentru diseminare

Nume de familie	Prenume	Organizație	Afilieră	Țara
Albuquerque Arenga	Margarida	Reprezentanța Permanentă a Portugaliei	Altele	Belgia
Avram	Adam	EPSU	EPSU	Belgia
Barecka-Bach	Anna	NSZZ "Solidarność" Fresenius Nephrocare	EPSU	Polonia
Bartlet	Céline	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgia
Behrens	Jan	Comisia Europeană	Altele	Belgia
Berislavic	Marija	Sindicatul Asistenților Medicali și Tehnicienilor Medicali din Croația	EPSU	Croația
Bota	Ovidiu	SANITAS Cluj	EPSU	România
Branca	Marta	HOSPEEM	HOSPEEM	Italia
Břeňková	Ivana	TUHSS CR/OSZSP ČR	EPSU	Republica Cehă
Cojocariu	Victoria	Eurofound	Altele	Irlanda
Das	Sarada	Comitetul Permanent al Medicilor Europeni (CPME)	Altele	Belgia
De Bruyn	Myriam	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgia
Dechorgnat	Elisa	FEHAP	HOSPEEM	Franța
Drug	Roxana	EPSU	EPSU	Belgia
Fasoli	Sara	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgia
Gae	Razvan	Federația SANITAS	EPSU	România
Gil Alonso	Yolanda	FSS-CC.OO	EPSU	Spania
Goudriaan	Jan-Willem	EPSU	EPSU	Belgia
Hnykova	Jana	OSZSP ČR	EPSU	Republica Cehă
Holubová	Barbora	CELSI	Altele	Slovacia
Howe	Samantha	EPDU	EPSU	Belgia
Kahancova	Marta	CELSI	Altele	Slovacia
Malapitan	Christopher	Artist grafic	Altele	Belgia
Michelutti	Paolo	ASL Roma 3	HOSPEEM	Italia
Mohrs	Simone	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgia
Negru	Liliana	SANITAS Arad	EPSU	România
Oarna	Ana Maria	Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED	Altele	România
Papp	Katalin	Camera Profesioniștilor din Sănătate din Ungaria, Universitatea Debrecen, Facultatea de Medicină	Altele	Ungaria
Paun	Tanja	Asociația Croată a Angajatorilor din Sănătate	Altele	Croația
Pereira	Ana Carla	Comisia Europeană	Altele	Belgia
Petcu	Claudia	Sanitas	EPSU	România
Prasnjak	Anica	Sindicatul Asistenților Medicali și Tehnicienilor Medicali din Croația	EPSU	Croația
Ptak-Bufkens	Katarzyna	Comisia Europeană	Altele	Belgia
Renouvel	Sylvain	Federația Angajatorilor Sociali din Europa	Altele	Belgia

Rinversi	Silvia	ARAN	HOSPEEM	Italia
Robert	Alexandre	Federația Europeană a Asociațiilor Asistenților Medicali (EFN)	Altele	Belgia
Rodríguez Contreras	Ricardo	Eurofound	Altele	Irlanda
Rogalewski	Adam	EPSU	EPSU	Belgia
Romeao	Sandra	Sanitas	EPSU	România
Scarparo	D'Emanuele	UIL FPL	EPSU	Italia
Schriefer	Jan	FNV Țările de Jos	EPSU	Țările de Jos
Slangen	Sylvie	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgia
Vannini	Michele	FP-CGIL	EPSU	Italia
Zlatanova	Slava	Federația Sindicatelor - Servicii de Sănătate (FTU-HS)	EPSU	Bulgaria