



KONČNO POROČILO O PROJEKTU

Končno poročilo je bilo pripravljeno v okviru skupnega projekta HOSPEEM – EPSU, »Krepitev socialnega dialoga v bolnišničnem sektorju v vzhodni, južni in srednji Evropi« (2019 in 2021). Projekt je prejel finančno podporo Evropske unije (projekt ŠT.: VS/2019/0008).

Avtor



Informacije v tej publikaciji ne odražajo nujno uradnega stališča Evropske komisije.

Kazalo vsebine

1. Uvod	2
2. Dejstva in podatki o bolnišnicah in zdravstvenem sektorju	3
3. Socialni partnerji v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju	5
4. Sodelovanje socialnih partnerjev v strukturah socialnega dialoga EU	9
5. Sodelovanje socialnih partnerjev v evropskem semestru	10
6. Prednostne naloge socialnih partnerjev, ki jih je treba posredovati na ravni EU	11
7. Zaključek	16
Priloga	I
A. Metodologija	I
B. Priporočila za posamezne države v okviru evropskega semestra	III
C. Seznam udeležencev na razširjeni delavnici	VIII

Kazalo tabel

Tabela 1: Izdatki za zdravstveno varstvo (vse finančne sheme, 2018)	3
Tabela 2: Zdravstveno osebje, zaposleno v bolnišnicah (2018)	4
Tabela 3: Razlogi za neudeležbo v strukturah socialnega dialoga na ravni EU (% , N = 57)	10
Tabela 4: Prednostne naloge, ki jih je treba sporočiti na ravni EU	12
Tabela 5: Prednostne naloge organizacij z najvišjo oceno (% , N = 101)	14

Kazalo grafov

Graf 1: Neposredno sodelovanje na sejah odborov struktur socialnega dialoga na ravni EU od leta 2015 (% , N = 76)	9
Graf 2: The ways the social partners are involved in the European Semester procedure (% , N=124)	11
Graf 3: Zadovoljstvo s priložnostmi za obravnavo prednostnih nalog socialnega dialoga na ravni EU (% , N = 101)	15

Okrajšave

CSR	Priporočila za posamezno državo v okviru evropskega semestra
EESO	Evropski ekonomsko-socialni odbor
EO	Organizacija delodajalcev
EPSU	Evropska zveza sindikatov javnih uslužbencev
EU	Evropska unija
BDP	Bruto domači proizvod
HOSPEEM	Evropsko združenje delodajalcev v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju
MS	Država članica
SD	Socialni dialog
SSD	Sektorski socialni dialog
TU	Sindikati

Okrajšave držav

BG	Bolgarija	HU	Madžarska
CZ	Češka republika	MT	Malta
EL	Grčija	PL	Poljska
ES	Španija	PT	Portugalska
HR	Hrvaška	RO	Romunija
TO	Italija	SI	Slovenija
CY	Ciper	SK	Slovaška

1. Uvod

Učinkovitost, dostopnost, kakovost oskrbe in odpornost bolnišničnega in zdravstvenega sistema so med nedavno zdravstveno krizo postali še pomembnejši. Kljub priznavanju znatnega pomena sektorja **se bolnišnični in zdravstveni sektor soočata z dolgoročnimi izzivi**, ki so se po izbruhu pandemije še poslabšali. Kriza je namreč jasno pokazala, kako lahko pomanjkljivosti zdravstvenih sistemov močno vplivajo na javno zdravje in gospodarski razvoj v državah članicah EU.

Pandemija je pokazala tudi povečano potrebo po usklajenih in vključujočih ukrepih na nacionalni in evropski ravni za učinkovito spopadanje z izzivi. Zato je zastopanost socialnih **partnerjev v evropskem sektorskem socialnem dialogu (SD) in njihova vključenost v evropski semester ter nacionalne načrte za oživitve in odpornost postala strateško pomembna** za zagotavljanje delovnih pogojev in izvajanja tržno povezanih reform.

Vendar pa sta reprezentativnost organizacij evropskih socialnih partnerjev v zdravstvenem sektorju in sektorski socialni dialog ovirana zaradi visoke segmentacije izvajalcev zdravstvenih storitev, pri čemer se organi javnega sektorja na različnih upravnih ravneh vključijo v neprofitne in zasebne institucije¹. Razdrobljenost ponudnikov vpliva tudi na strukturo socialnih partnerjev; delavci in delodajalci se organizirajo glede na poklicni sektor, podsektorje in zasebni/javni sektor.

Za okrepitev vloge socialnih partnerjev na ravni EU sta Evropsko združenje delodajalcev v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju (HOSPEEM) in Evropska zveza sindikatov javnih uslužbencev (EPSU) naročila skupni projekt. Cilj projekta je (a) opredeliti in obravnavati **potrebe sektorskih socialnih partnerjev po krepitvi zmogljivosti**; (b) pridobivanje kvantitativnih in kvalitativnih podatkov o **trenutnem vključevanju v evropski semester** in krepitev njihove vloge v tem pogledu. Natančneje, projekt je raziskal prednostne naloge socialnih partnerjev in načine, kako bi bilo te prednostne naloge bolje opredeliti v prihodnjih dejavnostih HOSPEEM in EPSU. Končno poročilo vsebuje primerljive podatke in za države specifične podatke, štirinajst ciljnih držav: Bolgarija, Madžarska, Poljska, Romunija, Ciper, Grčija, Italija, Malta, Portugalska, Španija, Hrvaška, Češka, Slovaška in Slovenija. Končno poročilo je zbirka treh regionalnih poročil za vzhodnoevropske države (BG, HU, PL in RO), države južne Evrope (ES, EL, CY, MT, PT, IT) in srednjeevropske države (SK, SI, CZ in HR).²

Ugotovitve v tem poročilu so **rezultati kombinirane metodologije**, ki vključuje:

- Prilagojena spletna raziskava, namenjena socialnemu dialogu v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju, ki je potekala od aprila 2019 do avgusta 2020 (v treh valovih, namenjenih določenim skupinam držav);
- Teoretične raziskave, opravljene od aprila 2019 do avgusta 2020;
- Rezultati razprave z nacionalnimi organizacijami socialnih partnerjev in ustreznimi organizacijami 14 ciljnih držav, ki je potekala na treh regionalnih spletnih seminarjih (junij 2019 v Bukarešti, november 2019 v Rimu, spletna delavnica aprila 2021)

Poročilo je strukturirano na naslednji način:

- Prvo poglavje opisuje vodilne **statistične kazalnike** na podlagi primerljivih podatkov Eurostata za bolnišnični in zdravstveni sektor v 14 državah.
- V drugem poglavju so navedeni **opredeljeni socialni partnerji** – sindikati in organizacije delodajalcev ali druge organizacije v 14 ciljnih državah.
- Tretje in četrto poglavje analizirata, ali in na kakšen način so **socialni partnerji vključeni v strukture socialnega dialoga EU in evropski semester**.
- Peto poglavje razkriva prednostne naloge in teme, ki jih želijo socialni partnerji sporočiti sektorskemu socialnemu dialogu na ravni EU, njihovo zadovoljstvo s priložnostmi za reševanje problemov na ravni EU in pričakovanja od EU.

Poročilo je dopolnjeno z metodološkimi in dodatnimi informacijami o priporočilih za posamezne države za leto 2020, izdanih za štirinajst ciljnih držav v postopku evropskega semestra.

¹Eurofound (2020), Reprezentativnost organizacij evropskih socialnih partnerjev: Sektor humane medicine, sektorski socialni dialog, Dublin.

²Skupine držav so ustanovljene samo za namen tega projekta in morda ne bodo enake drugim evropskim ozemeljskim klasifikacijam

2. Dejstva in podatki o bolnišnicah in zdravstvenem sektorju

Za pripravo tega poročila so bili podani statistični kazalniki o izdatkih za zdravstvo in zaposlenosti v bolnišnicah držav. Poleg tega so bili uporabljeni standardizirani kazalniki, ki temeljijo na najnovejših in razpoložljivih podatkih Eurostat. Primerjalni podatki so postavljeni v kontekstu pričevanja socialnih partnerjev o delu in primerjani z razmerami v resničnem življenju.³

Izdatki za zdravstveno varstvo se v ciljnih državah razlikujejo. Odstotek bruto domačega proizvoda se giblje od 5,56 % v Romuniji do 9,45 % na Portugalskem. Države lahko razporedimo v države z evri na prebivalca pod 1.000,00 EUR (BG, HR, HU in PL), med 1.000,00 in 2.000,00 EUR (CZ, EL, CY, PT, SI in SK) in nad 2.000,00 EUR (IT in MT). Če te ukrepe primerjamo z drugimi državami, je povprečna poraba v evrih na prebivalca v Romuniji pribl. 6,5-krat nižja, SKM na prebivalca šestkrat in odstotek BDP je 1,5-krat manjši kot na primer v Nemčiji. Vsem zajetim državam je skupno, da so njihovi izdatki za zdravstveno varstvo v SKM na prebivalca pod povprečjem EU-28 (3.067,00 EUR, 80/2018) in povprečjem EU-28 bruto domačega proizvoda (9,89 %/2018).⁴

Statistični podatki o izdatkih in financiranju zdravstvenega varstva so povezani z izzivi socialnih partnerjev in obravnavajo socialni dialog na nacionalni ravni in na ravni EU. Vendar pa omejene naložbe v sektor in porazdelitev finančnih sredstev vodijo v neugodne delovne pogoje v nekaterih državah, zlasti v Romuniji, Bolgariji, na Poljskem in Madžarskem.⁵ Poleg tega sektor zaradi premajhnih naložb in zmanjšanja izdatkov v sektorju javnega zdravstva ne izpolnjuje povpraševanja, kar ima za posledico dolge čakalne vrste za potrebne postopke.

V času pandemije COVID-19 so se stroški zdravstvenih storitev v vseh državah povišali zaradi potrebnega ustanavljanja novih enot za COVID-19 ali ponovnem profiliranju starih. Zato socialni partnerji, ki opozarjajo na ključno vlogo zdravstvenega sektorja med pandemijo, pozivajo k večjim naložbam, ki bi jih zagotovil večji delež financ iz načrta za oživitev gospodarstva in odpornost.⁶

Tabela 1: Izdatki za zdravstveno varstvo (vse finančne sheme, 2018)

Država	V milijonih EUR	EUR na prebivalca	PPS na prebivalca	% BDP
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

Vir: Eurostat, izdatki za zdravstveno varstvo po shemi financiranja [spletna koda: hlth_sha11_hf]

Nadaljnji pomembni dejavniki, ki vplivajo na zmogljivost zdravstvenih sistemov za zagotavljanje zdravstvenih storitev in izpolnjevanje naraščajočega in spreminjajočega se povpraševanja po oskrbi, so delovna sila, razpoložljivost in spretnosti. V Evropski uniji naslednje zunanje in notranje sile oblikujejo in predstavljajo izzive za odpornost zdravstvene delovne sile: migracijski vzorci, tehnološke inovacije, spreminjajoče se zahteve po oskrbi

³Na podlagi razprav na treh regionalnih delavnicah

⁴Eurostat, izdatki za zdravstveno varstvo po shemi financiranja [spletna koda: hlth_sha11_hf]

⁵Na podlagi razprave na regionalni delavnici 14. junija 2019

⁶Na podlagi razprave na regionalni delavnici 20. aprila 2021

(zunanje) in staranje delovne sile, zaposlovanje in zadrževanje, slaba geografska porazdelitev in neuskkljenost znanja in spretnosti (notranja).⁷

Glede na zdravstveno osebje, zaposleno v bolnišnicah leta 2018, je število zdravnikov na 100.000 prebivalcev najvišje na Portugalskem (261), najnižje pa na Cipru (96)⁸. Po drugi strani pa se število zdravstvenih delavcev in babic na 100.000 prebivalcev zelo razlikuje, od 531 na Češkem do 131 na Hrvaškem.⁹

Migracija zdravstvenih delavcev iz ciljnih držav, zlasti v zahodne in severne države, je gospodarski in družbeni problem. Na primer, v Romuniji je med letoma 2007 in 2017 državo zapustilo 35.000 medicinskih sester in 15.000 zdravnikov. Migracija zdravstvenih delavcev v zahodne države povzroča posledično povečanje delovne obremenitve vključenih držav, hkrati pa vzbujajo zaskrbljenost glede vprašanj varnosti bolnikov in delovne sile.

Tabela 2: Zdravstveno osebje, zaposleno v bolnišnicah (2018)

Država	Zaposlenost v bolnišnicah (število zaposlenih)	Zdravstveni delavci in babice (število zaposlenih)	Zdravstveni delavci in babice/100.000 prebivalcev	Zdravniki (število zaposlenih)	Zdravniki/100.000 prebivalcev	Bolniške postelje/100.000 prebivalcev
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

Opomba: Podatki s Poljske iz leta 2017, Slovaška – na voljo samo ukrepi ekvivalenta polnega delovnega časa (FTE)

Vir: Eurostat 2018, zdravstveno osebje, zaposleno v bolnišnici [spletna koda: hlth_rs_prshp1]

Podobne težave se pojavljajo v vseh ciljnih državah z medsebojno krepitvijo izzivov, specifičnih za posamezno državo. Na primer, v Grčiji na dolgoročne trende v zdravstvenem varstvu vplivajo staranje prebivalstva, priseljevanje in privlačnost javnega zdravstvenega sektorja. Neustrezno število zaposlenih in negotove pokojnine sta povezana s staranjem zdravstvenih delavcev. Na primer, zdravniki, stari 65-74 let, predstavljajo 14 % na Madžarskem in 13 % v Bolgariji. Zaradi nizkih plač in pomanjkanja kadra si veliko zdravnikov in medicinskih sester poišče dodatno zaposlitev. Poleg tega je med 70 % in 80 % zdravstvenega osebja ženskega spola.

⁷Evropska komisija, delovna sila v zdravstvenem varstvu, pregled; Na voljo na spletnem mestu https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en

⁸Ta številka je izračunana na osnovi števila zdravnikov, ki ponujajo svoje storitve v javnih bolnišnicah, razen zasebnih bolnišnic, ki predstavljajo pomemben del zdravstvenega sistema na Cipru. Dejansko razmerje med zdravniki in prebivalstvom je večje, vendar ga zaradi nepopolnih podatkov ni mogoče natančno izračunati.

⁹Na podlagi podatkov Eurostata naj bi bilo najmanjše število medicinskih sester na 100.000 prebivalcev v Romuniji (57 medicinskih sester in babic na 1.000.000 prebivalcev). Podatki o zaposlovanju v zdravstvu pa se razlikujejo glede na definicije (kot velja za romunski kazalnik medicinskih sester in babic), za nekatere države podatki niso na voljo

¹⁰Podatki o zdravnicah, zaposlenih v bolnišnicah, zajemajo samo bolnišnično osebje v javnem sektorju. Zasebni sektor sestavlja znaten del ciprskega zdravstvenega sistema

¹¹podatki se nanašajo na bolnišnice v javnem sektorju in skupno število postelj v zasebnem sektorju

Nizka stopnja zdravstvenega osebja za enega bolnika ogroža varnost ljudi. Sindikati pozivajo k povečanju števila osebja za ustrezno število kadrov, ki temeljijo na potrebah, in k izboljšanju njihovih delovnih pogojev. Pomanjkanje delovne sile povzroča negotovo delo, za katerega so značilni dolgi delovniki in številne nočne izmene ter ponovno vključevanje upokojenega osebja. Poleg tega nizke plače zaposlene prisilijo, da iščejo dodatne vire dohodka, kar povzroča težave pri usklajevanju dela in družine.

Kljub splošnemu pomanjkanju zdravstvenih delavcev, ki je postalo še bolj nujno med pandemijo COVID-19, so zdravstvene krize v nekaterih državah prinesle tudi pozitiven razvoj. Zanimanje za zdravstveno osebje se je v nekaterih državah v letu 2021 povečalo (npr. v CZ). Ta razvoj je deloma posledica vladnih dodatnih plačil in ugodnosti za zdravstvene delavce med pandemijo, ki so jih s pogajanjem in spodbudami dosegli nacionalni socialni partnerji. Na Hrvaškem so med obdobjem krize bila izdana doplačila za zdravstvene delavce. Kljub temu zaradi splošnega in dolgotrajno neugodnega gospodarskega položaja zdravstvenih delavcev ta med zdravstvenimi delavci ni prinesla finančnega zadovoljstva. V nekaterih državah je število zdravnikov relativno zadovoljivo, vendar ga ovirajo regionalne razlike (CZ, SK, HR).

3. Socialni partnerji v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju

Na podlagi teoretične raziskave in skupne baze podatkov med HOSPEEM, EPSU in CELSI so identificirani naslednji socialni partnerji, ki predstavljajo zaposlene in delodajalce v bolnišničnem in zdravstvenem sektorju v štirinajstih državah. Kadar je bilo to pomembno za socialni dialog na nacionalni ravni in ravni EU, so vključene tudi druge vrste organizacij.

Razdrobljenost in preusmeritev različnih socialnih partnerjev po poklicih in zasebnem/javnem zdravstvenem sektorju so skupne značilnosti v večini vključenih držav. Kot delodajalci v sklopu Ministrstva za zdravje v sektorju javnega zdravja in ustrezni akterji v nacionalnem socialnem dialogu in tripartizmu so ti državni organi v naslednjih tabelah navedeni kot delodajalske organizacije. V nekaterih državah so postala pomembna poklicna združenja, kot so zbornice medicinskih sester, in pogosto nadomeščajo ali dopolnjujejo vlogo sindikatov (na primer HU, PL in SK). Vendar te zbornice običajno niso uradne članice dvostranskega ali tripartističnega socialnega dialoga in zato nimajo pravice sodelovati v pogajanjih in niso vključene na seznam.

Sindikati se osredotočajo na določene podsektorje in poklice, kot so zdravniki, medicinske sestre in specialisti (npr. radiologi). Nekatero organizacije delodajalcev so medsektorske, druge pa pokrivajo posebna področja v bolnišničnem in zdravstvenem sektorju, kot to velja za sindikate. Večina opredeljenih socialnih partnerjev sodeluje v socialnem dialogu in pogajanjih vsaj na eni ravni (nacionalni, sektorski ali organizacijski).

	Bolgarija	Madžarska	Poljska	Romunija
Sindikati				
	Konfederacija ne-odvisnih sindikatov Bolgarije – zdravstvene storitve (CITUB) ¹²	Sindikat zdravstvenih delavcev na Madžarskem	Zveza sindikatov zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu	Zveza sindikatov Romunije SANITAS
	Zdravstvena zveza Podkrepa (MF Podkrepa) ¹²	Semmelweis Alliance ¹³	Nacionalni sindikat medicinskih sester in babic na Poljskem	HIPOCRAT
		Forum za sodelovanje sindikatov	Sekretariat za varovanje zdravja NSZZ Solidarność	Solidarnostni sindikat zdravstva (FSSR)
				Centralni nacionalni sindikat zdravstva in socialnega varstva
Organizacija delodajalcev				
	Nacionalna zveza zasebnih bolnišnic (NUPH)	Madžarsko združenje ekonomskih menedžerjev v zdravstvu	Delodajalci na Poljskem ¹⁴	Nacionalno poslovno združenje družinskih zdravnikov ¹⁵
	Bolgarsko združenje delodajalcev v zdravstvu ¹⁶	Madžarsko združenje bolnišnic	Klub podjetnikov (BCC) ¹⁷	Nacionalna zveza romunskih delodajalcev
	Združenje občinskih bolnišnic v Bolgariji	Nacionalni center za zdravstvene storitve	Poljska konfederacija zasebnih delodajalcev »Lewiatan«	Romunska nacionalna zveza delodajalcev v zdravstvu in farmaciji
			Nacionalno združenje delodajalcev zasebnega zdravstvenega varstva	PALMED
			Poljsko združenje zasebnih bolnišnic	Delodajalci zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev
Strokovne organizacije/drugo				
		Madžarska zdravstvena zbornica ¹⁸		Ministrstvo za zdravje
		Madžarska medicinska zbornica ¹⁸		Ministrstvo za delo in socialno pravo
	Češka republika	Hrvaška	Slovenija	Slovaška
Sindikati				
	Sindikat zdravstva in socialnega varstva na Češkem (OSZSP ČR)	Hrvaški sindikat medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (HSSMS-MT)	Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (FIDES)	Slovaški sindikat zdravstvenih in socialnih storitev (SOZASS)
	Češki sindikat zdravnikov (LOK-SČL)	Sindikat zdravstva Hrvaške (SZH)	Sindikat zdravstva in socialnega skrbstva Slovenije (SINDIKAT-ZSVS)	Delovni sindikat zdravnikov (LOZ)

¹²Zastopajo samo zaposlene v javnem sektorju¹³Je usmerjena k varovanju interesov zaposlenih¹⁴Zastopa 7.000 delodajalcev v vseh sektorjih, vključno s 113 delodajalci, ki delujejo v zdravstvenem sektorju, večinoma nejavni¹⁵Ne sodeluje v kolektivnih pogajanjih ali nacionalnem socialnem dialogu¹⁶Podružnica bolgarske trgovinske zbornice¹⁷Zajema 26 podjetij v nejavnem sektorju.¹⁸Obvezno članstvo

		Samostojni sindikat zdravstva in socialnega varstva (SSZSSH)	Sindikat zdravstva in socialnega varstva Slovenije (SZSSS)	Sindikati medicinskih sester in babic (OZSaPA)
		Hrvaški zdravniški sindikat (HLS)	Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije (SDZNS)	
			Sindikati v zdravstvu – PERGAM (SZS PERGAM)	
			Sindikat slovenskih zobozdravnikov (DENS)	

Organizacija delodajalcev

	Združenje čeških in moravskih bolnišnic (ACMN)	Hrvaško združenje delodajalcev na področju zdravstva (UPUZ-HR)	Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve	Slovaška zveza bolnišnic (ASN)
	Konfederacija industrije Češke republike (SP)	Hrvaško združenje delodajalcev – Podružnično združenje poliklinik, bolnišnic, zdravstvenih in zdravstvenih ustanov (CEA)	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZZS) – ne sodeluje v socialnem dialogu	Združenje državnih bolnišnic Slovaške republike (AŠN)
				Združenje zasebnih zdravnikov Slovaške republike (ASL SR)

Strokovne organizacije/drugo

			Zdravniška zbornica Slovenije (ZSS)	Slovaška zbornica medicinskih sester in babic (SKSaPA)
--	--	--	-------------------------------------	--

	Ciper ¹⁹	Grčija	Italija	Malta	Portugalska	Španija
Sindikati						
	Sindikat javnih uslužbencev Pancipra (PASYDY)	Panhelenska zveza delavcev javnih bolnišnic (POEDIN)	Zveza javnih služb (FP-CGIL)	Glas delavcev (UHM)	Sindikat medicinskih sester Portugalske (SEP)	Zveza zdravstvenih in socialno-sanitarnih sektorjev Sindikalne zveze delavske komisije in sektorskih zdravstvenih sektorjev (FSSS – COO)
	Panciprska zveza vladnih medicinskih sester (PASYNO)	Konfederacija javnih uslužbencev (ADEDY)	Zveza lokalnih skupnosti (FPL UIL)	Zveza splošnih delavcev (GWU)	Združenje medicinskih sester avtonomne regije Madeira (SERAM)	Splošno združenje delavcev (UGT)
	Panciprska zveza vladnih zdravnikov (PASIKI)		Zveza javnih delavcev in storitev (FPS-CISL)	Malteški sindikat babic in medicinskih sester (MUMN)	Sindikat medicinskih sester (se)	Zveza javnih služb splošnega sindikata delavcev (FSP – UGT)
	Ciprski sindikat delavcev – zaposlenih v vladi. Vojaške in socialne ustanove (PASYEK – PEO)		Zveza avtonomnih zdravstvenih delavcev (FIALS)	Splošni sindikat delavcev – Oddelek za vlado in javne subjekte	Neodvisni sindikat strokovnjakov za zdravstveno nego (SUPE)	Španski sindikati zdravstvenih delavcev (SATSE)

¹⁹Vrstni red sindikatov pomeni število aktivnih članov v sektorju (na podlagi Eurofounda (2020) Zastopanost organizacij evropskih socialnih partnerjev v bolnišnicah in zdravstvu)

Ciprsko združenje zasebnih uslužbencev (OIYK-SEK)		Zveza neodvisnih sindikatov – Zdravstveno varstvo (FSI)		Neodvisna zveza zdravnikov (SIM)	Španski osrednji sindikati neodvisnih in javnih zaposlenih (CSIF)
		Združenje zdravstvenega in izvršilnega osebja NHS (ANAAD ASSOMED)		Sindikato medicinskih sester Portugalske (SEP)	

Organizacije delodajalcev

Zveza delodajalcev in industrijalcev Cipra (OEB) – zasebni sektor (medsektorsko)	Ministrstvo za zdravje: Javni sektor	Agencija za pogodbeno zastopanje javne uprave (AAN)	Malteško združenje delodajalcev (MEA)	Portugalsko združenje zasebnih bolnišnic (APHP)	Špansko zasebno zdravstveno zavezništvo (ASPE)
Ministrstvo za zdravje: Glavni delodajalec za javno zdravstvo	Panhelenska zveza zasebnih bolnišnic (PEIK)	Italijanska zveza bolnišnic in zdravstvenih agencij (FIASO)	Ministrstvo za zdravje: Javni sektor	Združenje delodajalcev za trgovino in storitve (CCP)	Ministrstvo za zdravje: Javni sektor
Organizacija državnih zdravstvenih služb: Javni sektor				Nacionalna konfederacija solidarnostnih institucij (CNIS)	

4. Sodelovanje socialnih partnerjev v strukturah socialnega dialoga EU

Pomen evropskega socialnega dialoga temelji na več členih Pogodbe o delovanju Evropske unije (PDEU)²⁰. V številnih primerih so **socialni partnerji dejavno sodelovali v sporazumih na ravni EU**.

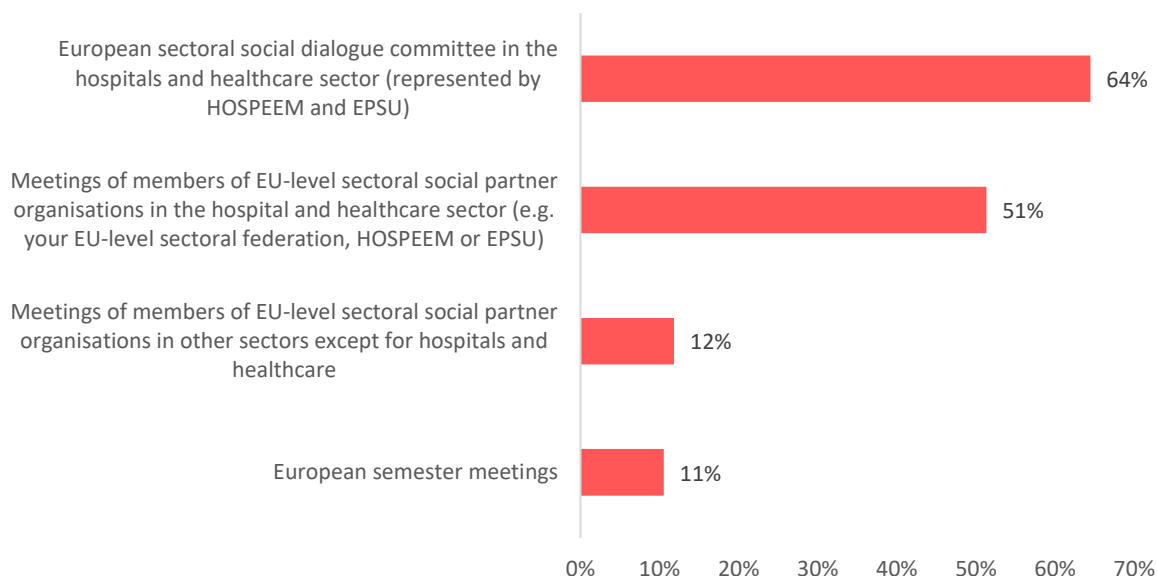
Spodaj predstavljene ugotovitve v zvezi z vključenostjo socialnih partnerjev v socialni dialog EU temeljijo na spletni anketi, ki je bila med aprilom 2019 in avgustom 2020 razposlana ustreznim socialnim partnerjem/organizacijam v štirinajstih ciljnih državah. Večina socialnih partnerjev, vključenih v anketo, neposredno sodeluje na srečanjih v okviru struktur socialnega dialoga EU. Omeniti moramo, da večina vprašanih predstavljajo predstavniki sindikatov²¹.

Trdno verjamem v vrednost socialnega dialoga med delodajalci in sindikati, ljudmi, ki najbolj poznajo svoj sektor in svojo regijo.

Ursula von der Leyen, predsednica Evropske Komisije

Od sodelujočih je **večina organizacij ciljnih držav sodelovala v strukturah socialnega dialoga na ravni EU, ki jih predstavljata EPSU in HOSPEEM ali medsektorska evropska organizacija**. Od vključenih jih 64 % neposredno sodeluje v Odboru EU za sektorski socialni dialog v sektorju bolnišnic in zdravstvenega varstva (SSDC HS) prek EPSU ali HOSPEEM, 51 % pa na srečanjih članov dveh partnerskih organizacij SSD na ravni EU v zadnjih štirih let. Dvanajst odstotkov, običajno združenja delodajalcev, je sodelovalo pri srečanju sektorskih organizacij socialnih partnerjev na ravni EU v drugih sektorjih. Na srečanjih evropskega semestra je sodelovalo le 11 % anketirancev.

Graf 1: Neposredno sodelovanje na sejah odborov struktur socialnega dialoga na ravni EU od leta 2015 (% , N = 76)



Vir: Raziskava o socialnem dialogu v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju
Opomba: možnost več odgovorov

Najpogostejši razlog za nesodelovanje v kateri koli strukturi socialnega dialoga na ravni EU je pomanjkanje finančnih zmogljivosti (30 %). Pomanjkanje osebnih zmogljivosti, pomanjkanje časa za sodelovanje na sestankih in vstopne ovire (neizpolnjevanje meril reprezentativnosti) so razlogi za neudeležbo pri 26 % oziroma 23 % anketirancev o socialnem dialogu na ravni EU. Poleg tega nekateri ne vidijo dodane vrednosti in napredka v izboljšanju socialnega in ekonomskega položaja po dolgoletnem članstvu v eni organizaciji EU (18 %). Na ne vključenost socialnih partnerjev iz ciljnih držav lahko **vpliva tudi njihova razdrobljenost na nacionalni ravni in/ali trenutno omejene neodvisne organizacije delodajalcev**.

²⁰Člen 152: Evropska unija priznava in spodbuja vlogo socialnih partnerjev na ravni Unije ob spoštovanju njihove avtonomije; Člen 154: Posvetovanje Komisije s socialnimi partnerji na ravni EU; Člen 155: Sporazumi, ki so jih sklenili socialni partnerji.

²¹Glejte prilogo Metodologija.

Tabela 3: Razlogi za neudeležbo v strukturah socialnega dialoga na ravni EU (% , N = 57)

Razlogi za neudeležbo	Odstotek
Pomanjkanje finančnih sredstev (visoki potni stroški, visoke članarine)	30%
Pomanjkanje osebnih zmogljivosti, pomanjkanje časa za sodelovanje na sestankih	26%
Ovire za vstop (neizpolnjevanje meril reprezentativnosti)	23%
Majhen pomen socialnega dialoga na ravni EU za dejavnosti naše organizacije	18%
Težave pri razumevanju vloge in delovanja socialnega dialoga na ravni EU	12%
Jezikovna ovira	11%

Vir: Raziskava o socialnem dialogu v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju

Opomba: možnost več odgovorov

EPSU zastopa večino sindikatov na evropski ravni in je edini priznani socialni partner v bolnišničnem sektorju. Medtem ko obstajajo druga evropska bolnišnična združenja, je HOSPEEM edini priznani evropski sektorski socialni partner, ki zastopa interes nacionalnih organizacij bolnišničnih delodajalcev. **Udeležba delodajalcev v strukturah socialnega dialoga na ravni EU je trenutno omejena.** Predstavniki nacionalnih sindikatov so pozvali nacionalne organizacije delodajalcev, naj postanejo člani HOSPEEM za vzpostavitev učinkovitega socialnega dialoga na ravni EU, saj številni sindikati v ciljnih državah v regiji nimajo zastopanih predstavnikov, ki bi razpravljali in se dogovarjali o instrumentih na ravni EU⁶.

V nekaterih državah (npr. na Češkem) se je nacionalni socialni dialog med pandemijo COVID-19 upočasnil, v drugih državah pa sta komunikacija in pogajanja med socialnimi partnerji minimalizirana. Razlog za to so bile tudi relativno pogoste kadrovske spremembe odgovornih vladnih organov. Na Hrvaškem in v Sloveniji pa je bil socialni dialog z ministrstvom relativno kakovosten⁶.

5. Sodelovanje socialnih partnerjev v evropskem semestru

Evropski semester (ES) je letni cikel upravljanja za spremljanje in uveljavljanje skladnosti s strogimi proračunskimi in strukturnimi reformami. **Poudarek na socialnih vidikih v ES se je pred kratkim okrepil s povezavo z evropskim stebrom socialnih pravic.** Zlasti osmo in 16. načelo navaja, da »se je treba s socialnimi partnerji posvetovati o oblikovanju in izvajanju ekonomskih, zaposlitvenih in socialnih politik v skladu z nacionalnimi praksami« in da se »spodbuja podpora povečani zmogljivosti socialnih partnerjev za spodbujanje socialnega dialoga«, kot tudi »Vsakdo ima pravico do pravočasnega dostopa do cenovno dostopnega, kakovostnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva.«

Priporočila za posamezne države (CSR) evropskega semestra odražajo pomen zdravstvenega sektorja in socialnega dialoga za fiskalno konsolidacijo, socialno kohezijo, obravnavanje revščine (zaposlenih) ter povečanje odpornosti in delovanja zdravstvenega sistema. **Posledično se poveča število držav članic (MS) EU, ki prejemajo priporočila za posamezne države, v povezavi z zdravstvenim varstvom:** 10 držav članic leta 2017, 15 držav članic leta 2019²². Od izbruha pandemije marca 2020 so se mehanizmi evropskega semestra prilagodili krizi in vzpostavili orodje za okrevanje in odpornost, ki bo usmerjalo države članice pri soočanju z zdravstvenimi krizami. Države članice so bile pozvane, naj predložijo svoje načrte za obnovo in odpornost. Sedanji postopek ocenjevanja s priporočili za posamezne države bo leta 2021 zamenjan s postopkom ocenjevanja načrtov za oživitve gospodarstva in odpornost²³.

Kriza je povečala potrebo po zavezanosti krepitvi socialne Evrope in evropskega stebra socialnih pravic z razvojem socialnega dialoga. Vloga socialnega dialoga je v celoti priznana kot temeljni element znotraj EU na različnih ravneh, saj v dialog vključuje evropske in nacionalne socialne partnerje. Podpora spodbujanja socialnega dialoga EU se odraža tudi v akcijskem načrtu evropskega stebra socialnih pravic s konkretnimi pobudami, kot so nov podporni okvir za sporazume socialnih partnerjev na ravni EU in nova nagrada za inovativne prakse socialnega dialoga ter nov strateški okvir za varnost in zdravje pri delu. Evropska komisija je predlagala nova boljše orodja za merjenje ovir in vrzeli pri dostopu do zdravstvenega varstva ter predstavila poročilo EU o dostopu do osnovnih storitev, hkrati pa je države članice spodbudila k vlaganju v zdravstveno delovno silo, izboljšanju delovnih pogojev in dostopu do usposabljanja.²⁴

²²Za določena priporočila za posamezne države glejte prilogo B.

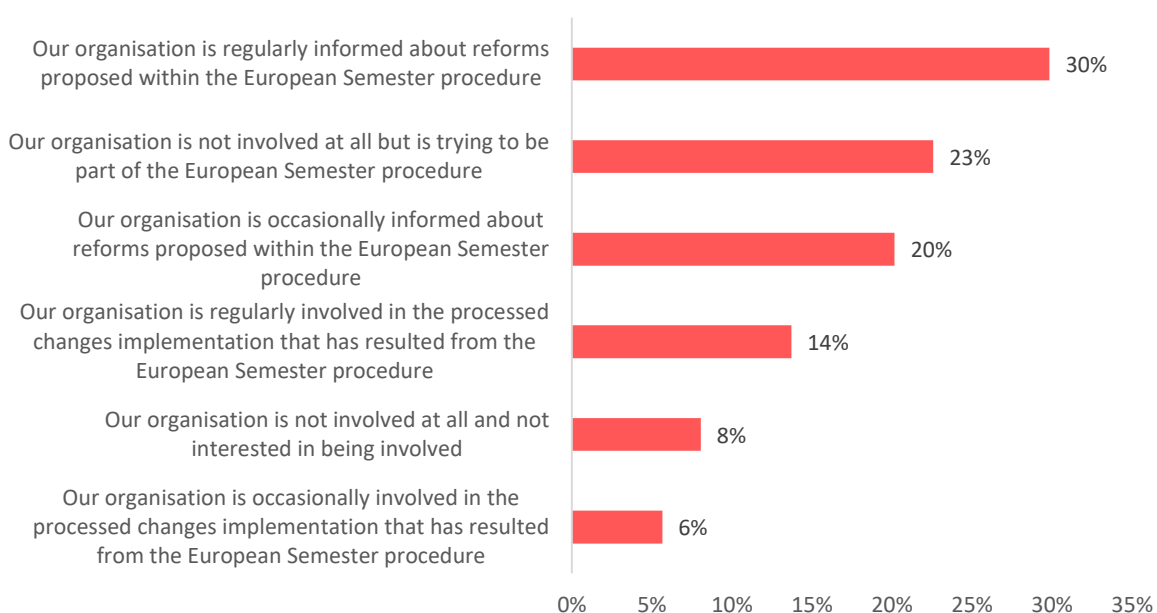
²³Egbert Holthuis, Evropska komisija, proces evropskega semestra: dejavnosti za razvoj in spodbujanje vključevanja nacionalnih sektorskih socialnih partnerjev; prispevek na regionalnem spletnem seminarju 20. aprila 2021.

²⁴Predstavitel Jana Behrens (GD EMPL A2 socialni dialog): Socialni dialog na ravni EU, na regionalnem spletnem seminarju 20. aprila 2021.

Visoka stopnja zavzetosti Evropske komisije in izvajanje načel evropskega stebra socialnih pravic v številnih pobudah, nacionalnim socialnim partnerjem ponujata nove priložnosti in navdih za uporabo virov za razvoj strategij in krepitev socialnega dialoga v državah članicah, kot so na primer preoblikovanje pobud načrtov v vsakodnevno delo in posredovanje interesov navzgor, izzivi povezani z delovnimi pogoji, vprašanja zdravja in varnosti v bolnišnicah, migracije zdravstvenih delavcev in težave s kolektivnimi pogajanja na ravni EU, ki jih je treba obravnavati in integrirati v nadaljnje načrte in krepitev socialnega dialoga na ravni EU v bolnišničnem sektorju²⁵.

Mehanizmi evropskega semestra so platforma, ki lahko razkrije pomanjkljivosti na osnovi dejstev, in jih nato posreduje ustreznim odborom na ravni EU za iskanje rešitev. V tem procesu je sodelovanje socialnih partnerjev ključno. Finančna pomoč Evropske komisije bo podprla prizadevanja socialnih partnerjev pri njihovih zavezah, da bi opredelili prednostne naloge na ravni EU²⁶. Čeprav je **trenutna vključenost socialnih partnerjev v postopek evropskega semestra omejena**, je 30 % organizacij redno obveščenih o priporočenih reformah. Drugih 23 % se zanima ali poskuša sodelovati v procesu evropskega semestra. 20 % socialnih partnerjev je občasno obveščenih, le 14 % redno in 6 % včasih vključenih v proces. Te ugotovitve lahko podprejo ponavljajoče raziskave, ki jih izvaja Eurofound o vključevanju nacionalnih socialnih partnerjev pri oblikovanju politik.²⁷

Graf 2: Načini sodelovanja socialnih partnerjev v postopku evropskega semestra (% , N = 124)



Vir: Raziskava o socialnem dialogu v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju

Razprave na regionalnem spletnem seminarju so pokazale, da je primarna odgovornost za dobro udeležbo na nacionalni ravni še vedno v rokah države članice. Vendar pa imajo v nekaterih državah socialni partnerji le omejeno možnost posredovanja v procesu evropskega semestra in se pritožujejo, da so izključeni iz postopka⁶. HOSPEEM in EPSU zagotavljata prostor za izmenjavo in krepitev dobre prakse; torej socialni dialog na nacionalni in ravni EU. V tej povezavi slovenski socialni partnerji pozivajo k intenzivnejši podpori EPSU nacionalnim partnerjem za vključitev v proces semestra EU.

6. Prednostne naloge socialnih partnerjev, ki jih je treba posredovati na ravni EU

Socialni partnerji navajajo svoje prednostne naloge, ki jih želijo izraziti na ravni EU, na primer s članstvom v ustrezni organizaciji socialnih partnerjev na ravni EU v bolnišničnem in zdravstvenem sektorju. V raziskavi so socialni partnerji razkrili svoje prednostne naloge, ki bi jih želeli sporočiti na ravni EU v okviru socialnega dialoga. Teme segajo od obsežnih, splošnih strukturnih problemov, kot so povečane naložbe v zdravstveno varstvo, varnost in zdravje pri delu in delovne razmere, ter zadrževanje delovne sile do usklajevanja dela in družine. Vendar pa so pomanjkanje zdravstvene delovne sile, obravnavanje privlačnosti sektorjev ter izboljšanje politik zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce skupne teme večine socialnih partnerjev iz ciljnih držav, ki so bile vključene v raziskavo. Za variabilnost odgovorov navajamo vse prioritete, ki se verodostojno razkrivajo v naslednjih treh tabelah.

²⁵Na podlagi razprave na razširjeni delavnici 16. junija 2021.

²⁶Jan Behrens, uradnik za politiko, Evropska komisija na razširjeni delavnici, 16. junija 2021.

²⁷Eurofound (2020), Sodelovanje nacionalnih socialnih partnerjev pri oblikovanju politik – 2019, Urad za publikacije Evropske unije, Luksemburg.

Tabela 4: Prednostne naloge, ki jih je treba sporočiti na ravni EU

Prednostne naloge		
Država	Sindikati	Organizacije delodajalcev
Romunija	<ul style="list-style-type: none"> Delovni pogoji – predpisi o plačah in dodatkih; Delovni čas, kadrovske norme; Poenotenje usposabljanja medicinskega osebja; Izboljšanje predstavnikov socialnih partnerjev in kolektivnih pogodb. 	Informacije niso na voljo
Madžarska	<ul style="list-style-type: none"> Plače, zlasti minimalna plača na evropski ravni; Zakonodaja o delovnem času v povezavi s preobremenjenostjo pri delu; Usklajevanje dela in družine 	Migracija delovne sile in povezano pomanjkanje delovne sile*
Poljska*	<ul style="list-style-type: none"> Povečanje števila medicinskih sester v bolnišnicah za zagotavljanje varnosti pacientov; Finančne zahteve, povezane s povišanjem plač, zlasti za medicinske sestre; Zadrževanje osebja v kontekstu nenehnih sprememb v organizaciji bolnišničnega sektorja; 	<ul style="list-style-type: none"> Zmanjševanje razlik v rasti plač med zdravniki in medicinskimi sestrami; Povečanje naložb v zdravstveno varstvo
Bolgarija	<ul style="list-style-type: none"> Plače zdravnika specialista – podpora enotni minimalni plači v EU; Problemi zdravja in varnosti – nasilje tretjih oseb in psihosocialna tveganja; Zadrževanje delovne sile 	<ul style="list-style-type: none"> Čezmejni dostop do zdravstvenih storitev; Več priložnosti za sodelovanje na ravni EU.
Ciper	<ul style="list-style-type: none"> Pomanjkanje osebja in sredstev za zdravstveno nego (zlasti v zasebnih bolnišnicah); Reforma zdravstvenega sektorja (splošni zdravstveni sistem in avtonomija javnih bolnišnic); Zmanjšan državni proračun za zdravstveni sektor v povezavi z EU-28; Poklicni razvoj in vseživljenjsko učenje. 	<ul style="list-style-type: none"> Pomanjkanje negovalnega osebja Trajnost nacionalnega zdravstvenega sistema; Funkcionalna in finančna avtonomija javnih bolnišnic; Izvajanje skupnega pravnega in regulativnega okvira za javni in zasebni zdravstveni sektor.
Grčija	<ul style="list-style-type: none"> Pomanjkanje osebja in delovna vprašanja; Motnje primarnih struktur z ustrežno opremo; Zdravniki specialisti za centralno; strukturno-medicinsko tehnološko opremo; Medomrežno povezovanje s podobnimi sistemi v tujini; Zdravstveno varstvo pri tveganih poklicih. 	<ul style="list-style-type: none"> Povečanje financiranja zdravstvenega sistema s 5 % na 8 % BDP; Enako obravnavanje javnega in zasebnega sektorja; Zmanjšanje birokracije Metoda obračunavanja stroškov (DRG'S, ICD 10), financiranje naložb v obstoječe zasebne bolnišnice; Minimalni standardi delovanja za zagotavljanje varnih zdravstvenih storitev.
Italija	<ul style="list-style-type: none"> Kolektivna pogajanja; Zaposlovanje v zdravstvenem sektorju; Dialog s sektorskimi sindikati; Delovni pogoji Varnost in zdravje pri delu Usklajevanje dela in družine; Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce. 	<ul style="list-style-type: none"> Vseživljenjsko učenje in stalni strokovni razvoj; Organizacija dela; Digitalizacija delovnih mest/digitalnih spretnosti; Poklicno izobraževanje in usposabljanje; Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce.
Malta	<ul style="list-style-type: none"> Kolektivna pogajanja; Zasebno partnerstvo; Pravice zaposlenih v zdravstvenem okolju; Primeri izgorevanja na delovnem mestu; Usklajevanje dela in družine. 	<ul style="list-style-type: none"> Napotitev delavcev; Privlačnost sektorja za mlade delavce.
Portugalska	<ul style="list-style-type: none"> Kolektivna pogajanja; Izboljšanje spretnosti medicinskih sester; Poklicno napredovanje; Čezmejno priznavanje poklicnih kvalifikacij. 	<ul style="list-style-type: none"> Konvergenca EU; Varnost in zdravje pri delu Delovni pogoji Staranje delovne sile; Poklicno izobraževanje in usposabljanje; Priznavanje spretnosti na nacionalni ravni; Nadaljevanje poklicnega razvoja in vseživljenjskega učenja.
Španija	<ul style="list-style-type: none"> Delovni pogoji in pogoji zaposlovanja, zlasti delovni dan in plače; Zdravje in varnost pri delu z vidika spola; 	<ul style="list-style-type: none"> Uvajanje tehnologije; * Zakonodaja o priznavanju nekaterih zdravstvenih strokovnjakov, kot so embriologi; Dolg čakalni seznam za presejanja.

Država	Prednostne naloge	
	Sindikati	Organizacije delodajalcev
	<ul style="list-style-type: none"> Razmerja zdravstvenih delavcev; razmerje med medicinsko sestro in bolnikom ter varnostjo bolnika; Digitalizacija; Izpostavljenost strupenim in biološkim dejavnikom, preprečevanje tveganja; Poklicni razvoj in zadrževanje osebja; Validacija študija in poklicev. 	
Hrvaška	<ul style="list-style-type: none"> Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce Varnost in zdravje pri delu Plače v zdravstvu, še posebej za medicinske sestre Delovni pogoji Usposabljanje osebja Materialne pravice zdravstvenih delavcev“ Pravice in obveznosti Nadure Kolektivne pogodbe Pomanjkanje zdravstvenih delavcev 	<ul style="list-style-type: none"> Vse pregledane teme; Sinergija zasebnega in javnega zdravstvenega varstva Varnost pri delu
Češka republika	<ul style="list-style-type: none"> Prejemki zaposlenih v zdravstvenih in socialnih storitvah Varnost in varovanje zdravja pri delu Zaščita in varnost osebja Socialni dialog z delodajalci ter oblikovanje sporazumov in smernic Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce Delovni pogoji 	<ul style="list-style-type: none"> Direktiva o delovnih pogojih; Evropska minimalna plača; Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce; Privlačnost sektorja za mlade delavce.
Slovaška	<ul style="list-style-type: none"> Delovni pogoji in Usklajevanje dela in družine Nadaljevanje poklicnega razvoja in vseživljenjskega učenja Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce Pomanjkanje osebja in povečanje vrednosti dela medicinskih sester 	<ul style="list-style-type: none"> Spodbujanje interesov članic pri razdelitvi strukturnih skladov EU (ASN); Ustvarjanje dostojnih pogojev za zaposlene (ASN); Povišanje plačil za državne zavarovance (ASL SR)²⁸.
Slovenija	<ul style="list-style-type: none"> Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce Varnost in zdravje pri delu Delovni pogoji Privlačnost sektorja za mlade delavce Zagotavljanje učinkovitega javnega zdravja Standardi zdravstvenega osebja v zdravstvenem varstvu Sistem nagrajevanja v zdravstvu Delovni čas 	Informacije niso na voljo

Vir: Anketa o socialnem dialogu v bolnišničnem in zdravstvenem sektorju*Na podlagi teoretične raziskave

²⁸Na osnovi teoretičnih raziskav (od februarja 2021)

Anketiranci so imeli možnost na lestvici od 1 do 5 razvrstiti našete teme, ki jih je treba obravnavati na ravni socialnega dialoga v EU (pet je najvišje ocenjena prioriteta). Teme z najvišjo oceno so delovni pogoji na splošno (povprečje 4,7) ter varnost in zdravje pri delu (povprečje 4,6). Tretjo najvišjo oceno (povprečje na 4,3) je prejela politika nenehnega strokovnega razvoja in vseživljenjskega učenja, zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce ter usklajevanja dela in družine. Nobena od naštetih prednostnih nalog ni bila ocenjena z manj kot 3 točkami, kar kaže na pomembnost vseh tem.

V nekaterih državah se najvišje ocenjene teme delodajalcev nekoliko razlikujejo od sindikalnih. Delodajalci se morajo na primer osredotočiti na poklicno izobraževanje in usposabljanje (povprečje 4,8), nenehni poklicni razvoj in vseživljenjsko učenje (4,6) ter staranje delovne sile v južnih državah. Po drugi strani želijo sindikati nasloviti delovne pogoje (4,5), varnost in zdravje pri delu (4,5) ter usklajevanje dela in družine (4,3).

Tabela5: Prednostne naloge organizacij z najvišjo oceno (% , N = 101)

Prednost	Ocena 4	Ocena 5	Povprečje
Delovni pogoji	12%	78%	4,7
Varnost in zdravje pri delu	15%	74%	4,6
Nadaljevanje poklicnega razvoja in vseživljenjskega učenja	29%	54%	4,3
Politike zaposlovanja in zadrževanja za vse zdravstvene delavce	22%	57%	4,3
Usklajevanje dela in družine	31%	51%	4,3
Poklicno izobraževanje in usposabljanje	29%	49%	4,2
Priznavanje spretnosti na nacionalni ravni	28%	49%	4,1
Digitalizacija delovnih mest/digitalne spretnosti	29%	47%	4,1
Čezmejno priznavanje poklicnih kvalifikacij	28%	42%	4,0
Privlačnost sektorja za mlade delavce	26%	43%	4,0
Starajoča delovna sila	24%	38%	3,9
Mobilnost zdravstvenih delavcev v EU	31%	29%	3,7

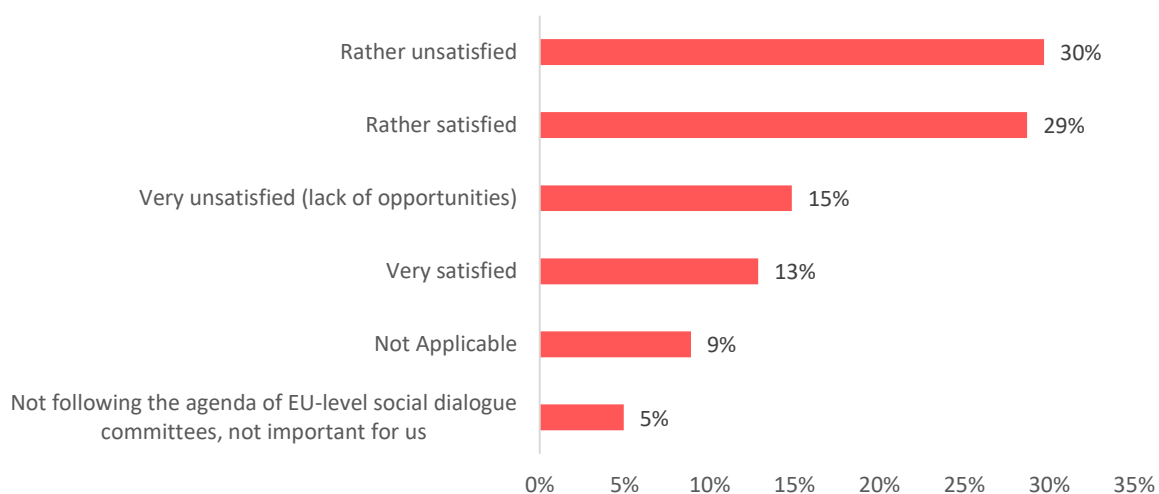
Vir: Raziskava o socialnem dialogu v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju

Opomba: Vprašanje je bilo: »Ali menite, da je katera od spodaj navedenih tem prednostna za vašo organizacijo? Ocenite vsako možnost od 1 do 5, kjer 1 predstavlja najnižjo prednost, 5 pa najvišjo.«

Glede na zadovoljstvo s priložnostmi za obravnavo prednostnih nalog socialnega dialoga na ravni EU, ugotovitve kažejo, da je prostor za izboljšave v povezavi s sodelovanjem nacionalnih organizacij, ustvarjanje bolj angažiranega in sodelujočega okolja za nacionalne partnerje na ravni EU. Tretjina vprašanih je precej nezadovoljna s priložnostmi, 15 % vidi celo pomanjkanje priložnosti, da bi svoje prioritete predložili na ravni EU. Po drugi strani pa je 42 % vprašanih precej ali zelo zadovoljnih (29 % oziroma 13 %).

Razlogi za nezadovoljstvo z možnostmi sporočanja prednostnih nalog prek socialnega dialoga na ravni EU so pomanjkanje finančnih sredstev (58 %) in človeških/kadrovskih virov (51 %). Štirideset odstotkov vprašanih je odgovorilo, da nimajo nobene povezave z organizacijami na ravni EU. Vendar 18 % vprašanih meni, da se njihove prednostne naloge razlikujejo od prednostnih nalog socialnih partnerjev na ravni EU v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju.

Graf 3: Zadovoljstvo s priložnostmi za obravnavo prednostnih nalog socialnega dialoga na ravni EU (% , N= 101)



Vir: Raziskava o socialnem dialogu v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju

Opomba: Vprašanje je bilo: »Kako ste zadovoljni s trenutnimi priložnostmi za obravnavo tem, ki ste jih v prejšnjem vprašanju v odboru za sektorski socialni dialog na ravni EU v bolnišnicah in zdravstvu ocenili kot najbolj prednostne (oceni 4 in 5)? Izberite eno možnost.«

Na podlagi raziskave socialni partnerji na ravni EU pričakujejo: 1) podporo za močnejši vpliv na nacionalne politike v zdravstvenem sektorju (78 %) in 2) podporo pri domačih kolektivnih pogajanjih (npr. pogajanja o plačah) (65 %). Ti dve najbolj glasni pričakovanji razkrivata, da morajo nacionalni socialni partnerji povečati svoj vpliv na nacionalni ravni. Strukture socialnega dialoga na ravni EU naj bi bile v tem smislu podporne. Petinpetdeset odstotkov vprašanih pričakuje krepitev zmogljivosti – zagotavljanje konkretnih napotkov za krepitev socialnega dialoga in kolektivnih pogajanj v bolnišnicah in zdravstvu v naši državi ter 52 % večje priznanje interesov naše organizacije in vključitev v agendo socialnega dialoga na ravni EU.

Preglednica 5: Pričakovanja organizacij od struktur socialnega dialoga na ravni EU (% , N= 95)

Pričakovanja	Odstotek
Podpora socialnih partnerjev na ravni EU naši organizaciji za močnejši vpliv na politike zdravstvenega sektorja v naši državi	78%
Podpora pri domačih kolektivnih pogajanjih (npr. pogajanja o plačah)	65%
Izgradnja zmogljivosti – zagotavljanje posebnih smernic, kako okrepiti socialni dialog in kolektivna pogajanja v bolnišnicah in zdravstvu naše države	55%
Večje priznavanje interesov naše organizacije in vključitev v agendo socialnega dialoga na ravni EU	52%
Zagotoviti prostor za mreženje in izmenjavo izkušenj	47%

Vir: Raziskava o socialnem dialogu v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju

Opomba: vprašanje je bilo – Kakšna so vaša pričakovanja za strukture socialnega dialoga na ravni EU v bolnišničnem in zdravstvenem sektorju? Med spodnjimi možnostmi izberite tri najbolj relevantna pričakovanja.

Pandemija COVID-19 je spremenila prioritete socialnih partnerjev in še bolj zaostrila nujnost določenih problemov, ki so bili očitni že pred krizo. Socialni partnerji iz Hrvaške, Slovenije, Češke in Slovaške, ki so imeli priložnost razpravljati o prednostnih nalogah med in po drugem valu pandemije, so pokazali, da so se težave, ki dalj časa niso bile naslovljene, v času pandemije povečale. Najbolj kritično je postalo pomanjkanje osebja. Zdravstvena in varnostna vprašanja so dobila dodatne razsežnosti pri preprečevanju in nadzoru okužb ter razpoložljivosti osebne zaščitne opreme. Na Hrvaškem in v Sloveniji se je pomen duševnega zdravja med krizo še okrepil⁶.

Razprava na regionalni delavnici s srednjeevropskimi državami je odkrila novo temo, ki jo je treba posredovati na ravni EU. Oba socialna partnerja pozivata k povečanju naložb iz načrtov za oživetev in odpornost, ki so bili posredovani na nacionalni ravni (HR, SK). Udeleženci delavnice so menili, da je njihova vključenost v posvetovalni proces načrta sanacije nezadostna. Priložnosti za pogajanja o pravičnem deležu v socialnem dialogu na nacionalni ravni niso bile izkoriščene. Socialni partnerji so pogosto izključeni iz procesa. Nezadovoljstvo z odstotkom naložb, določenim na nacionalni ravni, daje socialnim partnerjem na ravni EU prostor za ukrepanje.

Predstavniki romunskih sindikatov so razkrili, da so možnosti vplivanja na ukrepe v času pandemije in reševanje negotovih delovnih razmer v zdravstvu s sedanjo vlado minimizirane. Tako bi upoštevala poziva sindikatov k ustreznim oskrbam z osebno zaščitno opremo, dostopu do cepiva in dvigu plače. Skoraj vse bolnišnice so se preoblikovale v bolnišnice za Covid, kar ogroža zdravje drugih bolnikov²⁴.

Tudi Španija je potrdila omejeno sodelovanje v socialnem dialogu in nizke naložbe v zdravstveno varstvo, kar je povzročilo številne pomanjkljivosti. Po drugi strani pa je Hrvaška zadovoljna s socialnim dialogom med pandemijo, ki vodi do 10-odstotnega povišanja plač. V Italiji potekajo pogajanja s socialnimi partnerji kljub pandemiji. Na kolektivna pogajanja Covid-19 ni negativno vplival. Agencija ARAN je uspela zaključiti različna javna naročila, kot so nacionalne kolektivne pogodbe o »lokalnih funkcijah« in o »zdravstvu«, trenutno pa dela na nacionalni kolektivni pogodbi »centralne funkcije«²⁵.

7. Zaključek

V končnem poročilu so predstavljene ugotovitve o vključenosti socialnega partnerja v socialni dialog na ravni EU, v končnem poročilu so predstavljene ugotovitve o vključenosti socialnega partnerja v socialni dialog na ravni EU in prednostne naloge, ki jih je treba obravnavati na ravni EU za Bolgarijo, Madžarsko, Poljsko, Romunijo, Ciper, Grčijo, Italijo, Malto, Portugalsko, Španijo, Hrvaško, Češko, Slovaško in Slovenijo.

Skupne značilnosti ciljnih držav so, da so njihovi izdatki za zdravstveno varstvo dolgoročno pod povprečjem EU-27, pomanjkanje osebja pa povzroča posledično povečanje delovne obremenitve in ogroža varnost bolnikov in osebja. Poleg tega je migracija zdravstvenih delavcev, zlasti v zahodne in severne države, gospodarski in družbeni izziv za vse ciljne države. Pomanjkanje delovne sile povzroča negotovo delovno silo, za katero so značilni dolgi delovni časi in povečanje števila nočnih izmen ter ponovno zaposlovanje upokojenih delavcev. Delovni pogoji v času krize COVID-19 so pokazali, da je za učinkovito reševanje izzivov na nacionalni in evropski ravni treba sprejeti usklajene in vključujoče ukrepe. Posledično je postala zastopanost socialnih partnerjev v evropskem sektorskem socialnem dialogu in njihova vključenost v evropski semester bistvenega pomena.

Socialne partnerje na nacionalni ravni spodbujamo, da sledijo visoki zavezi Evropske komisije za socialno Evropo in prispevajo k iskanju rešitev za pereče izzive v zdravstvu. Po drugi strani pa so pobude na ravni EU lahko vir informacij in navdiha za razvoj strategij in krepitev socialnega dialoga v državah članicah.

Izkaže se, da je zastopanost socialnih partnerjev razdrobljena, ter raznolika glede na poklice in zasebni/javni zdravstveni sektor. Te skupne značilnosti v večini ciljnih držav dopolnjuje pomanjkanje uradnega primerka. Večina organizacij ciljnih držav je sodelovala v strukturah socialnega dialoga na ravni EU, ki jih predstavljata EPSU in HOSPEEM ali druga medsektorska evropska organizacija. Udeležba delodajalcev v strukturah socialnega dialoga na ravni EU je trenutno omejena.

Čeprav mnoge države članice EU prejemajo priporočila za posamezne države, povezane z zdravstvenim varstvom v okviru evropskega semestra, je sodelovanje socialnih partnerjev omejeno. Socialni partnerji so razkrili svoje prednostne naloge, ki jih želijo sporočiti na ravni EU v okviru socialnega dialoga. Teme segajo od obsežnih, splošnih strukturnih problemov, kot so večje naložbe v zdravstveno varstvo na splošno, varnost in zdravje pri delu in delovni pogoji, zadrževanje delovne sile in usklajevanje dela in družine, do razprav o evropski direktivi o minimalnih plačah. Najvišje ocenjene teme so delovni pogoji ter varnost in zdravje pri delu, povezani z dolgoletnimi izzivi pomanjkanja zdravja in slabšanja delovnih razmer.

Sodelovanje nacionalnih organizacij bi bilo mogoče izboljšati, kar bi ustvarilo bolj angažirano in participativno okolje za nacionalne partnerje na ravni EU. Na podlagi raziskave imajo socialni partnerji jasna pričakovanja na osnovi socialnega dialoga na ravni EU. Nacionalni socialni partnerji morajo povečati svoj vpliv na nacionalni ravni, da bi imeli večji vpliv na nacionalne politike v zdravstvenem sektorju. In pričakuje se, da jih bodo strukture socialnega dialoga na ravni EU podpirale.

Naslednji koraki socialnih partnerjev na ravni EU bodo privedli do več dela na pobudah za zaposlovanje in zadržanje ter natančneje preučili programe za krepitev zmogljivosti, ki bi pomagali povečati politično podporo socialnemu dialogu.

Priloga

A. Metodologija

Uporabljena je bila kombinirana metodologija:

- a) Teoretična raziskava, ki je bila osredotočena na identifikacijo socialnih partnerjev v bolnišničnem in zdravstvenem sektorju, njihove značilnosti in študije o nacionalnem socialnem dialogu in evropskem semestru,
- b) Prilagojena spletna raziskava, posvečena socialnemu dialogu v zdravstvenem sektorju, je sestavljena iz 23 vprašanj in je strukturirana na štiri področja:
 - (1) Identifikacija organizacij;
 - (2) Sodelovanje v socialnem dialogu na nacionalni ravni in na ravni EU ter v evropskem semestru;
 - (3) Prednostne naloge in teme, ki jih je treba posredovati na ravni EU;
 - (4) Zadovoljstvo s priložnostmi za obravnavanje prednostnih nalog in pričakovanja struktur socialnega dialoga na ravni EU.

Anketa je bila prevedena v nacionalne jezike in distribuirana na spletu prek sistemov Survey Monkey. K izpolnjevanju ankete so večkrat povabili različne organizacije, tako sindikate kot organizacije delodajalcev. Struktura vprašanih, ki so sodelovali v raziskavi, je bila:

Skupni vzorec	Odstotek	Številka
Skupno število vprašanih	100%	181
Vrsta organizacije		
Organizacija delodajalcev	6,6%	12
Sindikati	87,9%	159
Drugo	5,5%	10
Položaj vprašanega v organizaciji		
Predsednik	20,7%	35
Podpredsednik	4,7%	8
Generalni sekretar	4,7%	8
Član predsedstva	29,0%	49
Član osebja	16,0%	27
Drugo	25,0%	42
Država		
Bolgarija	1,20%	2
Hrvaška	5,99%	10
Ciper	1,80%	3
Češka republika	2,40%	4
Grčija	5,39%	9
Madžarska	2,99%	5
Italija	3,59%	6
Malta	2,40%	4
Poljska	2,40%	4
Portugalska	2,40%	4
Romunija	59,88%	100 ²⁹
Slovaška	4,19%	7
Slovenija	2,40%	4
Španija	2,99%	5

²⁹Visoko število vprašanih iz Romunije je posledica distribucije raziskave na regionalne sindikate

- c) Analiza razprave na regionalnih delavnicah: Razpravo na delavnici je omogočila vnaprej pripravljena struktura; pripravljene zapiski, združeni v povzetek ugotovitev, ki dopolnjujejo rezultate ankete in teoretične raziskave.

Obdobja raziskovalnih faz za posamezne skupine držav

Države	Teoretična raziskava	Zbiranje podatkov iz ankete	Analiza spletne delavnice
BG, HU, PL, RO	Od aprila do julija 2019	Od aprila do junija 2019	Regionalna delavnica v Bukarešti junija 2019
CY, EL, IT, PT, MT, ES	Od julija do novembra 2019	Od julija do novembra 2019	Regionalna delavnica v Rimu novembra 2019
HR, CZ, SK, SI	Od februarja do avgusta 2020	Od februarja do avgusta 2020	Spletna regionalna delavnica aprila 2021

B. Priporočila za posamezne države v okviru evropskega semestra

Spodnja tabela opisuje štiri ciljne države, priporočila za posamezne države, ter druga vključena priporočila s področij zdravstvene in socialne politike. Opozoriti je treba, da so spodnje informacije izvlečki priporočil države, sprejeti julija 2020.

Področja priporočil	Bolgarija	Madžarska	Poljska	Romunija
Zdravstvena politika				
Zdravstveni sistem in infrastruktura	<ul style="list-style-type: none"> Značilna javna poraba; Omejen dostop do zdravstvenega varstva zaradi neenakomerne porazdelitve omejenih virov in nizkega zdravstvenega zavarovanja; Velik delež neposrednih plačil. 	<ul style="list-style-type: none"> Neustrezno presejanje in primarna oskrba; Javna poraba pod povprečjem EU; Državljeni se za dostop do kakovostnih storitev zanašajo na neposredna plačila; Sistem je osredotočen na bolnišnice, a šepa pri primarni oskrbi. 	<ul style="list-style-type: none"> Neizpolnjene potrebe po zdravstvenih storitvah so se zmanjšale, vendar v EU kljub temu ostajajo visoke; Čakalne dobe so se od leta 2010 bistveno podaljšale; Razvit zemljevid zdravstvenih potreb, vendar ni postal orodje za pomoč pri sprejemanju odločitev; Zdravstveni sistem je preveč osredotočen na zagotavljanje bolnišnične oskrbe; Primarna in ambulantna oskrba ostajata še vedno nerazviti. 	<ul style="list-style-type: none"> Slabo financiranje, neučinkovita uporaba javnih sredstev in pomanjkanje reform omejujejo učinkovitost zdravstvenega sistema; Visoka razširjenost neformalnih plačil; Omejen dostop do zdravstvenih storitev za osebe, ki živijo na podeželju, in ranljive skupine;
	Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšan dostop do zdravstvenih storitev, vključno z zmanjšanjem neposrednih plačil in naslavljanjem pomanjkanja zdravstvenih delavcev.	Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšanje zdravstvenih rezultatov s podpiranjem preventivnih zdravstvenih ukrepov in krepitvijo primarne zdravstvene oskrbe		Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšanje dostopa do zdravstvenega varstva in stroškovna učinkovitost, vključno s prehodom na ambulantno oskrbo
Pomanjkanje zdravstvenih delavcev	<ul style="list-style-type: none"> Nizka razpoložljivost zdravnikov omejuje izvajanje primarne zdravstvene oskrbe; Znatno pomanjkanje števila medicinskih sester na prebivalca, ki je med najnižjimi v EU. <p>Priporočilo: Hitrejša in učinkovitejša izvajanje nacionalne zdravstvene strategije bi pomagalo odpraviti te slabosti.</p>	Znatno pomanjkanje zdravstvenega osebja, zlasti splošnih zdravnikov in medicinskih sester, kar onemogoča oskrbo na revnejših območjih	<ul style="list-style-type: none"> Nizka poraba in pomanjkanje osebja vplivata na dostop do zdravstvenega sistema in njegovo učinkovitost; Razmerje zdravnikov in medicinskih sester glede na število prebivalcev je med najnižjimi v EU, saj je ¼ zdravstvenega osebja preseglata starost za upokojitve; 	Primanjkovalje zdravstvene delovne sile, zlasti zaradi odseljevanja zdravnikov in medicinskih sester
Socialna politika				
Spretnosti	Priporočilo: Okrepitev zaposljivosti s krepitvijo spretnosti, vključno z digitalnimi veščinami.	Priporočilo: Razvoj digitalnih spretnosti bi pomagalo izboljšati zaposljivost	Pomanjkanje digitalnih veščin, pismenosti in računanja Priporočila za posamezne države – CSR: Spodbujanje kakovostnega izobraževanja in spretnosti, ki so pomembne za trg dela, zlasti z izobraževanjem odraslih	Ne razvija se v skladu s potrebami širitvenih gospodarskih sektorjev ³⁰

³⁰81 % delodajalcev ima težave pri zapolnjevanju prostih delovnih mest

Področja priporočila	Češka republika	Hrvaška	Slovenija	Slovaška
Zdravstvena politika				
Zdravstveni sistem in infrastruktura	<p>Trenutna kriza je pokazala potrebo po načrtih pripravljenosti na krize v zdravstvenem sektorju, ki vključujejo izboljšane nabavne strategije, raznovrstne dobavne verige in strateške rezerve osnovnih zalog. To so ključni elementi za razvoj širših načrtov pripravljenosti na krize.</p> <p>Priporočilo: Zagotavljanje odpornost zdravstvenega sistema, okrepitev razpoložljivosti zdravstvenih delavcev, primarnega zdravstvenega varstva in integracija oskrbe ter uvajanje storitev e-zdravstva.</p>	Izboljšanje odpornosti zdravstvenega sistema. Spodbujanje uravnotežene geografske porazdelitve zdravstvenih delavcev in ustanov, tesnejšega sodelovanja med vsemi ravni uprave in naložbe v e-zdravje	Zagotavljanje odpornost sistema za zdravje in dolgotrajno oskrbo, vključno z zagotavljanjem ustrezne oskrbe s kritičnimi medicinskimi izdelki in obravnavanjem pomanjkanja zdravstvenih delavcev.	Okrepitev odpornosti zdravstvenega sistema, glede na zdravstvene delavce, kritične medicinske proizvode in infrastrukturo. Izboljšanje zagotavljanje osnovne oskrbe in usklajevanje vrst oskrbe.
Socialna politika				
Spretnosti	Podpiranje zagotavljanja veščin, vključno z digitalnimi veščinami in dostopom do digitalnega učenja.	Povečanje dostopa do digitalne infrastrukture in storitev. Spodbujanje pridobivanja znanj in spretnosti.	Spodbujanje digitalne zmogljivosti podjetij in razvoj digitalnih veščin, e-trgovine in e-zdravja.	Okrepitev digitalnega znanja. Zagotovitev enakega dostopa do kakovostnega izobraževanja.
Delovna sila	Podpiranje zaposlovanja z aktivnimi politikami trga dela	Okrepitev ukrepov in institucij trga dela ter izboljšanje ustreznosti nadomestil za brezposelnost in shem minimalnega dohodka.	Zagotavljanje ustreznega nadomestila dohodka in socialne zaščite. Omilitev vpliva krize na zaposlovanje, vključno s krepitvijo shem skrajšanega delovnega časa in fleksibilnih delovnih ureditev. Zagotavljanje, da ti ukrepi nudijo ustrezno zaščito za nestandardne delavce.	Zagotavljanje ustreznega nadomestila dohodka ter zagotavljanje dostopa do socialne zaščite in bistvenih storitev za vse

Področja priporočila	Ciper	Grčija	Italija	Malta	Portugalska	Španija
Zdravstvena politika	<p>Napredek na področju zdravstvenega varstva s sprejetjem zakonodaje za vzpostavitev novega nacionalnega zdravstvenega sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> teži k izboljšanju dostopa; uvedba splošnega zdravstvenega varstva; zmanjšanje visokega deleža neposrednih plačil; povečana učinkovitost zagotavljanja oskrbe v javnem sektorju; zagotavljanje finančne in operativne avtonomije javnih bolnišnic. <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Sprejem ukrepov za zagotovitev, da bo nacionalni zdravstveni sistem leta 2020 deloval, kot je bilo načrtovano, ob ohranitvi njegove dolgoročne vzdržnosti.</p>	<p>Daljnosežna reforma primarnega zdravstvenega sistema, ki se je začela leta 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> pomembna za zagotovitev dostopa; potrebne nadaljnje naložbe z uvajanjem lokalne zdravstvene enote. <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Osredotočanje na ekonomsko politiko, povezano z naložbami, na trajnostno zdravstveno varstvo, ob upoštevanju regionalnih razlik in potrebe po zagotavljanju socialne vključenosti;</p>	<p>Na splošno dober rezultat, vendar razlike v zagotavljanju zdravstvenega varstva po regijah vplivajo na:</p> <ul style="list-style-type: none"> dostop; lastniški kapital; učinkovitost; <p>možnosti za izboljšanje z:</p> <ul style="list-style-type: none"> boljšim upravljanjem; spremljanjem standardnih ravni storitev. <p>Priporočila:</p> <ul style="list-style-type: none"> Več oskrbe na domu in skupnosti ter dolgotrajne oskrbe za invalide in druge prikrajšane skupine; Geografske razlike, ki jih je treba upoštevati pri dostopnosti zdravstvenih storitev in dolgotrajne oskrbe. <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšanje učinkovitosti, dostopnosti in trajnosti zdravstvenega varstva</p>	<p>Trenutno stanje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Povečanje javne porabe v zdravstvenih sistemih, povezane s staranjem prebivalstva; Tveganje dolgoročnega povečanja dolga; Tekoči ukrepi za decentralizacijo storitev iz bolnišnic v primarno oskrbo; Obravnavanje dolge čakalne dobe s širitvijo zmogljivosti javne izvenbolnišnične oskrbe; Vse večje povpraševanje po dolgotrajni oskrbi; Uvedba novih vrst storitev v skupnosti in storitev na domu; Do zdaj sprejeti ukrepi ne vplivajo na fiskalno vzdržnost. <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Zagotavljanje fiskalne vzdržnosti zdravstvenega sistema, vključno z</p> <ul style="list-style-type: none"> omejevanjem predčasnega upokojevanja. Prilagajanjem zakonsko določene upokojitvene starosti glede na pričakovano podaljšanje pričakovane življenjske dobe. 	<ul style="list-style-type: none"> Nenehnimi pritiski na javne finance zaradi neugodnih demografskih gibanj. Spodbujanjem stroškovne učinkovitosti z večjim centraliziranim nakupovanjem in uporabo generičnih zdravil. Neustrezni, proračunski načrtovanjem in računovodski nadzor, ki ima za posledico visoke dolgove bolnišnic. Uvedbo novega modela upravljanja javnih bolnišnic za strukturno obravnavanje zaostalih plačil v letu 2019. <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšanje kakovosti javnih financ z določanjem prednostne porabe, ki spodbuja rast, hkrati pa okrepi splošen nadzor nad izdatki, stroškovna učinkovitost in ustreznost proračun, s poudarkom na trajnem zmanjšanju zaostalih plačil v bolnišnicah.</p>	
Socialna politika						
Spretnosti	<p>Dostop do kakovostnega izobraževanja in usposabljanja z doživljenjskimi vidiki, ki</p>	<p>Naraščajoče pomanjkanje veščin in neuskkljenost ter spreminjajoč se svet dela.</p> <p>Priporočila:</p>	<p>Upoštevanje v prihodnost usmerjenega pridobivanja spretnosti, vključno z ukrepi za spodbujanje učenja odraslih.</p>	<p>Dodatna prizadevanja za izboljšanje kakovosti in vključenosti v sisteme izobraževanja in usposabljanja, s posebnim</p>	<p>Raven veščin ostaja nizka za več skupin prebivalstva. Izboljšanje zaposljivosti in socialne mobilnosti z naložbami v izobraževanje,</p>	<p>Pomanjkanje in neuskkljenost znanj ovirajo razvoj in uporabo naprednih tehnologij, zlasti v malih in srednje velikih podjetjih.</p>

	<p>upoštevajo prihodnje potrebe.</p> <p>Priporočila:</p> <ul style="list-style-type: none"> Povečanje zmogljivosti poklicnega izobraževanja in usposabljanja; Povečanje vključenosti delodajalcev in udeležbo učencev v poklicnem izobraževanju in usposabljanju. <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšanje ustreznosti sistemov izobraževanja in usposabljanja za trg dela.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Povečanje zmogljivosti poklicnega izobraževanja in usposabljanja. Okrepitev in posodobitev sistemov izobraževanja in usposabljanja. 	<p>Priporočila:</p> <ul style="list-style-type: none"> Okrepitev privlačnosti učiteljskega poklica. Izpopolnjevanje, ki je še posebej potrebno za digitalna znanja in spretnosti. <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšanje rezultatov izobraževanja, tudi prek</p> <ul style="list-style-type: none"> ustrezne in ciljno usmerjene naložbe. Spodbujanje izpopolnjevanja digitalnih znanj in spretnosti. 	poudarkom na prikrajšanih skupinah.	<p>usposabljanje in infrastrukturo.</p> <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Izboljšanje ravni veččin prebivalstva, zlasti njihovo digitalno pismenost, tudi tako, da bo učenje odraslih bolj ustrezalo potrebam trga dela.</p>	<p>Zavlačevanje prizadevanj za reformo izobraževalnega sistema.</p> <p>Priporočila za posamezne države – CSR: Zmanjšanje zgodnjega opuščanje šolanja in povečanje sodelovanja med izobraževalnimi ustanovami in podjetji za izboljšanje spretnosti in kvalifikacij, pomembnih za trg dela, zlasti za informacijske in komunikacijske tehnologije.</p>
Plača		<p>Priporočilo: zaključek celovitejših reform socialnih prejemkov.</p>	<p>Neenakost dohodkov in tveganje za revščino sta velika, z velikimi regionalnimi in teritorialnimi razlikami.</p> <p>Razlika pri zaposlovanju med spoloma ostaja ena najvišjih v Uniji.</p> <p>Še vedno ni celovite strategije za spodbujanje udeležbe žensk na trgu dela.</p>		<p>Kljub zmanjšani dohodkovni neenakosti, še vedno bistveno višja od povprečja Unije. Ustreznost sheme minimalnega dohodka je med najnižjimi v Uniji.</p> <p>Priporočilo: Izboljšanje pokritosti, ustreznosti ali učinkovitosti mreže socialne varnosti, vključno s sistemi minimalnega dohodka</p>	<p>Regionalne razlike, predstavljene v regionalnih shemah minimalnega dohodka; Omejena prenosljivost med regijami zmanjšuje spodbude za mobilnost delovne sile.</p> <p>Priporočila:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vključevanje strategije teritorialnega razvoja, vključno z ukrepi za spodbujanje podjetništva, digitalizacije in socialne ekonomije. Odpravljanje vrzeli vključevanja v regionalnih shemah minimalnega dohodka.
Socialni dialog		<p>Učinkovit socialni dialog in odgovorno socialno partnerstvo lahko podpirata</p> <ul style="list-style-type: none"> okolje za izvajanje; odgovornost za trajnostne reforme. 	<p>Prvotno predvidena reforma kolektivnega pogajalskega okvira je bila namenjena bolj usklajevanju plač z gospodarskimi razmerami na regionalni ravni in ravni podjetij.</p> <p>Okvirni sporazum, podpisan s tremi glavnimi italijanskimi sindikati z namenom</p> <ul style="list-style-type: none"> razširitve pogajanj na drugi ravni; 			<p>Čeprav je priprava tristranskih okroglih miz dober korak k pomembnejšemu vključevanju socialnih partnerjev pri oblikovanju politike, obstaja prostor za bolj poglobljena in pravočasna posvetovanja.</p>

			<ul style="list-style-type: none">• povečanje pravne varnosti z določitvijo natančnejših pravil za zastopanje socialnih partnerjev pri pogajanjih;• vzpostavitev izboljšane algoritma za določanje najnižjih plač.			
--	--	--	---	--	--	--

Vir: Pregled, ki ga je pripravila skupina CELSI na podlagi priporočil za posamezne države v okviru evropskega semestra 2020

C. Seznam udeležencev na razširjeni delavnici

Priimek	Ime	Organizacija	Pripadnost	Država
Albuquerque Arenga	Margarida	Stalno predstavništvo Portugalske	Drugo	Belgija
Avram	Adam	EPSU	EPSU	Belgija
Barecka-Bach	Anna	NSZZ »Solidarność« Fresenius Nephrocare	EPSU	Poljska
Bartlet	Céline	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgija
Behrens	Jan	Evropska komisija	Drugo	Belgija
Berislavic	Marija	Hrvaški sindikat medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov	EPSU	Hrvaška
Bota	Ovidiu	SANITAS Cluj	EPSU	Romunija
Branca	Marta	HOSPEEM	HOSPEEM	Italija
Břeňková	Ivana	TUHSS CR/OSZSP ČR	EPSU	Češka republika
Cojocariu	Victoria	Eurofound	Drugo	Irska
Das	Sarada	Stalni odbor evropskih zdravnikov (CPME)	Drugo	Belgija
De Bruyn	Myriam	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgija
Dechorgnat	Elisa	FEHAP	HOSPEEM	Francija
Drug	Roxana	EPSU	EPSU	Belgija
Fasoli	Sara	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgija
Gae	Razvan	SANITAS Federation	EPSU	Romunija
Gil Alonso	Yolanda	FSS-CC.OO	EPSU	Španija
Goudriaan	Jan-Willem	EPSU	EPSU	Belgija
Hnykova	Jana	OSZSP ČR	EPSU	Češka republika
Holubová	Barbora	CELSI	Drugo	Slovaška
Howe	Samantha	EPDU	EPSU	Belgija
Kahancova	Marta	CELSI	Drugo	Slovaška
Malapitan	Christopher	Grafika	Drugo	Belgija
Michelutti	Paolo	ASL Roma 3	HOSPEEM	Italija
Mohrs	Simone	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgija
Negru	Liliana	SANITAS Arad	EPSU	Romunija
Oarna	Ana Maria	Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED	Drugo	Romunija
Papp	Katalin	Zbornica madžarskih zdravstvenih delavcev, Univerza v Debrecen – Zdravstvena fakulteta	Drugo	Madžarska
Paun	Tanja	Hrvaška zveza delodajalcev na področju zdravja	Drugo	Hrvaška
Pereira	Ana Carla	Evropska komisija	Drugo	Belgija
Petcu	Claudia	Sanitas	EPSU	Romunija
Prasnjak	Anica	Hrvaški sindikat medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov	EPSU	Hrvaška
Ptak-Bufkens	Katarzyna	Evropska komisija	Drugo	Belgija
Renouvel	Sylvain	Zveza evropskih socialnih delodajalcev)	Drugo	Belgija

Rinversi	Silvia	ARAN	HOSPEEM	Italija
Robert	Alexandre	Evropska federacija združenj medicinskih sester (EFN)	Drugo	Belgija
Rodríguez Contreras	Ricardo	Eurofound	Drugo	Irska
Rogalewski	Adam	EPSU	EPSU	Belgija
Romeao	Sandra	Sanitas	EPSU	Romunija
Scarpato	D'Emanuele	UIL FPL	EPSU	Italija
Schriefer	Jan	FNV Nizozemska	EPSU	Nizozemska
Slangen	Sylvie	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgija
Vannini	Michele	FP-CGIL	EPSU	Italija
Zlatanova	Slava	Zveza sindikatov – zdravstvene storitve (FTU-HS)	EPSU	Bolgarija