



## ZÁVEREČNÁ SPRÁVA PROJEKTU

Záverečná správa bola vypracovaná v rámci spoločného projektu HOSPEEM - EPSU „Posilnenie sociálneho dialógu v nemocničnom odvetví vo východnej, južnej a strednej Európe“ (2019 a 2021). Projekt získal finančnú podporu Európskej únie (projekt č.: VS/2019/0008).

Autor:



Informácie uvedené v tejto publikácii nemusia odrážať oficiálne stanovisko Európskej komisie.

## Obsah

1. Úvod .....	2
2. Fakty a čísla z nemocničného a zdravotníckeho odvetvia .....	3
3. Sociálni partneri v nemocničnom a zdravotníckom odvetví .....	5
4. Zapojenie sociálnych partnerov do štruktúr sociálneho dialógu EÚ .....	9
5. Účasť sociálnych partnerov na európskom semestri .....	10
6. Priority sociálnych partnerov, ktoré sa majú oznámiť na úrovni EÚ .....	11
7. Záver .....	17
Príloha .....	I
A. Metodika .....	I
B. Odporúčania pre jednotlivé krajiny v rámci európskeho semestra .....	III
C. Zoznam účastníkov informačného seminára .....	VIII

## Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Výdavky na zdravotnú starostlivosť (všetky finančné systémy, 2018) .....	3
Tabuľka 2: Zdravotnícky personál zamestnaný v nemocniciach (2018) .....	4
Tabuľka 3: Dôvody neúčasti v štruktúrach sociálneho dialógu na úrovni EÚ (% , N= 57) .....	10
Tabuľka 4: Priority, ktoré sa majú komunikovať na úrovni EÚ .....	13
Tabuľka 5: Priority organizácií s najvyšším hodnotením (% , N = 101) .....	15

## Zoznam grafov

Graf 1: Priama účasť na zasadnutiach výborov štruktúr sociálneho dialógu na úrovni EÚ od roku 2015 (% , N = 76) .....	9
Graf 2: Spôsoby zapojenia sociálnych partnerov do postupu európskeho semestra (% , N=124) .....	11
Graf 3: Spokojnosť s možnosťami riešenia priorít sociálneho dialógu na úrovni EÚ (% , N = 101) .....	16

## Skratky

CSRs	Odporúčania pre jednotlivé krajiny v rámci európskeho semestra
EHSV	Európsky hospodársky a sociálny výbor
EO	Organizácia zamestnávateľov
EPSU	Európska federácia odborových zväzov verejnej služby
EÚ	Európska únia
HDP	Hrubý domáci produkt
HOSPEEM	Európska asociácia nemocníc a zamestnávateľov v zdravotníctve
MS	Členský štát
SD	Sociálny dialóg
SSD	Odvetvový sociálny dialóg
TU	Odbory

## Skratky krajín

BG	Bulharsko	HU	Maďarsko
CZ	Česká republika	MT	Malta
EL	Grécko	PL	Poľsko
ES	Španielsko	PT	Portugalsko
HR	Chorvátsko	RO	Rumunsko
IT	Taliansko	SI	Slovinsko
CY	Cyprus	SK	Slovensko

## 1. Úvod

Dôležitosť účinnej, dostupnej, kvalitnej zdravotnej starostlivosti a stavu **nemocníc a systémov zdravotnej starostlivosti sa počas aktuálnej zdravotnej krízy ešte zvýšila**. Napriek tomu, že sa uznáva značný význam tohto odvetvia, **nemocničné a zdravotnícke odvetvie čelí dlhodobým výzvam**, ktoré sa po vypuknutí pandémie ešte zhoršili. Kríza jasne ukázala, že nedostatky v systémoch zdravotníctva môžu mať hlboký vplyv na verejné zdravie a hospodársky rozvoj v členských štátoch EÚ.

Pandémia tiež ukázala, že na účinné riešenie výziev, potrebujeme koordinované a inkluzívne opatrenia na vnútroštátnej a európskej úrovni. Preto sa zastúpenie sociálnych partnerov **v európskom odvetvovom sociálnom dialógu (SD) a ich účasť na európskom semestri a národných plánoch obnovy a odolnosti stali strategicky dôležitými** na zabezpečenie toho, aby sa pracovné podmienky a reformy súvisiace s trhom riešili na úrovni EÚ.

Reprezentatívnosť európskych organizácií sociálnych partnerov v odvetví zdravotníctva a odvetvový sociálny dialóg však brzdí veľká segmentácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, od orgánov verejného odvetvia na rôznych administratívnych úrovniach až po neziskové a súkromné inštitúcie<sup>1</sup>. Roztrieštenosť poskytovateľov ovplyvňuje aj štruktúru sociálnych partnerov; pracovníci a zamestnávateľia sa organizujú podľa svojich profesijných odvetví, pododvetví a súkromného/verejného odvetvia.

**S cieľom posilniť úlohu sociálnych partnerov na úrovni EÚ**, Európske združenie nemocníc a zamestnávateľov v zdravotníctve (HOSPEEM) a Európska federácia odborových zväzov vo verejných službách (EPSU) zadali spoločný projekt. Cieľom projektu je a) identifikovať a riešiť potreby budovania kapacít **odvetvových sociálnych partnerov**; (b) získať kvantitatívne a kvalitatívne údaje o súčasnom zapojení **do európskeho semestra** a posilniť ich úlohu v tomto smere. Konkrétne sa v rámci projektu zisťovali priority sociálnych partnerov a možnosti, ako by sa tieto priority dali lepšie vyjadriť v budúcich činnostiach HOSPEEM a EPSU. Záverečná správa poskytuje porovnateľné údaje a informácie špecifické pre jednotlivé krajiny zo štrnástich cieľových krajín: Bulharsko, Maďarsko, Poľsko, Rumunsko, Cyprus, Grécko, Taliansko, Malta, Portugalsko, Španielsko, Chorvátsko, Česká republika, Slovensko a Slovinsko. Záverečná správa je kompiláciou troch regionálnych správ pre východoeurópske krajiny (BG, HU, PL a RO), juhoeurópske krajiny (ES, EL, CY, MT, PT, IT) a stredoeurópske krajiny (SK, SI, CZ a HR).<sup>2</sup>

Zistenia v tejto správe sú **výsledkami kombinovanej metodiky**, ktorá zahŕňa:

- Cieleny online prieskum venovaný sociálnemu dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví, ktorý sa uskutočnil od apríla 2019 do augusta 2020 (v troch vlnách venovaných jednotlivým skupinám krajín);
- Sekundárny výskum vykonávaný od apríla 2019 do augusta 2020;
- Výsledky diskusie s národnými organizáciami sociálnych partnerov a príslušnými organizáciami 14 cieľových krajín, ktorá sa uskutočnila na troch regionálnych webových seminároch (jún 2019 v Bukurešti, november 2019 v Ríme, online seminár v apríli 2021)

Správa je štruktúrovaná nasledovne:

- V prvej kapitole sú uvedené hlavné **štatistické ukazovatele** na základe porovnávacích údajov Eurostatu pre odvetvie nemocníc a zdravotníctva v 14 krajinách;
- V druhej kapitole je uvedený zoznam **identifikovaných sociálnych partnerov** – odborových a zamestnávateľských organizácií alebo iných organizácií v 14 cieľových krajinách;
- V tretej a štvrtej kapitole sa analyzuje, či a akým spôsobom sú sociálni partneri **zapojení do štruktúr sociálneho dialógu EÚ a európskeho semestra**
- V piatej kapitole sú uvedené priority a témy, ktoré chcú sociálni partneri oznámiť odvetvovému sociálnemu dialógu na úrovni EÚ, ich spokojnosť s možnosťami riešenia ich problémov na úrovni EÚ a očakávania od EÚ.

Správa je doplnená metodickými a ďalšími informáciami o odporúčaníach pre jednotlivé krajiny (CSR) 2020 vydaných pre štrnásť cieľových krajín v rámci procesu európskeho semestra.

<sup>1</sup>Eurofound (2020), Reprezentatívnosť európskych organizácií sociálnych partnerov: Sektor zdravotníctva, sektorový sociálny dialóg, Dublin.

<sup>2</sup>Skupiny krajín sú vytvorené len na účely tohto projektu a nemusia sa zhodovať s inými európskymi územnými klasifikáciami

## 2. Fakty a čísla z nemocničného a zdravotníckeho odvetvia

Pri zostavovaní tejto správy boli poskytnuté štatistické ukazovatele o výdavkoch na zdravotnú starostlivosť a zamestnanosti v nemocniciach v jednotlivých krajinách. Okrem toho sa použili štandardizované ukazovatele založené na najnovších a dostupných údajoch Eurostatu. Komparatívne údaje sú zasadené do kontextu výpovedí sociálnych partnerov o práci a porovnávajú sa s reálnymi podmienkami.<sup>3</sup>

Výdavky na zdravotnú starostlivosť sa v cieľových krajinách rôznia. Podiel na hrubom domácom produkte sa pohybuje od 5,56 % v Rumunsku po 9,45 % v Portugalsku. Krajiny môžu byť štruktúrované podľa krajín s hodnotou výdavkov v eurách na jedného obyvateľa do 1 000 EUR (BG, HR, HU a PL), od 1 000 do 2 000 EUR (CZ, EL, CY, PT, SI a SK) a nad 2 000 EUR (IT a MT). Ak tieto opatrenia porovnáme s inými krajinami, priemerné výdavky v eurách na obyvateľa v Rumunsku sú približne 6,5-krát nižšie, PPS na obyvateľa šesťkrát nižšia a percento HDP je 1,5-krát nižšie ako napríklad v Nemecku. Všetky zahrnuté krajiny majú spoločné to, že ich výdavky na zdravotnú starostlivosť v PPS na obyvateľa sú pod priemerom EÚ-28 (3 067 EUR, 80/2018) a priemerom hrubého domáceho produktu EÚ-28 (9,89 % / 2018).<sup>4</sup>

Štatistiky o výdavkoch na zdravotnú starostlivosť a jej financovaní súvisia s výzvami sociálnych partnerov a sú predmetom sociálneho dialógu na národnej úrovni a úrovni EÚ. Obmedzené investície do tohto odvetvia a rozdelenie financií však vedú k nepriaznivým pracovným podmienkam v niektorých krajinách, najmä v Rumunsku, Bulharsku, Poľsku a Maďarsku.<sup>5</sup> Okrem toho v dôsledku nedostatočných investícií a znižovania výdavkov v odvetví verejného zdravotníctva tento sektor nedokáže uspokojiť dopyt, čo vedie k dlhým čakacím dobám na potrebné zákroky.

Počas pandémie COVID-19 sa vo všetkých krajinách zvýšili náklady na zdravotnícke služby v dôsledku nutnosti zriadiť nové oddelenia COVID-19 alebo reprofilovať staré. Preto sociálni partneri s poukázaním na kľúčovú úlohu odvetvia zdravotníctva počas pandémie, žiadajú viac investícií, ktoré by boli zabezpečené vyšším podielom financií z Plánu obnovy a odolnosti.<sup>6</sup>

**Tabuľka 1:** Výdavky na zdravotnú starostlivosť (všetky finančné systémy, 2018)

Krajina	EUR (milióny)	EUR na obyvateľa	PPS na obyvateľa	% HDP
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

Zdroj Eurostat, Výdavky na zdravotnú starostlivosť podľa systému financovania [online kód: hlth\_sha11\_hf]

Ďalšími relevantnými faktormi, ktoré ovplyvňujú schopnosť zdravotníckych systémov poskytovať zdravotné služby a uspokojovať rastúci a meniaci sa dopyt po starostlivosti, sú pracovná sila, jeho dostupnosť a zručnosti. V Európskej únii formujú a ohrozujú odolnosť zdravotníckych pracovníkov tieto vonkajšie a vnútorné faktory:

<sup>3</sup>Na základe diskusií na troch regionálnych seminároch

<sup>4</sup>Eurostat, Výdavky na zdravotnú starostlivosť podľa systému financovania [online kód: hlth\_sha11\_hf]

<sup>5</sup>Na základe diskusie na regionálnom seminári 14. júna 2019

<sup>6</sup>Na základe diskusie na regionálnom seminári 20. apríla 2021

migračné modely, technologické inovácie, meniace sa požiadavky na starostlivosť (externé) a starnutie pracovnej sily, nábor a udržanie pracovníkov, slabé geografické rozloženie a nesúlad medzi kvalifikáciami (interné).<sup>7</sup>

Na základe počtu zdravotníckych pracovníkov zamestnaných v nemocniciach v roku 2018 je počet lekárov na 100 000 obyvateľov najvyšší v Portugalsku (261) a najnižší na Cypre (96)<sup>8</sup>. Na druhej strane, počet sestier a pôrodných asistentiek na 100 000 obyvateľov sa veľmi líši, od 531 v Českej republike po 131 v Chorvátsku.<sup>9</sup>

**Migrácia zdravotníckych pracovníkov z cieľových krajín, najmä do západných a severných krajín, je ekonomickým a spoločenským problémom.** Napríklad v Rumunsku odišlo v období od 2007 do 2017 z krajiny 35 000 zdravotných sestier a 15 000 lekárov. Migrácia zdravotníckych pracovníkov do západných krajín spôsobuje následný nárast pracovného zaťaženia v skúmaných krajinách a zároveň vyvoláva obavy týkajúce sa bezpečnosti pacientov a pracovnej sily.

**Tabuľka 2:** Zdravotnícky personál zamestnaný v nemocniciach (2018)

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

*Poznámka: Údaje z Poľska sú z roku 2017, Slovensko – k dispozícii sú len údaje o ekvivalente plného pracovného úväzku (FTE)*

*Zdroj: Eurostat 2018, Zdravotnícky personál zamestnaný v nemocnici [online kód: hlth\_rs\_prshp1]*

Podobné problémy sa vyskytujú vo všetkých cieľových krajinách a vzájomne sa dopĺňajú so špecifickými výzvami pre jednotlivé krajiny. Napríklad v Grécku sú dlhodobé trendy v zdravotníctve ovplyvnené starnutím obyvateľstva, prisťahovalectvom a reputáciou verejného zdravotníctva. Nedostatočný počet pracovných síl a neistota v dôchodkoch súvisia so starnutím zdravotníckych pracovníkov. Napríklad lekári vo veku 65-74 rokov predstavujú v Maďarsku 14 % a v Bulharsku 13 %. Kvôli nízkym mzdám a nedostatku personálu majú mnohí lekári a zdravotné sestry aj druhé zamestnanie. Okrem toho 70 až 80 % zdravotníckeho personálu tvoria ženy.

<sup>7</sup>Európska komisia, Pracovníci v zdravotníctve, prehľad; K dispozícii na [https://ec.europa.eu/health/workforce/overview\\_en](https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en)

<sup>8</sup>Tento údaj je vypočítaný na základe počtu lekárov, ktorí poskytujú svoje služby vo verejných nemocniciach, bez súkromných nemocníc, ktoré tvoria významnú časť cyperského systému zdravotnej starostlivosti. Skutočný pomer počtu lekárov k počtu obyvateľov je vyšší, ale kvôli neúplným údajom sa nedá presne vypočítať.

<sup>9</sup>Na základe údajov Eurostatu by mal byť najnižší počet sestier na 100 000 obyvateľov v Rumunsku (57 sestier a pôrodných asistentiek na 1 000 000 obyvateľov). Údaje o zamestnanosti v zdravotníctve sa však líšia v závislosti od definície (ako v prípade rumunského ukazovateľa o zdravotných sestrah a pôrodných asistentkách) a v prípade niektorých krajín nie sú údaje k dispozícii

<sup>10</sup>Údaje o lekároch zamestnaných v nemocniciach sa vzťahujú len na pracovnú silu nemocníc vo verejnom sektore. Súkromný sektor tvorí významnú časť cyperského systému zdravotnej starostlivosti

<sup>11</sup>Údaje sa týkajú nemocníc vo verejnom sektore, ako aj celkového počtu lôžok súkromného sektora.

Nízky počet ošetrovateľov na jedného pacienta vedie k ohrozeniu bezpečnosti ľudí. Odbory žiadajú zvýšenie minimálnych štandardov v počte zamestnancov a personálnych normatívoch na jedného pacienta. Nedostatok pracovnej sily vedie k prekérnej práci, ktorá sa vyznačuje dlhým pracovným časom a početnými nočnými zmenami a opätovným zamestnaním kolegov na dôchodku. Okrem toho nízke mzdy nútia zamestnancov hľadať ďalšie zdroje príjmov, čo vedie k ťažkostiam pri zosúladovaní práce a rodiny.

Napriek celkovému nedostatku zdravotníckych pracovníkov, ktorý sa počas pandémie COVID-19 stal ešte naliehavším, priniesla kríza v zdravotníctve v niektorých krajinách aj pozitívny vývoj. Záujem o povolanie zdravotníckeho pracovníka sa v niektorých krajinách v roku 2021 zvýšil (napr. v CZ). Tento vývoj je čiastočne spôsobený vládnymi dodatočnými platbami a výhodami pre zdravotníckych pracovníkov počas pandémie, ktoré vyjednali a presadili národní sociálni partneri. V Chorvátsku boli takisto nariadené dodatočné platby pre zdravotníckych pracovníkov počas krízy. Napriek tomu, vzhľadom na celkovú a dlhodobu nepriaznivú ekonomickú situáciu zdravotníckych pracovníkov, nepriniesla zdravotným sestram finančné uspokojenie. V niektorých krajinách je počet lekárov dostatočný, ale majú naň negatívny vplyv regionálne rozdiely (CZ, SK, HR).

### **3. Sociálni partneri v nemocničnom a zdravotníckom odvetví**

Na základe sekundárneho prieskumu a spoločnej databázy HOSPEEM, EPSU a CELSI boli identifikovaní sociálni partneri zastupujúci zamestnancov a zamestnávateľov v nemocničnom a zdravotníckom odvetví v štrnástich krajinách. Ak to bolo relevantné pre sociálny dialóg na vnútroštátnej úrovni a na úrovni EÚ, boli zahrnuté aj iné typy organizácií.

odvetví sú Spoločnými charakteristikami vo väčšine predmetných krajín je roztrieštenosť a viacnásobná diverzifikácia sociálnych partnerov podľa profesií a súkromných/verejných zdravotníckych sektorov. Keďže ministerstvá zdravotníctva sú zamestnávateľmi v odvetví verejného zdravotníctva a relevantnými aktérmi národného sociálneho dialógu a tripartity, tieto štátne orgány sú v nasledujúcich tabuľkách uvedené ako organizácie zamestnávateľov. V niektorých krajinách sú relevantnými partnermi profesijné združenia, ako napríklad komory zdravotných sestier, ktoré často nahrádzajú alebo dopĺňajú úlohu odborov (napríklad v Maďarsku, Poľsku a na Slovensku). Tieto komory však zvyčajne nie sú oficiálnymi členmi bipartitného alebo tripartitného sociálneho dialógu, nemajú právo zúčastňovať sa na rokovaniach, a preto nie sú vždy uvedené v zozname.

Odborové zväzy sa zvyčajne zameriavajú na konkrétne pododvetvia a povolania, ako sú lekári, zdravotné sestry a špecializácie (napr. rádiológovia). Niektoré zamestnávateľské organizácie sú medziodvetvové, iné pokrývajú špecifické oblasti v rámci nemocničného a zdravotníckeho odvetvia, podobne ako je to aj v prípade odborových organizácií. Väčšina uvedených sociálnych partnerov je zapojená do sociálneho dialógu a vyjednávania aspoň na jednej úrovni (národnej, odvetvovej alebo na úrovni organizácie).

	Bulharsko	Maďarsko	Poľsko	Rumunsko
<b>Odbory</b>				
	Federácia odborových zväzov – zdravotníctvo (CITUB) <sup>12</sup>	Odborový zväz zdravotníctva v Maďarsku	Federácia odborových zväzov zamestnancov zdravotníctva a sociálnej pomoci	Rumunská odborová federácia SANITAS
	Lekárska federácia Podkrepa (MF Podkrepa) <sup>12</sup>	Semmelweis Alliance <sup>13</sup>	Národný odborový zväz sestier a pôrodných asistentiek v Poľsku (NTUNMP)	HIPOKRAT
		Fórum pre spoluprácu odborových zväzov	Sekretariát pre ochranu zdravia NSZZ Solidarność	Odborový zväz solidarity v zdravotníctve (FSSR)
				Ústredný národný odborový zväz zdravotníctva a sociálnej starostlivosti
<b>Organizácia zamestnávateľov</b>				
	Národná únia súkromných nemocníc (NUPH)	Maďarská asociácia ekonomických manažérov v zdravotníctve	Zamestnávatelia v Poľsku <sup>14</sup>	Národné združenie rodinných lekárov <sup>15</sup>
	Bulharské združenie zamestnávateľov v zdravotníctve <sup>16</sup>	Maďarská asociácia nemocníc	Business Centre Club (BCC) <sup>17</sup>	Národný zväz rumunských zamestnávateľov
	Združenie mestských nemocníc v Bulharsku	Národné centrum zdravotníckych služieb	Poľská konfederácia súkromných zamestnávateľov „Lewiatan“	Rumunská národná federácia zamestnávateľov v zdravotníctve a farmácii
			Celoštátny zväz zamestnávateľov v súkromnom zdravotníctve	PALMED
			Poľská asociácia súkromných nemocníc	Zamestnávatelia súkromných poskytovateľov lekárskeho služieb
<b>Profesijné organizácie / iné</b>				
		Komora maďarských zdravotníckych pracovníkov <sup>18</sup>		Ministerstvo zdravotníctva
		Maďarská lekárska komora <sup>18</sup>		Ministerstvo práce a sociálnej spravodlivosti

	Česká republika	Chorvátsko	Slovinsko	Slovensko
<b>Odbory</b>				

<sup>12</sup>Zastupuje len zamestnancov verejného sektora<sup>13</sup>Cieľom je chrániť záujmy zamestnancov<sup>14</sup>Zastupuje 7 000 zamestnávateľov vo všetkých odvetviach vrátane 113 zamestnávateľov pôsobiach v sektore zdravotníctva, väčšinou z neverejného sektora<sup>15</sup>Nezúčastňuje sa na kolektívnom vyjednávaní ani na národnom sociálnom dialógu<sup>16</sup>Pobočka Bulharskej obchodnej komory<sup>17</sup>Zahŕňa 26 spoločností v neverejnom sektore.<sup>18</sup>Povinné členstvo

Odborový zväz zdravotníctva a sociálnej starostlivosti v Českej republike (OSZSP ČR)	Chorvátsky odborový zväz sestier a zdravotníckych technikov (HSSMS-MT)	Odborový zväz lekárov a zubných lekárov Slovinska (FIDES)	Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZASS)
Lekársky odborový klub – Zväz českých lekárov (LOK-SČL)	Odborový zväz zdravotníctva Chorvátska (SZH)	Odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb Slovinska (SINDIKAT-ZSVS)	Lekársky odborový zväz (LOZ)
	Autonómny odborový zväz zdravotníctva a sociálnej ochrany (SSZSSH)	Zväz zdravotníctva a sociálnej starostlivosti Slovinska (SZSSS)	Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek (OZSaPA)
	Chorvátsky lekársky zväz (HLS)	Odborový zväz pracovníkov v zdravotníctve Slovinska (SDZNS)	
		Konfederácia odborových zväzov v zdravotníctve – PERGAM (SZS PERGAM)	
		Slovenský odborový zväz zubných lekárov (DENS)	

**Organizácia zamestnávateľov**

Asociácia českých a moravských nemocníc (ACMN)	Chorvátske združenie zamestnávateľov v zdravotníctve (UPEZ-HR)	Ministerstvo zdravotníctva a Ministerstvo práce, rodiny a sociálnych vecí	Asociácia nemocníc Slovenska (ASN)
Zväz priemyslu Českej republiky (SP)	Združenie chorvátskych zamestnávateľov – Odvetvové združenie polikliník, nemocníc, zdravotníckych a lekárskeho zariadení (CEA)	Slovenské združenie súkromných lekárov a zubných lekárov (ZZZZS) – bez účasti na sociálnom dialógu	Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN)
			Asociácia súkromných lekárov Slovenskej republiky (ASL SR)

**Profesijné organizácie / iné**

		Slovenská lekárska komora (ZSS)	Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA)
--	--	---------------------------------	---

**Cyprus<sup>19</sup>****Grécko****Taliansko****Malta****Portugalsko****Španielsko****Odbory**

Pancyperské odbory verejných služieb (PASYDY)	Panhelénska federácia pracovníkov verejných nemocníc (POEDIN)	Odborový zväz verejných služieb (FP-CGIL)	Hlasy pracujúcich (UHM)	Únia portugalských zdravotných sestier (SEP)	Federácia zdravotníckych a sociálno-zdravotníckych odvetví odborovej federácie Komisie pracovníkov a odvetvových
---	---	---	-------------------------	--	--

<sup>19</sup>Poradie odborových organizácií predstavuje zostupné poradie na základe počtu počet aktívnych členov v sektore (na základe štúdie Eurofound (2020). Reprezentatívnosť organizácii európskych sociálnych partnerov v nemocničnom a zdravotníckom odvetví)



					zdravotníckych sektorov (FSSS - COO)
Pancyperské odbory zdravotných sestier (PASYNO)	Konfederácia štátnych zamestnancov (ADEDY)	Federácia miestnych orgánov (FPL UIL)	Odborový zväz všeobecných pracovníkov (GWU)	Únia zdravotných sestier autonómnej oblasti Madeira (SERAM)	Všeobecný odborový zväz pracovníkov (UGT)
Pancyperské odbory štátnych lekárov (PASIKI)		Federácia pracovníkov verejnej správy a služieb (FPS-CISL)	Maltská únia pôrodných asistentiek a sestier (MUMN)	Únia zdravotných sestier (SE)	Federácia verejných služieb Všeobecného odborového zväzu (FSP – UGT)
Cyperský odborový zväz pracovníkov – zamestnancov vo verejnej správe. Vojenské a sociálne inštitúcie (PASYEK – PEO)		Federácia autonómnych zdravotníckych pracovníkov (FIALS)	Odborový zväz pracovníkov vo verejnom sektore – sekcia štátnych a verejných inštitúcií	Nezávislý zväz odborníkov v ošetrovatelstve (SIPE)	Španielske odborové zväzy pracovníkov v ošetrovatelstve (SATSE)
Cyperská federácia súkromných zamestnancov (OIYK-SEK)		Federácia nezávislých odborov – zdravotníctvo (FSI)		Nezávislá únia lekárov (SIM)	Španielske centrálné odborové zväzy nezávislých a verejných zamestnancov (CSIF)
		Asociácia zdravotníckych a výkonných pracovníkov NHS (ANAA ASSOMED)		Únia portugalských zdravotných sestier (SEP)	

### Organizácie zamestnávateľov

Cyperská federácia zamestnávateľov a priemyselníkov (OEB) – súkromný odvetvie (medziodvetvový)	Ministerstvo zdravotníctva: Verejný odvetvie	Agentúra pre zmluvné zastupovanie verejnej správy (ARAN)	Združenie zamestnávateľov Malty (MEA)	Portugalská asociácia súkromných nemocníc (APHP)	Španielska aliancia súkromného zdravotníctva (ASPE)
Ministerstvo zdravotníctva: Hlavný zamestnávateľ v oblasti verejnej zdravotnej starostlivosti	Panhelénska únia súkromných nemocníc (PEIK)	Talianska federácia nemocníc a zdravotníckych agentúr (FIASO)	Ministerstvo zdravotníctva: Verejný sektor	Konfederácia zamestnávateľov obchodu a služieb (CCP)	Ministerstvo zdravotníctva: Verejný sektor
Štátna organizácia zdravotníckych služieb: Verejný odvetvie				Národná konfederácia inštitúcií solidarity (CNIS)	

## 4. Zapojenie sociálnych partnerov do štruktúr sociálneho dialógu EÚ

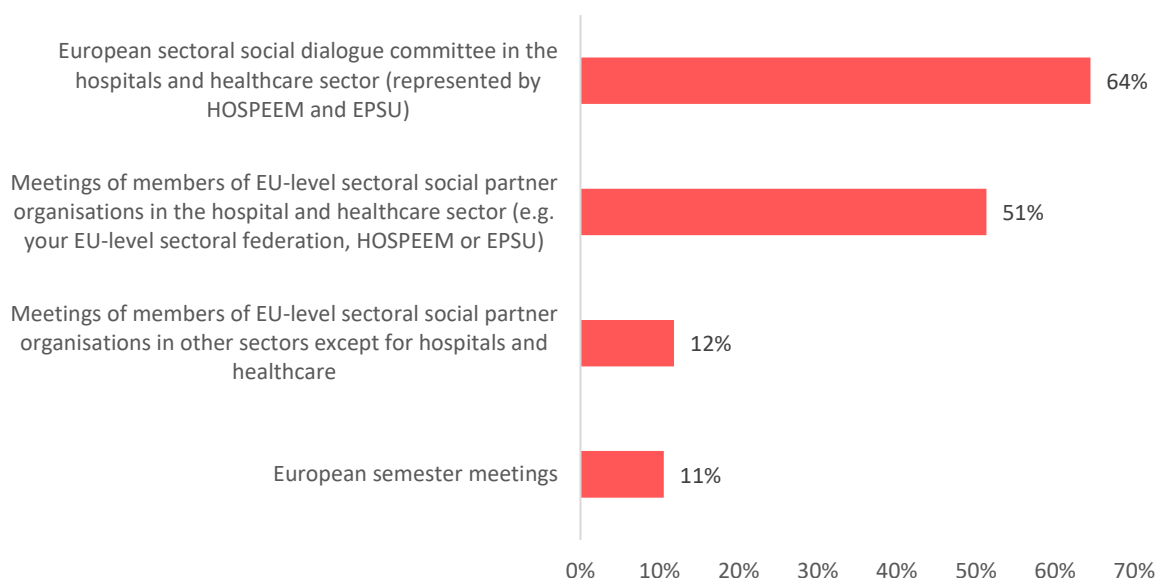
Význam európskeho sociálneho dialógu je zakotvený v Zmluve o fungovaní Európskej únie (ZFEÚ) v niekoľkých článkoch<sup>20</sup>. Existuje veľa prípadov, keď sociálni partneri **zohrávali aktívnu úlohu pri uzatváraní celoeurópskych dohôd**.

Zistenia týkajúce sa zapojenia sociálnych partnerov do sociálneho dialógu EÚ uvedené nižšie vychádzajú z online prieskumu, ktorý bol rozoslaný príslušným sociálnym partnerom / organizáciám v štrnástich cieľových krajinách od apríla 2019 do augusta 2020. Väčšina sociálnych partnerov zapojených do prieskumu sa priamo zúčastňuje na stretnutiach v rámci štruktúr sociálneho dialógu EÚ. Je potrebné poznamenať, že väčšina respondentov sú zástupcovia odborov<sup>21</sup>.

**Pevne verím v hodnotu sociálneho dialógu medzi zamestnávateľmi a odbormi, teda ľuďmi, ktorí najlepšie poznajú svoje odvetvie a svoj región.**  
*Ursula von der Leyen, predsedníčka Európskej komisie*

Zo zapojených organizácií sa **väčšina organizácií cieľových krajín zúčastnila na štruktúrach trvalo udržateľného rozvoja na úrovni EÚ, ktoré zastupovali EPSU a HOSPEEM, alebo medziodvetvové európske organizácie**. Z celkového počtu zúčastnených sa 64 % priamo zúčastnilo v posledných štyroch rokoch zasadnutí Odvetvového výboru EÚ pre sociálny dialóg v nemocničnom a zdravotníckom odvetví (SSDC HS) prostredníctvom EPSU alebo HOSPEEM a 51 % na zasadnutiach členov dvoch partnerských organizácií SSD na úrovni EÚ.. Dvanásť percent, prevažne zamestnávateľské zväzy, sa zúčastnilo stretnutí odvetvových organizácií sociálnych partnerov na úrovni EÚ v iných odvetviach. Na zasadnutiach európskeho semestra sa zúčastnilo len 11 % respondentov.

**Graf 1** Priama účasť na zasadnutiach výborov štruktúr sociálneho dialógu na úrovni EÚ od roku 2015 (% , N = 76)



Zdroj Prieskum o sociálnom dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví  
Poznámka: možnosť viacerých odpovedí

**Najčastejším dôvodom neúčasti v štruktúrach sociálneho dialógu na úrovni EÚ je nedostatok finančných kapacít (30 %).** Dôvodom neúčasti na sociálnom dialógu na úrovni EÚ je pre 26 % respondentov nedostatok osobných kapacít, nedostatok času na účasť na stretnutiach a prekážky vstupu (nesplnenie kritérií reprezentatívnosti). Okrem toho niektorí respondenti nevidia pridanú hodnotu a pokrok v zlepšení sociálneho a ekonomického postavenia po dlhodobom členstve v jednej z organizácií EÚ (18 %). Nezapojeniu sociálnych partnerov z cieľových krajín by mohla brániť aj **ich roztrieštenosť na vnútroštátnej úrovni a / alebo v súčasnosti neexistujúce alebo obmedzené nezávislé organizácie zamestnávateľov**.

<sup>20</sup>Čl. 152: Európska únia uznáva a podporuje úlohu sociálnych partnerov na úrovni Únie, pričom rešpektuje ich autonómiu; Čl. 154: Konzultácie Komisie so sociálnymi partnermi na úrovni EÚ; Čl. 155: Dohody uzavreté sociálnymi partnermi.

<sup>21</sup>Pozri prílohu Metodika.

**Tabuľka 3:** Dôvody neúčasti v štruktúrach sociálneho dialógu na úrovni EÚ (% , N= 57)

Dôvody neúčasti	Percent
Nedostatok finančných prostriedkov (vysoké cestovné náklady, vysoké členské poplatky)	30%
Nedostatok osobných kapacít, nedostatok času na účasť na stretnutiach	26%
Prekážky vstupu (nesplnenie kritérií reprezentatívnosti)	23%
Nízky význam sociálneho dialógu na úrovni EÚ pre činnosť našej organizácie	18%
Ťažkosti s pochopením úlohy a fungovania sociálneho dialógu na úrovni EÚ	12%
Jazyková bariéra	11%

Zdroj: Prieskum o sociálnom dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví

Poznámka: možnosť viacerých odpovedí

EPSU zastupuje väčšinu odborových zväzov na európskej úrovni a je jediným uznaným sociálnym partnerom v nemocničnom odvetví. Hoci existujú aj iné európske združenia nemocníc, HOSPEEM je jediným legitímnym európskym odvetvovým sociálnym partnerom, ktorý zastupuje záujmy národných organizácií zamestnávateľov v nemocničnom odvetví. **Účasť zamestnávateľov v štruktúrach sociálneho dialógu na úrovni EÚ je v súčasnosti obmedzená.** Zástupcovia národných odborových zväzov vyzvali národné organizácie zamestnávateľov, aby sa stali členmi HOSPEEM s cieľom nadviazať účinný sociálny dialóg na úrovni EÚ, keďže mnohé odborové zväzy v cieľových krajinách regiónu nemajú svojich partnerov, s ktorými by mohli diskutovať a dohodnúť sa na nástrojoch na úrovni EÚ<sup>6</sup>.

V niektorých krajinách (napr. CZ) sa národný sociálny dialóg počas pandémie COVID-19 spomalil a v iných krajinách sa komunikácia a rokovania medzi sociálnymi partnermi minimalizovali. Bolo to spôsobené aj pomerne častými personálnymi zmenami v rámci zodpovedných štátnych orgánov. V Chorvátsku a Slovinsku sa však sociálny dialóg s ministerstvom udržal na pomerne vysokej úrovni<sup>6</sup>.

## 5. Účasť sociálnych partnerov na európskom semestri

Európsky semester (ES) je ročný cyklus riadenia zameraný na monitorovanie a presadzovanie dodržiavania prísnych rozpočtových a štrukturálnych reforiem. **Dôraz na sociálne aspekty v ES sa nedávno zintenzívil vďaka prepojeniu s Európskym pilierom sociálnych práv.** Najmä v zásadách 8 a 16 sa uvádza, že „so sociálnymi partnermi sa konzultuje navrhovanie a vykonávanie hospodárskych politík, politík zamestnanosti a sociálnych politík v súlade s vnútroštátnymi postupmi“ a že „je potrebné podporovať zvyšovanie kapacít sociálnych partnerov, aby mohli presadzovať sociálny dialóg,“ ako aj, že „každý má právo na včasný prístup k cenovo dostupnej a kvalitnej preventívnej a liečebnej zdravotnej starostlivosti.“

Odporúčania pre jednotlivé krajiny v rámci európskeho semestra odrážajú význam odvetvia zdravotnej starostlivosti a sociálneho dialógu pre fiškálnu konsolidáciu, sociálnu súdržnosť, riešenie chudoby (pracujúcich) a zvýšenie odolnosti a fungovania systému zdravotníctva. **V dôsledku toho sa zvyšuje počet členských štátov EÚ (ČŠ), ktoré dostávajú špecifické odporúčania (CSR) týkajúce sa zdravotnej starostlivosti:** 10 členských štátov v roku 2017, 15 členských štátov v roku 2019<sup>22</sup>. Od vypuknutia pandémie v marci 2020 sa mechanizmy európskeho semestra prispôsobili kríze a vytvorili nástroj na obnovu a odolnosť, ktorý má členské štáty usmerniť v tom, ako sa vyrovnávajú s krízou v oblasti zdravia. Členské štáty boli vyzvané, aby predložili svoje plány obnovy a odolnosti. Súčasný postup posudzovania so špecifickými odporúčaniami pre jednotlivé krajiny bude v roku 2021 nahradený postupom posudzovania plánov obnovy a odolnosti<sup>23</sup>.

Krída zvýšila potrebu zaviazat' sa k posilneniu sociálnej Európy a Európskeho piliera sociálnych práv prostredníctvom rozvoja sociálneho dialógu. Úloha sociálneho dialógu je plne uznávaná ako základný prvok v rámci EÚ na rôznych úrovniach prostredníctvom zapojenia sociálnych partnerov EÚ a členských štátov do dialógu. Podpora presadzovania sociálneho dialógu EÚ sa odráža aj v Akčnom pláne európskeho piliera sociálnych práv prostredníctvom konkrétnych iniciatív, ako je nový podporný rámec pre dohody sociálnych partnerov na úrovni EÚ a nové ocenenie za inovatívne postupy v oblasti sociálneho dialógu a nový strategický rámec pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci. Európska komisia navrhla nové nástroje na lepšie meranie prekážok a nedostatkov v prístupe k zdravotnej starostlivosti a predložila správu EÚ o prístupe k základným

<sup>22</sup>Konkrétne CSR nájdete v prílohe B.

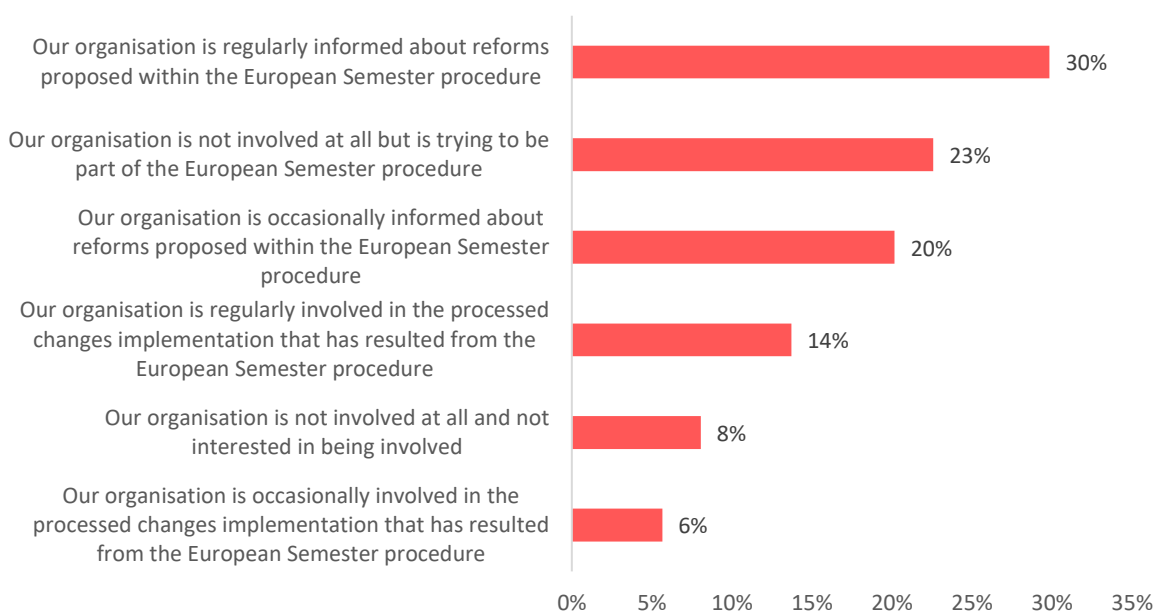
<sup>23</sup>Egbert Holthuis, Európska komisia, Proces európskeho semestra: kroky na podporu rozvoja a účasti národných sektorových sociálnych partnerov; príspevok na regionálnom webinári 20. apríla 2021.

službám, pričom vyzvala členské štáty, aby investovali do zdravotníckych pracovníkov, zlepšili pracovné podmienky a prístup k odbornej príprave.<sup>24</sup>

Silný záväzok Európskej komisie a transpozícia zásad Európskeho piliera sociálnych práv do viacerých iniciatív poskytujú národným sociálnym partnerom nové príležitosti a inšpiráciu na využitie zdrojov na vypracovanie stratégií a posilnenie sociálneho dialógu v členských štátoch, napríklad na transformáciu iniciatív plánov do ich každodennej práce a na vyjadrenie svojich záujmov vyššie postaveným orgánom, výziev týkajúcich sa pracovných podmienok, otázok zdravia a bezpečnosti v nemocniciach, migrácie zdravotníckych pracovníkov a ťažkostí s kolektívnym vyjednávaním na úrovni EÚ, ktoré sa majú riešiť a začleniť do ďalších plánov a posilniť sociálny dialóg na úrovni EÚ v nemocničnom odvetví<sup>25</sup>.

Mechanizmy európskeho semestra sú platformou, kde sa môžu odhaliť nedostatky založené na faktoch a ďalej sa o nich informovať príslušné výbory na úrovni EÚ s cieľom hľadať riešenia. Zapojenie sociálnych partnerov je v tomto procese kľúčové. Finančná pomoc Európskej komisie podporí úsilie sociálnych partnerov v ich záväzkoch formulovať svoje priority na úrovni EÚ<sup>26</sup>. Hoci **súčasná zapojenie sociálnych partnerov do postupu európskeho semestra je obmedzené**, 30 % organizácií je pravidelne informovaných o odporúčaných reformách. Zvyšných 23 % má záujem alebo sa snaží zapojiť do procesu európskeho semestra. 20 % sociálnych partnerov je informovaných príležitostne a len 14 % sa do procesu zapája pravidelne a 6 % niekedy. Tieto zistenia možno podporiť opakovaným výskumom, ktorý uskutočnila nadácia Eurofound o zapojení národných sociálnych partnerov do tvorby politík<sup>27</sup>

**Graf 2** Spôsoby zapojenia sociálnych partnerov do postupu európskeho semestra (% , N= 124)



*Zdroj Prieskum o sociálnom dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví*

Z diskusií na regionálnych webinároch vyplynulo, že hlavnú zodpovednosť za dobré zapojenie na vnútroštátnej úrovni nesie členský štát. V niektorých krajinách však majú sociálni partneri len obmedzenú možnosť zasahovať do procesu európskeho semestra a sťažujú sa, že sa ocitli mimo tohto procesu<sup>6</sup>. HOSPEEM a EPSU poskytujú priestor na výmenu a posilnenie osvedčených postupov; teda prepojenie sociálny dialóg na národnej úrovni a na úrovni EÚ. V tejto súvislosti slovínski sociálni partneri vyzývajú na intenzívnejšiu podporu EPSU národným partnerom, aby sa zapojili do procesu semestra EÚ.

## 6. Priority sociálnych partnerov, ktoré sa majú oznámiť na úrovni EÚ

Sociálni partneri uviedli svoje priority, ktoré majú byť komunikované na úrovni EÚ, napríklad prostredníctvom ich členstva v príslušnej organizácii sociálnych partnerov na úrovni EÚ v nemocničnom a zdravotníckom odvetví. Sociálni partneri v prieskume odhalili svoje priority, o ktorých by chceli informovať v rámci sociálneho dialógu na úrovni EÚ. Témy siahajú od komplexných celkových štrukturálnych problémov, ako sú zvýšené investície do

<sup>24</sup>Prezentácia Jana Behrensa (GR EMPL A2 Sociálny dialóg): Sociálny dialóg na úrovni EÚ na regionálnom webinári 20. apríla 2021.

<sup>25</sup>Na základe diskusie na seminári o šírení informácií 16. júna 2021.

<sup>26</sup>Jan Behrens, politický úradník Európskej komisie na informačno seminári 16. júna 2021.

<sup>27</sup>Eurofound (2020), Účast' národných sociálnych partnerov na tvorbe politík – 2019, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

zdravotnej starostlivosti, bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci a pracovných podmienok, udržanie pracovnej sily až po zosúladienie práce a rodiny. Nedostatok pracovníkov v zdravotníctve, riešenie atraktívnosti tohto odvetvia a zlepšenie politiky nábora a udržania všetkých zdravotníckych pracovníkov sú však spoločnými témami pre väčšinu sociálnych partnerov z predmetných krajín, na ktoré sa prieskum zameral. Pre variabilitu odpovedí uvádzame v nasledujúcich troch tabuľkách autentický zoznam všetkých identifikovaných priorit.

Tabuľka 4: Priority, ktoré sa majú komunikovať na úrovni EÚ

Krajina	Priority	
	Odbory	Organizácie zamestnávateľov
Rumunsko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracovné podmienky – mzdové predpisy a prémie;</li> <li>Pracovný čas, personálne normy;</li> <li>Zjednotenie odbornej prípravy zdravotníckeho personálu;</li> <li>Zlepšenie zástupcov sociálnych partnerov a kolektívnych zmlúv</li> </ul>	Nie sú k dispozícii žiadne informácie
Maďarsko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mzdy, najmä minimálna mzda na európskej úrovni;</li> <li>Právne predpisy o pracovnom čase v súvislosti s pracovným preťažením;</li> <li>Zosúladenie práce a rodiny</li> </ul>	Migrácia pracovnej sily a súvisiaci nedostatok pracovnej sily*
Poľsko*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšenie počtu zdravotných sestier v nemocniciach v súvislosti so zaručením bezpečnosti pacientov;</li> <li>Finančné požiadavky týkajúce sa zvýšenia miezd, najmä miezd zdravotných sestier;</li> <li>Udržanie zamestnancov v kontexte prebiehajúcich organizačných zmien v nemocničnom odvetví;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zmiernenie rozdielov v raste miezd lekárov a zdravotných sestier;</li> <li>Zvýšenie investícií do zdravotnej starostlivosti.</li> </ul>
Bulharsko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mzdy lekárov – podpora jednotnej minimálnej mzdy v EÚ;</li> <li>Problémy zdravia a bezpečnosti – násilie zo strany tretích osôb a psychosociálne riziká;</li> <li>Udržanie pracovnej sily</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cezhraničný prístup k službám zdravotnej starostlivosti;</li> <li>Viac príležitostí na zapojenie sa na úrovni EÚ.</li> </ul>
Cyprus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nedostatok ošetrovateľského personálu a zdrojov (najmä v súkromných nemocniciach);</li> <li>Reforma odvetvia zdravotníctva (všeobecný systém zdravotníctva a autonómia verejných nemocníc);</li> <li>Znížený štátny rozpočet na zdravotnú časť týkajúci sa EÚ-28;</li> <li>Profesionálny rozvoj a celoživotné vzdelávanie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nedostatok ošetrovateľského personálu;</li> <li>Udržateľnosť národného systému zdravotníctva;</li> <li>Funkčná a finančná autonómia verejných nemocníc;</li> <li>Zavedenie spoločného právneho a regulačného rámca pre verejný a súkromný sektor zdravotníctva.</li> </ul>
Grécko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nedostatok zamestnancov a problémy s pracovnými silami;</li> <li>Rušenie primárnych štruktúr príslušným zariadením;</li> <li>Špecializovaní lekári pre centrálu; štrukturálne medicínske technologické vybavenie;</li> <li>Prepojenie s podobnými systémami v zahraničí;</li> <li>Zdravotná starostlivosť v rizikových povolaniach.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšenie financovania systému zdravotníctva z 5 % na 8 % HDP;</li> <li>Rovnaké zaobchádzanie zo strany štátu so súkromným a verejným odvetvím;</li> <li>Minimalizácia byrokracie</li> <li>Metóda kalkulácie nákladov (DRG, ICD 10), financovanie investícií do existujúcich súkromných nemocníc;</li> <li>Minimálne prevádzkové normy pre poskytovanie bezpečných zdravotníckych služieb.</li> </ul>
Taliansko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kolektívne vyjednávanie;</li> <li>Zamestnanosť v odvetví zdravotnej starostlivosti;</li> <li>Dialóg so odvetvovými odborovými zväzmi;</li> <li>Pracovné podmienky;</li> <li>Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci;</li> <li>Zosúladenie práce a rodiny;</li> <li>Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Celoživotné vzdelávanie a ďalší odborný rozvoj;</li> <li>Organizácia práce;</li> <li>Digitalizácia pracoviska / digitálne zručnosti;</li> <li>Odborné vzdelávanie a príprava;</li> <li>Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov.</li> </ul>
Malta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kolektívne vyjednávanie;</li> <li>Súkromné partnerstvo;</li> <li>Práva zamestnancov v zdravotníctve;</li> <li>Vyhorenie v práci;</li> <li>Zosúladenie práce a rodiny.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vysielanie pracovníkov;</li> <li>Atraktivnosť odvetvia pre mladých pracovníkov.</li> </ul>
Portugalsko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kolektívne vyjednávanie;</li> <li>Zlepšenie zručností sestier;</li> <li>Kariérny postup;</li> <li>Cezhraničné uznávanie odborných kvalifikácií.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konvergencia EÚ;</li> <li>Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci;</li> <li>Pracovné podmienky;</li> <li>Starúca pracovná sila;</li> </ul>

Krajina	Priority	
	Odbory	Organizácie zamestnávateľov
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Odborné vzdelávanie a príprava;</li> <li>Uznávanie zručností na národnej úrovni;</li> <li>Kontinuálny odborný rozvoj a celoživotné vzdelávanie.</li> </ul>
<b>Španielsko</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracovné a zamestnanecké podmienky, najmä pracovný deň a mzdy;</li> <li>Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci z rodového hľadiska;</li> <li>Pomery v zdravotníctve; počet pacientov na sestru a bezpečnosť pacienta;</li> <li>Digitalizácia;</li> <li>Vystavenie toxickým a biologickým látkam, prevencia rizík;</li> <li>Profesionálny rozvoj a udržanie zamestnancov;</li> <li>Validácia štúdií a profesií.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementácia technológie; *</li> <li>Právne predpisy o uznávaní niektorých zdravotníckych špecialistov, napríklad embryológov;</li> <li>Dlhý zoznam čakateľov na vyšetrenia.</li> </ul>
<b>Chorvátsko</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov</li> <li>Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci</li> <li>Platy v zdravotníctve, najmä mzdy zdravotných sestier</li> <li>Pracovné podmienky</li> <li>Školenie zamestnancov</li> <li>Hmotné práva zdravotníckych pracovníkov</li> <li>Práva a povinnosti</li> <li>Nadčasy</li> <li>Kolektívne zmluvy</li> <li>Nedostatok zdravotníckych pracovníkov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Všetky skúmané témy;</li> <li>Synergia súkromnej a verejnej zdravotnej starostlivosti</li> <li>Bezpečnosť pri práci</li> </ul>
<b>Česká republika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Odmeňovanie zamestnancov v zdravotníctve a sociálnych službách</li> <li>Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci</li> <li>Ochrana a bezpečnosť zamestnancov</li> <li>Sociálny dialóg so zamestnávateľmi a tvorba dohôd a usmernení</li> <li>Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov</li> <li>Pracovné podmienky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smernica o pracovných podmienkach;</li> <li>Európska minimálna mzda;</li> <li>Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov;</li> <li>Atraktivnosť odvetvia pre mladých pracovníkov.</li> </ul>
<b>Slovensko</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracovné podmienky</li> <li>Zosúladenie práce a rodiny</li> <li>Kontinuálny odborný rozvoj a celoživotné vzdelávanie</li> <li>Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov</li> <li>Nedostatok personálu a zvyšovanie hodnoty práce sestier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presadzovanie záujmov svojich členov pri rozdeľovaní štrukturálnych fondov EÚ (ASN);</li> <li>Vytváranie dôstojných podmienok pre zamestnancov (ASN);</li> <li>Zvýšenie platieb za poistencov štátu (ASL SR)<sup>28</sup>.</li> </ul>
<b>Slovinsko</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov</li> <li>Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci</li> <li>Pracovné podmienky</li> <li>Atraktivnosť odvetvia pre mladých pracovníkov</li> <li>Zabezpečenie účinného verejného zdravia</li> <li>Normy pre ošetrojúci personál v zdravotníctve</li> <li>Systém odmeňovania v zdravotníctve</li> <li>Pracovný čas</li> </ul>	Nie sú k dispozícii žiadne informácie

Zdroj: Prieskum o sociálnom dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví \*Na základe sekundárneho výskumu

<sup>28</sup>Na základe prieskumu (k februáru 2021)

Respondenti mali možnosť zoradiť uvedené témy, ktorými sa má sociálny dialóg na úrovni EÚ zaoberať, na stupnici od 1 do 5 (päť znamená najvyššie ohodnotenú prioritu). Najvyššie hodnotenými témami sú pracovné podmienky vo všeobecnosti (vážený priemer 4,7) a bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci (vážený priemer 4,6). Tretie najvyššie hodnotenie (vážený priemer za 4,3) získali politiky ďalšieho profesijného rozvoja a celoživotného vzdelávania, naboru a udržania všetkých zdravotníckych pracovníkov a zosúladenia práce a rodiny. Žiadna z uvedených priorít nezískala menej ako 3 body, čo svedčí o relevantnosti všetkých tém.

V niektorých krajinách sa najvyššie hodnotené témy zamestnávateľov mierne líšia od prioritných tém odborov. Zamestnávateľia sa napríklad musia zamerať na odborné vzdelávanie a prípravu (vážený priemer 4,8), ďalší odborný rozvoj a celoživotné vzdelávanie (4,6) a starnutie pracovnej sily v južných krajinách. Na druhej strane sa odbory chcú venovať pracovným podmienkam (4,5), bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci (4,5) a zosúladeniu práce a rodiny (4,3).

**Tabuľka 5:** Priority organizácií s najvyšším hodnotením (% , N = 101)

Priorita	Hodnotenie na 4	Hodnotenie na 5	Vážený priemer
Pracovné podmienky	12%	78%	4,7
Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci	15%	74%	4,6
Kontinuálny odborný rozvoj a celoživotné vzdelávanie	29%	54%	4,3
Politiky prijímania a udržiavania všetkých zdravotníckych pracovníkov	22%	57%	4,3
Zosúladenie práce a rodiny	31%	51%	4,3
Odborné vzdelávanie a príprava	29%	49%	4,2
Uznávanie zručností na národnej úrovni	28%	49%	4,1
Digitalizácia pracoviska / digitálne zručnosti	29%	47%	4,1
Cezhraničné uznávanie odborných kvalifikácií	28%	42%	4,0
Atraktívnosť odvetvia pre mladých pracovníkov	26%	43%	4,0
Starnutie pracovnej sily	24%	38%	3,9
Mobilita zdravotníckych pracovníkov v EÚ	31%	29%	3,7

Zdroj: Prieskum o sociálnom dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví

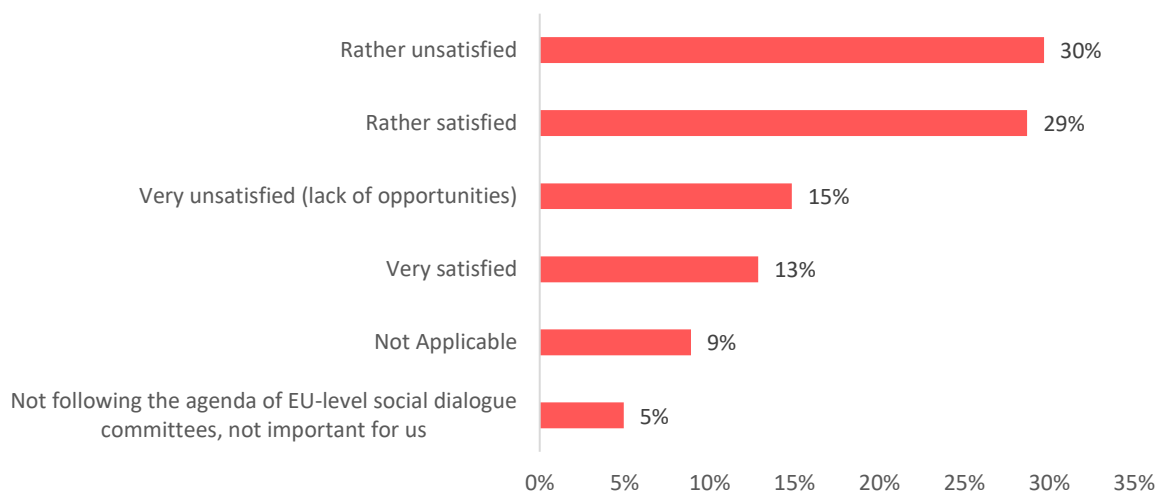
Poznámka: Otázka znela: „Považujete niektorú z nižšie uvedených tém za prioritu pre vašu organizáciu? Ohodnoťte každú možnosť od 1 do 5, pričom 1 predstavuje najnižšiu prioritu a 5 najvyššiu prioritu.“

Pri zisťovaní spokojnosti s možnosťami riešenia priorít sociálneho dialógu na úrovni EÚ zistenia ukazujú priestor na zlepšenie, pokiaľ ide o zapojenie národných organizácií. A to vytvorením atraktívnejšieho a participatívnejšieho prostredia pre národných partnerov na úrovni EÚ. Tretina respondentov je s týmito možnosťami skôr nespokojná a 15 % respondentov dokonca vidí nedostatok príležitostí na komunikovanie svojich priorít na úrovni EÚ. 42 % respondentov je skôr alebo veľmi spokojných (29 % a 13 %).

Dôvodom nespokojnosti s možnosťami informovať o prioritách sociálneho dialógu na úrovni EÚ je nedostatok finančných zdrojov (58 %) a ľudských / personálnych zdrojov (51 %). Štyridsať percent respondentov odpovedalo, že nemajú žiadnu interakciu s organizáciami na úrovni EÚ. 18 % respondentov si však myslí, že ich priority sa líšia od priorít sociálnych partnerov na úrovni EÚ v nemocničnom a zdravotníckom odvetví.



**Graf 3** Spokojnosť s možnosťami riešenia priorit sociálneho dialógu na úrovni EÚ (% , N= 101)



Zdroj Prieskum o sociálnom dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví

Poznámka: Otázka znela „Do akej miery ste spokojní so súčasnými možnosťami riešiť témy, ktoré ste v predchádzajúcej otázke označili ako najvyššiu prioritu (známka 4 a 5), v odvetvovom výbore pre sociálny dialóg na úrovni EÚ v nemocniciach a zdravotníctve? Vyberte jednu možnosť.“

Na základe prieskumu sociálni partneri od úrovne EÚ očakávajú: 1) podporu pri dosahovaní silnejšieho vplyvu na vnútroštátne politiky v odvetví zdravotníctva (78 %) a 2) podporu pri domácom kolektívnom vyjednávaní (napr. vyjednávanie o mzdách) (65 %). Tieto dve najhlasnejšie očakávania ukazujú, že národní sociálni partneri potrebujú zvýšiť svoj vplyv na národnej úrovni. Očakáva sa, že štruktúry sociálneho dialógu na úrovni EÚ budú v tomto smere podporné. Päťdesiatpäť percent respondentov očakáva budovanie kapacít – poskytovanie konkrétnych usmernení na posilnenie sociálneho dialógu a kolektívneho vyjednávania v nemocniciach a zdravotníctve v danej krajine a 52 % väčšie uznanie záujmov organizácie a začlenenie do programu sociálneho dialógu na úrovni EÚ.

**Tabuľka 5** Očakávania organizácií od štruktúr sociálneho dialógu na úrovni EÚ (% , N= 95)

Očakávania	Percent
Podpora sociálnych partnerov na úrovni EÚ pre našu organizáciu s cieľom dosiahnuť silnejší vplyv na politiky v odvetví zdravotníctva v našej krajine	78%
Podpora pri domácom kolektívnom vyjednávaní (napr. vyjednávanie o mzdách)	65%
Budovanie kapacít – poskytovanie konkrétnych usmernení o tom, ako posilniť sociálny dialóg a kolektívne vyjednávanie v nemocniciach a zdravotníctve v našej krajine	55%
Väčšie uznanie záujmov našej organizácie a jej začlenenie do programu sociálneho dialógu na úrovni EÚ	52%
Poskytnúť priestor na vytváranie sietí a výmenu skúseností	47%

Zdroj Prieskum o sociálnom dialógu v nemocničnom a zdravotníckom odvetví

Poznámka: otázka znela – Aké sú vaše očakávania od štruktúr sociálneho dialógu na úrovni EÚ v nemocničnom a zdravotníckom odvetví? Z nižšie uvedených možností vyberte tri najdôležitejšie očakávania.

Pandémia COVID-19 zmenila priority sociálnych partnerov a ešte viac zvýšila naliehavosť niektorých problémov, ktoré boli identifikované už pred krízou. Sociálni partneri z Chorvátska, Slovinska, Česka a Slovenska, ktorí mali možnosť diskutovať o svojich prioritách počas druhej vlny pandémie a po nej, zistili, že problémy, ktoré sa dlhodobo neriešili, sa počas pandémie ešte viac prehĺbili. Kritickým sa stal najmä nedostatok personálu. Otázky zdravia a bezpečnosti nadobudli ďalšie rozmery v oblasti prevencie a kontroly infekcií a dostupnosti osobných ochranných prostriedkov. V Chorvátsku a Slovinsku sa význam duševného zdravia počas krízy ešte zvýšil<sup>6</sup>.

Diskusia na regionálnom seminári so stredo európskymi krajinami odhalila novú tému, o ktorej sa bude diskutovať i na úrovni EÚ. Zamestnávateľské zväzy aj odbory požadujú zvýšenie investícií z plánov obnovy a odolnosti, ktoré boli oznámené na vnútroštátnej úrovni (HR, SK). Účastníci seminára považovali svoje zapojenie do konzultačného procesu plánu obnovy za nedostatočné. Možnosti vyrokovať spravodlivý podiel v rámci sociálneho dialógu na vnútroštátnej úrovni neboli využité. Sociálni partneri boli z tohto procesu často vylúčení. Nespokojnosť

s percentuálnym podielom investícií stanoveným na vnútroštátnej úrovni poskytuje sociálnym partnerom na úrovni EÚ priestor na konanie.

Zástupcovia rumunských odborových zväzov uviedli, že súčasná vláda minimalizovala ich možnosti ovplyvniť opatrenia počas pandémie a riešiť prekérne pracovné podmienky v zdravotníctve. Požiadavky odborových zväzov vzťahujúce sa na primerané zásobovanie osobnými ochrannými prostriedkami, prístup k vakcíne a zvýšenie plátov, boli vládou ignorované. Takmer všetky nemocnice sa transformovali na Covidové oddelenia, čím sa ohrozilo zdravie ostatných pacientov<sup>24</sup>.

Španielsko tiež potvrdilo obmedzenú účasť na sociálnom dialógu a nízke investície do zdravotnej starostlivosti, čo viedlo k viacerým nedostatkom. Na druhej strane Chorvátsko je spokojné so sociálnym dialógom počas pandémie, ktorý viedol k 10 % zvýšeniu plátov. Aj v Taliansku pokračujú rokovania so sociálnymi partnermi napriek pandémie. Kolektívne vyjednávanie neutrpelo pandemiou Covid-19. Talianskej Agentúre pre zmluvné zastupovanie verejnej správy ARAN sa podarilo uzavrieť rôzne verejné dohody, ako napríklad národné kolektívne zmluvy týkajúce sa „Miestnych funkcií“ a „Zdravotnej starostlivosti“ a v súčasnosti pracuje na národných kolektívnych zmluvách pre „Centrálne funkcie“<sup>25</sup>.

## 7. Záver

V záverečnej správe boli prezentované zistenia o zapojení sociálnych partnerov do sociálneho dialógu na úrovni EÚ a priority, ktorými sa treba zaoberať na úrovni EÚ v Bulharsku, Maďarsku, Poľsku, Rumunsku, na Cypre, v Grécku, Taliansku, na Malte, v Portugalsku, Španielsku, Chorvátsku, Českej republike, na Slovensku a v Slovinsku.

Spoločným znakom predmetných krajín je, že ich výdavky na zdravotnú starostlivosť sú dlhodobo pod priemerom EÚ-27 a nedostatok personálu spôsobuje následné zvýšenie pracovného zaťaženia a ohrozuje bezpečnosť pacientov a personálu. Okrem toho je migrácia zdravotníckych pracovníkov, najmä do západných a severných krajín, ekonomickou a spoločenskou výzvou pre všetky cieľové krajiny. Nedostatok pracovnej sily vedie k prekérnej práci, ktorá sa vyznačuje dlhým pracovným časom a nárastom počtu nočných zmien a opätovným zamestnávaním pracovníkov na dôchodku. Pracovné podmienky počas krízy COVID-19 ukázali zvýšenú potrebu koordinovaných a inkluzívnych opatrení na vnútroštátnej a európskej úrovni na účinné riešenie problémov. V dôsledku toho sa zastúpenie sociálnych partnerov v európskom odvetvovom sociálnom dialógu a i do európskeho semestra stalo nevyhnutným.

Sociálni partneri na národnej úrovni boli vyzvaní, aby pokračovali vo silnom záväzku Európskej komisie pre sociálnu Európu a prispeli k hľadaniu riešení naliehavých výziev v oblasti zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane, iniciatívy na úrovni EÚ môžu byť zdrojom informácií a inšpirácie pre rozvoj stratégií a posilnenie sociálneho dialógu v členských štátoch.

Zastúpenie sociálnych partnerov je roztrieštené, rôznorodé podľa profesií a súkromného / verejného odvetvia zdravotníctva. Tieto spoločné charakteristiky vo väčšine cieľových krajín dopĺňa absencia oficiálneho partnera pre sociálne vyjednávanie. Väčšina organizácií z cieľových krajín sa zúčastňovala na štruktúrach sociálneho dialógu na úrovni EÚ buď cez zastúpenie EPSU a HOSPEEM, alebo inou medziodvetvovou európskou organizáciou. Účasť zamestnávateľov v štruktúrach sociálneho dialógu na úrovni EÚ je v súčasnosti obmedzená.

Napriek tomu, že počet členských štátov EÚ, ktoré dostávajú odporúčania pre jednotlivé krajiny týkajúce sa zdravotnej starostlivosti v rámci procesu európskych semestrov, je zapojenie sociálnych partnerov obmedzené. Sociálni partneri identifikovali svoje priority, o ktorých by chceli informovať v rámci sociálneho dialógu na úrovni EÚ. Témy siahajú od komplexných celkových štrukturálnych problémov, ako sú vyššie investície do zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti, bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci a pracovné podmienky, udržanie pracovnej sily a zosúladenie práce a rodiny, až po diskusie o európskej smernici o minimálnej mzde. Najvyššie hodnotenými prioritami sú pracovné podmienky a bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci, ktoré súvisia s dlhodobými problémami nedostatku pracovnej sily a zhoršujúcimi sa pracovnými podmienkami.

Pokiaľ ide o zapojenie národných organizácií, vytvorenie atraktívnejšieho a participatívnejšieho prostredia pre národných partnerov na úrovni EÚ, existuje priestor na zlepšenie. Na základe prieskumu majú sociálni partneri jasné očakávania od sociálneho dialógu na úrovni EÚ. Národní sociálni partneri potrebujú zvýšiť svoj vplyv na národnej úrovni, aby mohli výraznejšie ovplyvniť národné politiky v odvetví zdravotníctva. Očakáva sa, že ich podpora štruktúry sociálneho dialógu na úrovni EÚ.

Nasledujúce kroky sociálnych partnerov na úrovni EÚ povedú k intenzívnejšej práci na iniciatívach zameraných na nábor a udržanie zamestnancov a k hlbšiemu preskúmaniu programov budovania kapacít, ktoré by pomohli zvýšiť politickú podporu sociálneho dialógu.

## Príloha

### A. Metodika

Použila sa kombinovaná metodika:

- a) Vykonaný sekundárny výskum sa zamerl na identifikáciu sociálnych partnerov v nemocničnom a zdravotníckom odvetví, ich charakteristiku a štúdie o národnom sociálnom dialógu a európskom semestri;
- b) Na mieru pripravený online prieskum venovaný sociálnemu dialógu v odvetví zdravotníctva pozostával z 23 otázok a bol rozdelený do štyroch oblastí:
  - (1) Identifikácia organizácií;
  - (2) Zapojenie do sociálneho dialógu na vnútroštátnej úrovni a na úrovni EÚ a do európskeho semestra;
  - (3) Priority a témy, o ktorých sa má informovať na úrovni EÚ;
  - (4) Spokojnosť s možnosťami riešiť priority a očakávania od štruktúr sociálneho dialógu na úrovni EÚ.

Prieskum bol preložený do národných jazykov a distribuovaný online prostredníctvom systémov Survey Monkey. Na účasti prieskumu boli opakovane vyzvané rôzne organizácie, odborové zväzy aj organizácie zamestnávateľov. Štruktúra respondentov zúčastnených na prieskume bola nasledovná:

Celková vzorka	Percent	Číslo
Celkový počet respondentov	100%	181
<b>Typ organizácie</b>		
Organizácia zamestnávateľov	6,6%	12
Odborová organizácia	87,9%	159
Iné	5,5%	10
<b>Pozícia respondenta v rámci organizácie</b>		
Prezident	20,7%	35
Viceprezident	4,7%	8
Generálny tajomník	4,7%	8
Člen predsedníctva	29,0%	49
Zamestnanec	16,0%	27
Iné	25,0%	42
<b>Krajina</b>		
Bulharsko	1,20%	2
Chorvátsko	5,99%	10
Cyprus	1,80%	3
Česká republika	2,40%	4
Grécko	5,39%	9
Maďarsko	2,99%	5
Taliansko	3,59%	6
Malta	2,40%	4
Poľsko	2,40%	4
Portugalsko	2,40%	4
Rumunsko	59,88%	100 <sup>29</sup>
Slovensko	4,19%	7
Slovinsko	2,40%	4
Španielsko	2,99%	5

<sup>29</sup>Vysoký počet respondentov z Rumunska je spôsobený distribúciou prieskumu medzi odborovými zväzmi na regionálnej úrovni

- c) Analýza diskusie na regionálnych seminároch: Diskusiu na seminári uľahčila vopred pripravená štruktúra; zápisy z diskusií boli zhrnuté do súhrnných zistení, ktoré dopĺňajú výsledky prieskumu a sekundárneho výskumu.

Časový harmonogram fáz výskumu pre jednotlivé skupiny krajín

Krajiny	Sekundárny výskum	Zber údajov z prieskumu	Analýza webového seminára
BG, HU, PL, RO	Od apríla do júla 2019	Od apríla do júna 2019	Regionálny seminár v Bukurešti v júni 2019
CY, EL, IT, PT, MT, ES	Od júla do novembra 2019	Od júla do novembra 2019	Regionálny seminár v Ríme v novembri 2019
HR, CZ, SK, SI	Od februára do augusta 2020	Od februára do augusta 2020	Online regionálny seminár v apríli 2021

## B. Odporúčania pre jednotlivé krajiny v rámci európskeho semestra

V nasledujúcej tabuľke sú uvedené odporúčania pre cieľové krajiny a ďalšie odporúčania v texte týkajúce sa oblastí zdravotnej a sociálnej politiky. Je potrebné poznamenať, že nižšie uvedené informácie sú výňatkami z odporúčaní krajiny prijatých v júli 2020.

Oblasti odporúčaní	Bulharsko	Maďarsko	Poľsko	Rumunsko
<b>Zdravotná politika</b>				
Systém zdravotnej starostlivosti a infraštruktúra	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charakterizované verejnými výdavkami;</li> <li>Obmedzený prístup k zdravotnej starostlivosti spôsobený nerovnomerným rozdelením obmedzených zdrojov a nízkou úrovňou zdravotného poistenia;</li> <li>Výrazná úroveň platieb z vlastných zdrojov pacientov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nedostatočný skrining a primárna starostlivosť;</li> <li>Verejné výdavky sú pod priemerom EÚ;</li> <li>Občania sa pri prístupe ku kvalitným službám spoliehajú na platbu z vlastných zdrojov;</li> <li>Systém je silne zameraný na nemocnice, pričom primárna starostlivosť je slabá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neuspokojená potreba zdravotníckych služieb sa znížila, ale v EÚ zostáva vysoká;</li> <li>Čakacie lehoty sa od roku 2010 výrazne predĺžili;</li> <li>Vypracovaná mapa potrieb zdravotnej starostlivosti, ktorá ale neslúži ako nástroj na podporu rozhodnutí;</li> <li>Systém zdravotnej starostlivosti je príliš úzko zameraný na poskytovanie nemocničnej starostlivosti;</li> <li>Primárna a ambulantná starostlivosť sú stále nedostatočne rozvinuté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nízke financovanie, neefektívne využívanie verejných zdrojov a chýbajúca reforma obmedzujú účinnosť systému zdravotníctva;</li> <li>Vysoká prevencia neformálnych platieb;</li> <li>Prístup k službám zdravotnej starostlivosti pre osoby žijúce vo vidieckych oblastiach a zraniteľné skupiny je obmedzený;</li> </ul>
	<p><b>CSR:</b> Zlepšiť prístup k zdravotným službám vrátane zníženia platieb z vlastných zdrojov pacientov a predstaviť riešenia nedostatku zdravotníckych pracovníkov.</p>	<p><b>CSR:</b> Zlepšenie zdravotných výsledkov podporou preventívnych zdravotných opatrení a posilnením primárnej starostlivosti</p>		<p><b>CSR:</b> Zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti a jej nákladovú efektívnosť, a to aj prostredníctvom presunu ambulantnej starostlivosti</p>
Nedostatok pracovníkov v zdravotníctve	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nízka dostupnosť praktických lekárov obmedzuje poskytovanie primárnej starostlivosti;</li> <li>Výrazný nedostatok zdravotných sestier, ktorých počet na obyvateľa patrí k najnižším v EÚ.</li> </ul>	Výrazný nedostatok zdravotníckeho personálu, najmä všeobecných lekárov a zdravotných sestier, bráni prístupu k starostlivosti v chudobnejších oblastiach	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prístup k systému zdravotnej starostlivosti a jeho účinnosť ovplyvňujú nízke výdavky a nedostatok personálu;</li> <li>Pomer počtu praktických lekárov a zdravotných sestier k počtu obyvateľov je jeden z najnižších v EÚ, pričom štvrtina zdravotníckeho personálu je v dôchodkovom veku;</li> </ul>	Nedostatok pracovníkov v zdravotníctve je spôsobený najmä emigráciou lekárov a zdravotných sestier
	<p><b>Odporúčanie</b> Rýchlejšie a účinnejšie vykonávanie národnej stratégie v oblasti zdravia by pomohlo odstrániť tieto nedostatky.</p>			
<b>Sociálna politika</b>				
Zručnosti	<p><b>Odporúčanie:</b> Posilnenie zamestnateľnosti prostredníctvom posilnenia zručností vrátane digitálnych zručností.</p>	<p><b>Odporúčanie:</b> Rozvoj digitálnych zručností by mohol pomôcť zlepšiť zamestnateľnosť</p>	<p>Nedostatky v digitálnych zručnostiach, gramotnosti a počítaní</p> <p><b>CSR:</b> Podporovať kvalitné vzdelávanie a zručnosti relevantné pre trh práce, najmä prostredníctvom vzdelávania dospelých</p>	<p>Nevyvíjajú sa v súlade s potrebami rozširujúcich sa hospodárskych odvetví<sup>30</sup></p>

<sup>30</sup>81 % zamestnávateľov má problémy s obsadzovaním voľných pracovných miest

Oblasti odporúčaní	Česká republika	Chorvátsko	Slovinsko	Slovensko
<b>Zdravotná politika</b>				
<b>System a infraštruktúra zdravotnej starostlivosti</b>	<p>Súčasná kríza ukázala, že potreba plánov krízovej pripravenosti v odvetví zdravotníctva zahŕňa zlepšenie nákupných stratégií, diverzifikáciu dodávateľských reťazcov a strategické rezervy základných zásob. Sú to kľúčové prvky pre vypracovanie širších plánov krízovej pripravenosti.</p> <p>Odporúčanie: Zabezpečiť odolnosť systému zdravotníctva, posilniť dostupnosť zdravotníckych pracovníkov, primárnu starostlivosť a integráciu starostlivosti a zavádzanie služieb elektronického zdravotníctva.</p>	<p>Zvýšenie odolnosti systému zdravotníctva. Podporovať vyvážené geografické rozmiestnenie zdravotníckych pracovníkov a zariadení, užišiu spoluprácu medzi všetkými úrovňami správy a investície do elektronického zdravotníctva</p>	<p>Zabezpečiť odolnosť systému zdravotnej a dlhodobej starostlivosti vrátane zabezpečenia dostatočných dodávok dôležitých zdravotníckych produktov a riešenia nedostatku zdravotníckych pracovníkov.</p>	<p>Posilniť odolnosť zdravotníckeho systému v oblasti zdravotníckych pracovníkov, kritických zdravotníckych produktov a infraštruktúry. Zlepšiť poskytovanie primárnej starostlivosti a koordináciu medzi jednotlivými typmi starostlivosti.</p>
<b>Sociálna politika</b>				
<b>Zručnosti</b>	<p>Podporovať poskytovanie zručností, vrátane digitálnych zručností a prístupu k digitálnemu vzdelávaniu.</p>	<p>Zlepšiť prístup k digitálnej infraštruktúre a službám. Podporovať získavanie zručností.</p>	<p>Podporovať digitálne kapacity podnikov a posilňovať digitálne zručnosti, elektronický obchod a elektronické zdravotníctvo.</p>	<p>Posilnenie digitálnych zručností. Zabezpečiť rovnaký prístup ku kvalitnému vzdelávaniu.</p>
<b>Pracovná sila</b>	<p>Podporovať zamestnanosť prostredníctvom aktívnych politík trhu práce</p>	<p>Posilniť opatrenia a inštitúcie trhu práce a zlepšiť primeranosť dávok v nezamestnanosti a systémov minimálneho príjmu.</p>	<p>Zabezpečiť primeranú náhradu príjmu a sociálnu ochranu. Zmierniť vplyv krízy na zamestnanosť vrátane posilnenia systémov skráteného pracovného času a pružných pracovných podmienok. Zabezpečiť, aby tieto opatrenia poskytovali primeranú ochranu neštandardným pracovníkom.</p>	<p>Poskytnúť primeranú náhradu príjmu a zabezpečiť prístup k sociálnej ochrane a základným službám pre všetkých</p>

Oblasti odporúčaní	Cyprus	Grécko	Taliansko	Malta	Portugalsko	Španielsko
<b>Zdravotná politika</b>						
<b>System a infraštruktúra zdravotnej starostlivosti</b>	<p>Pokrok dosiahnutý v oblasti zdravotnej starostlivosti prijatím právnych predpisov na vytvorenie nového národného systému zdravotníctva priniesol nasledovné výsledky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zlepšenie prístupu</li> <li>• zavedenie všeobecného zdravotného poistenia;</li> <li>• zníženie vysokej úrovne platieb z vlastných zdrojov pacientov;</li> <li>• zvýšenie efektívnosti poskytovania starostlivosti vo verejnom odvetvie;</li> <li>• zabezpečenie finančnej a prevádzkovej nezávislosti verejných nemocníc.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Prijat' opatrenia na zabezpečenie toho, aby národný systém zdravotníctva začal fungovať v roku 2020, ako sa plánovalo, a zároveň zachovať jeho dlhodobú udržateľnosť.</p>	<p>Rozsiahla reforma systému primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa začala v roku 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• relevantná na zabezpečenie prístupu;</li> <li>• pokračovanie investícií prostredníctvom nasadenia miestnej zdravotníckej jednotky.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Zameranie sa na hospodársku politiku súvisiacu s investíciami do udržateľnej zdravotnej starostlivosti s ohľadom na regionálne rozdiely a potrebu zabezpečiť sociálne začlenenie;</p>	<p>Celkovo dobré výsledky, ale rozdiely v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch majú vplyv:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prístup;</li> <li>• vlastný kapitál;</li> <li>• účinnosť;</li> </ul> <p>Potenciál na zlepšenie prostredníctvom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lepšej správy;</li> <li>• monitorovania štandardných úrovni služieb.</li> </ul> <p><b>Odporúčania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viac domácej a komunitnej a dlhodobej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím a iné znevýhodnené skupiny;</li> <li>• Geografické rozdiely, ktoré treba zohľadniť v dostupnosti služieb zdravotnej a dlhodobej starostlivosti.</li> </ul> <p><b>CSR</b> Zlepšenie účinnosti, dostupnosti a udržateľnosti zdravotnej starostlivosti</p>	<p>Súčasná situácia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zvýšenie verejných výdavkov v systémoch zdravotnej starostlivosti súvisiacich so starnutím obyvateľstva;</li> <li>• Riziko rastúceho dlhu v dlhodobom horizonte;</li> <li>• Prebiehajúce opatrenia na decentralizáciu služieb z nemocníc na primárnu starostlivosť;</li> <li>• Riešenie dlhých čakacích lehôt rozšírením kapacity ambulantnej starostlivosti vo verejných nemocniciach;</li> <li>• Zvyšujúci sa dopyt po dlhodobej starostlivosti;</li> <li>• Zavedenie nových typov komunitných a domácich služieb;</li> <li>• Prijaté opatrenia zatiaľ nemajú vplyv na fiškálnu udržateľnosť.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Zabezpečiť fiškálnu udržateľnosť systému zdravotnej starostlivosti, a to aj prostredníctvom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obmedzenia predčasného odchodu do dôchodku;</li> <li>• úpravy zákonom stanoveného veku odchodu do dôchodku vzhľadom na očakávané predĺženie strednej dĺžky života.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neustály tlak na verejné financie v dôsledku nepriaznivého demografického vývoja;</li> <li>• Podpora nákladovej efektívnosti prostredníctvom zvýšeného centralizovaného nákupu a používania generík;</li> <li>• Nedostatočné rozpočtové plánovanie a účtovná kontrola, ktoré vedú k vysokým nedoplatkám nemocníc;</li> <li>• zavedenie nového modelu riadenia verejných nemocníc s cieľom štruktúrne riešiť nedoplatky v roku 2019.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Zlepšiť kvalitu verejných financií uprednostňovaním výdavkov na podporu rastu a zároveň posilnením celkovej kontroly výdavkov, nákladovej efektívnosti a primeranej tvorby rozpočtu so zameraním na trvalé znižovanie nedoplatkov v nemocniciach.</p>	
<b>Sociálna politika</b>						
<b>Zručnosti</b>	<p>Prístup ku kvalitnému vzdelávaniu a odbornej príprave s celoživotnou perspektívou zohľadňujúcou budúce potreby.</p>	<p>Rastúci nedostatok a nesúlad zručností s meniacim sa trhom práce.</p> <p><b>Odporúčania:</b></p>	<p>Zohľadniť získavanie zručností orientovaných na budúcnosť vrátane opatrení na podporu vzdelávania dospelých.</p>	<p>Ďalšie úsilie o zlepšenie kvality a inkluzívnosti systémov vzdelávania a odbornej prípravy s</p>	<p>Úroveň zručností je v prípade viacerých skupín obyvateľstva stále nízka. Zlepšenie zamestnateľnosti a sociálnej mobility</p>	<p>Nedostatok a nesúlad zručností bráni rozvoju a využívaniu moderných technológií, najmä v malých a stredných podnikoch.</p>

	<p><b>Odporúčania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšiť kapacitu odborného vzdelávania a prípravy;</li> <li>Zvýšiť zapojenie zamestnávateľov a účasť učiacich sa na odbornom vzdelávaní a príprave.</li> </ul> <p><b>CSR:</b> Zlepšiť relevantnosť svojich systémov vzdelávania a odbornej prípravy pre trh práce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšenie kapacity odborného vzdelávania a prípravy</li> <li>Posilniť a modernizovať systémy vzdelávania a odbornej prípravy.</li> </ul>	<p><b>Odporúčania:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Posilniť príťažlivosť učiteľského povolania;</li> <li>Zvyšovanie kvalifikácie je potrebné najmä v oblasti digitálnych zručností.</li> </ul> <p><b>CSR</b> Zlepšiť výsledky vzdelávania, a to aj prostredníctvom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>primeraných a cielených investícií;</li> <li>podporovať zvyšovanie kvalifikácie v oblasti digitálnych zručností.</li> </ul>	osobitným dôrazom na znevýhodnené skupiny.	prostredníctvom investícií do vzdelávania, odbornej prípravy a infraštruktúry. <b>CSR:</b> Zlepšiť úroveň zručností obyvateľstva, najmä jeho digitálnu gramotnosť, a to aj tým, že sa vzdelávanie dospelých viac prispôbiť potrebám trhu práce.	Zbrzdené úsilie o reformu vzdelávacieho systému.  <b>CSR:</b> Znížiť počet prípadov predčasného ukončenia školskej dochádzky a zintenzívniť spoluprácu medzi vzdelávaním a podnikmi s cieľom zlepšiť zručnosti a kvalifikácie relevantné pre trh práce, najmä v oblasti informačných a komunikačných technológií.
<b>Mzda</b>		<b>Odporúčanie</b> dokončenie komplexnejších reforiem sociálnych dávok.	Príjmová nerovnosť a riziko chudoby sú vysoké, pričom existujú veľké regionálne a územné rozdiely.  Rozdiely v zamestnanosti žien a mužov sú naďalej jedny z najvyšších v Únii.  Stále chýba komplexná stratégia na podporu účasti žien na trhu práce.		Napriek zníženiu príjmovej nerovnosti je stále výrazne vyššia ako priemer Únie. Primeranosť systému minimálneho príjmu patrí k najnižším v Únii.  <b>Odporúčanie:</b> Zlepšiť pokrytie, primeranosť alebo účinnosť siete sociálneho zabezpečenia vrátane systémov minimálneho príjmu	Regionálne rozdiely uvedené v regionálnych systémoch minimálneho príjmu; Obmedzená prenosnosť medzi regiónmi znižuje motiváciu pre mobilitu pracovnej sily.  <b>Odporúčania</b>
<b>Sociálny dialóg</b>		Účinný sociálny dialóg a zodpovedné sociálne partnerstvo môžu podporiť	Pôvodne plánovaná reforma rámca kolektívneho vyjednávania mala za cieľ lepšie zosúladiť mzdy a platy s hospodárskymi podmienkami na regionálnej a podnikovej úrovni. Rámcová dohoda podpísaná s tromi hlavnými talianskymi odborovými zväzmi o			Hoci je zriadenie tripartitných okrúhlych stolov dobrým krokom k výraznejšiemu zapojeniu sociálnych partnerov do tvorby politiky, existuje priestor na hlbšie a včasnejšie konzultácie.



			sociálnych partnerov na rokovaníach; <ul style="list-style-type: none"><li>• vytvorení vylepšeného algoritmu na stanovenie mzdových miním.</li></ul>			
--	--	--	--	--	--	--

*Zdroj Prehľad zostavený tímom CELSI na základe odporúčaní pre jednotlivé krajiny v rámci európskeho semestra 2020*

### C. Zoznam účastníkov informačného seminára

Priezvisko	Meno	Organizácia	Príslušnosť	Krajina
Albuquerque Arenga	Margarida	Stále zastúpenie Portugalska	Iné	Belgicko
Avram	Adam	EPSU	EPSU	Belgicko
Barecka-Bach	Anna	NSZZ "Solidarność" Fresenius Nephrocare	EPSU	Poľsko
Bartlet	Céline	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgicko
Behrens	Jan	Európska komisia	Iné	Belgicko
Berislavic	Marija	Chorvátsky odborový zväz zdravotných sestier a zdravotníckych technikov	EPSU	Chorvátsko
Bota	Ovidiu	SANITAS Kluž	EPSU	Rumunsko
Branca	Marta	HOSPEEM	HOSPEEM	Taliansko
Břeňková	Ivana	TUHSS CR/OSZSP ČR	EPSU	Česká republika
Cojocariu	Victoria	Eurofound	Iné	Írsko
Das	Sarada	Stály výbor európskych lekárov (CPME)	Iné	Belgicko
De Bruyn	Myriam	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgicko
Dechorgnat	Elisa	FEHAP	HOSPEEM	Francúzsko
Drug	Roxana	EPSU	EPSU	Belgicko
Fasoli	Sara	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgicko
Gae	Razvan	Federácia SANITAS	EPSU	Rumunsko
Gil Alonso	Yolanda	FSS-CC.OO	EPSU	Španielsko
Goudriaan	Jan-Willem	EPSU	EPSU	Belgicko
Hnykova	Jana	OSZSP ČR	EPSU	Česká republika
Holubová	Barbora	CELSI	Iné	Slovensko
Howe	Samantha	EPDU	EPSU	Belgicko
Kahancova	Marta	CELSI	Iné	Slovensko
Malapitan	Christopher	Grafik	Iné	Belgicko
Michelutti	Paolo	ASL Roma 3	HOSPEEM	Taliansko
Mohrs	Simone	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgicko
Negru	Liliana	SANITAS Arad	EPSU	Rumunsko
Oarna	Ana Maria	Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED	Iné	Rumunsko
Papp	Katalin	Komora maďarských zdravotníckych pracovníkov, Fakulta zdravotníctva Debrecínskej univerzity	Iné	Maďarsko
Paun	Tanja	Chorvátske združenie zamestnávateľov v zdravotníctve	Iné	Chorvátsko
Pereira	Ana Carla	Európska komisia	Iné	Belgicko
Petcu	Claudia	Sanitas	EPSU	Rumunsko
Prasnjak	Anica	Chorvátsky odborový zväz zdravotných sestier a zdravotníckych technikov	EPSU	Chorvátsko
Ptak-Bufkens	Katarzyna	Európska komisia	Iné	Belgicko

Renouvel	Sylvain	Federácia európskych sociálnych zamestnávateľov	Iné	Belgicko
Rinversi	Silvia	ARAN	HOSPEEM	Taliansko
Robert	Alexandre	Európska federácia združení sestier (EFN)	Iné	Belgicko
Rodríguez Contreras	Ricardo	Eurofound	Iné	Írsko
Rogalewski	Adam	EPSU	EPSU	Belgicko
Romeao	Sandra	Sanitas	EPSU	Rumunsko
Scarparo	D'Emanuele	UIL FPL	EPSU	Taliansko
Schriefer	Jan	FNV Holandsko	EPSU	Holandsko
Slangen	Sylvie	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgicko
Vannini	Michele	FP-CGIL	EPSU	Taliansko
Zlatanova	Slava	Federácia odborových zväzov – zdravotníctvo (FTU-HS)	EPSU	Bulharsko