



ЗАКЛЮЧИТЕЛЕН ДОКЛАД ПО ПРОЕКТ

Заключителният доклад е изготвен в рамките на съвместния проект на HOSPEEM и EPSU „Укрепване на социалния диалог в болничния сектор в Източна, Южна и Централна Европа“ (2019 г. и 2021 т.). Проектът е получил финансова подкрепа от Европейския съюз (проект №: VS/2019/0008).

Автор:



Информацията, която се съдържа в настоящата публикация, не отразява непременно официалната позиция на Европейската комисия.



This project has received financial support from the European Union

Съдържание

1. Въведение	2
2. Факти и цифри в болничния и здравния сектор	3
3. Социални партньори в болничния и здравния сектор	5
4. Участие на социалните партньори в структурите на ЕС за социален диалог	9
5. Участие на социалните партньори в европейския семестър	10
6. Приоритети на социалните партньори, които следва да бъдат съобщени на равнището на ЕС	12
7. Заключение	18
Приложение	I
А. Методика	I
В. Специфични за всяка държава препоръки по европейския семестър	III
С. Списък на участниците в семинара за разпространение	VIII

Индекс на таблиците

Таблица 1: Разходи за здравеопазване (всички финансови схеми, 2018 г.).....	3
Таблица 2: Здравен персонал, нает в болници (2018 г.)	4
Таблица 3: Причини за неучастие в структури за социален диалог на равнището на ЕС (% , брой = 57) ..	10
Таблица 4: Приоритети, които следва да бъдат съобщени на равнището на ЕС	13
Таблица 5: Приоритети с най-висока оценка на организациите (% , брой = 101).....	16

Индекс на графиките

Графика 1: Пряко участие на срещите на комитета на структурите за социален диалог на равнището на ЕС от 2015 г. насам (% , N = 76)	9
Графика 2: Начините, по които социалните партньори участват в процедурата по европейския семестър (% , N=124)	12
Графика 3: Степен на удовлетвореност от възможностите за разглеждане на приоритетите в социалния диалог на равнището на ЕС (% , N = 101).....	17

Съкращения

СВДП	специфични за всяка държава препоръки в рамките на европейския семестър
ЕИСК	Европейски икономически и социален комитет
РО	работодателска организация
EPSU	Европейска синдикална федерация на работещите в сектора на обществените услуги
ЕС	Европейски съюз
БВП	брутен вътрешен продукт
НОСПЕЕМ	Европейска асоциация на работодателите в сектора на здравеопазването и болниците
ДЧ	държава членка
СД	социален диалог
ССД	секторен социален диалог
П	профсъюзи

Съкращения на държавите

BG	България	HU	Унгария
CZ	Чешка република	MT	Малта
EL	Гърция	PL	Полша
ES	Испания	PT	Португалия
HR	Хърватия	RO	Румъния
IT	Италия	SI	Словения
CY	Кипър	SK	Словакия

1. Въведение

Ефективността, достъпността, доброто качество на грижите и устойчивостта на болничните и здравните системи придобиха още по-голямо значение по време на наскоро възникналата здравна криза. Въпреки че се признава същественото значение на болничния и здравния сектор, **той е изправен пред дългосрочни предизвикателства**, които се изостриха след избухването на пандемията. От кризата стана ясно как слабостите в здравните системи могат да имат дълбоки последици за общественото здраве и икономическото развитие във всички държави – членки на ЕС.

Пандемията показва и повишената нужда от координирани и приобщаващи действия на национално и европейско равнище с цел ефективно преодоляване на предизвикателствата. Следователно представителството на социалните партньори **в европейския секторен социален диалог (СД) и тяхното участие в европейския семестър и в националните планове за възстановяване и устойчивост придобиха стратегическо значение**, за да се гарантира, че условията на труд и пазарните реформи се прилагат на равнището на ЕС.

Въпреки това представителността на европейските организации на социалните партньори от сектора на здравеопазването в секторния социален диалог е възпрепятствана от високата степен на сегментиране на доставчиците в сферата на здравеопазването, като се започне от органите от публичния сектор на различни административни равнища и се стигне до организациите с нестопанска цел и частноправните институции¹. Разслоението сред доставчиците влияе и върху структурата на социалните партньори; работниците и работодателите се организират според собствения си професионален сектор, подсектори и по критерия частен/публичен сектор.

За да укрепят ролята на социалните партньори на равнището на ЕС, Европейската асоциация на работодателите в сектора на здравеопазването и болниците (HOSPEEM) и Европейската синдикална федерация на работещите в сектора на обществените услуги (EPSU) възложиха изпълнението на съвместен проект. Целите на проекта са а) да бъдат определени и разгледани **потребностите от изграждане на капацитет на секторните социални партньори**; б) да бъдат получени количествени и качествени данни относно **актуалното състояние на участието им в европейския семестър** и да се укрепят тяхната роля в това отношение. По-специално в рамките на проекта бяха проучени приоритетите на социалните партньори и как тези приоритети биха могли да се отразят по-добре в бъдещите дейности на HOSPEEM и EPSU. В заключителния доклад се предоставят съпоставителни данни и специфична за всяка държава информация от четирнадесет целеви държави: България, Унгария, Полша, Румъния, Кипър, Гърция, Италия, Малта, Португалия, Испания, Хърватия, Чешката република, Словакия и Словения. Заклучителният доклад е съвкупност от трите регионални доклада за държавите от Източна Европа (BG, HU, PL и RO), Южна Европа (ES, EL, CY, MT, PT, IT) и Централна Европа (SK, SI, CZ и HR).²

Констатациите в настоящия доклад са **получени в резултат от комбинираната методика**, която включва:

- специално разработена онлайн анкета относно социалния диалог в болничния и здравния сектор, проведена от април 2019 г. до август 2020 г. (в три части, посветени на конкретни групи държави);
- документално проучване, проведено от април 2019 г. до август 2020 г.;
- резултати от обсъждането с национални организации на социалните партньори и относими организации от 14-те целеви държави, проведено по време на три регионални уеб семинара (юни 2019 г. в Букурещ, ноември 2019 г. в Рим, онлайн семинар през април 2021 г.).

Докладът е структуриран както следва:

- В първа глава са представени водещите **статистически показатели** въз основа на съпоставителни данни от Евростат за болничния и здравния сектор в 14-те държави.
- Във втора глава са изброени **идентифицираните социални партньори** – профсъюзи и работодателски организации или други организации в 14-те целеви държави.
- Съответно в трета и четвърта глава се анализират въпросите дали и по какъв начин **социалните партньори участват в структурите на ЕС за социален диалог и в европейския семестър**.
- В пета глава са описани приоритетите и темите, които социалните партньори искат да представят в секторния социален диалог на равнището на ЕС, тяхното равнище на удовлетвореност от възможностите за преодоляване на проблемите им на равнището на ЕС и какво очакват от ЕС.

¹ Eurofound (2020 г.), Representativeness of the European social partner organisations: Human health sector (Представителност на европейските организации на социалните партньори: сектор на хуманното здравеопазване), поредица Sectoral social dialogue (Секторен социален диалог), Дъблин.

² Държавите са групирани по този начин единствено за целите на настоящия проект и групите не могат да бъдат приравнявани на други европейски териториални класификации.

Забележка: Данни от Полша от 2017 г., Словакия – налични са само показатели за еквивалент на пълно работно време

Източник: Евростат 2018 г., Здравен персонал, нает в болници [онлайн код: hlth_rs_prshp1]

Подобни проблеми са налице във всички целеви държави, като има и взаимно подсилващи се предизвикателства, специфични за всяка държава. В Гърция например дългосрочните тенденции в здравеопазването се влияят от застаряващото население, имиграцията и привлекателността на сектора на общественото здравеопазване. Недостатъчният брой на работещите в сектора и несигурността във връзка с пенсиите са свързани със застаряването на здравните специалисти. Например лекарите на възраст между 65 и 74 години съставляват 14% в Унгария и 13% в България. Поради ниските възнаграждения и липсата на персонал много лекари и медицински сестри поемат втора работа. Освен това между 70% и 80% от здравния персонал са жени.

Малкият брой медицински сестри на пациент води до застрашаване на безопасността на хората. Профсъюзите призовават за увеличаване на персонала с цел постигане на адекватно равнище на кадрова обезпеченост въз основа на потребностите и за подобряване на условията на труд. Липсата на работна сила поражда несигурен труд, който се характеризира с дълго работно време и много нощни смени, както и с извикване обратно на пенсионирани служители. Освен това ниското възнаграждение принуждава служителите да търсят допълнителни източници на доходи, което води до трудности в балансирането между професионалния и семейния живот.

Въпреки общата липса на здравни специалисти, която придоби още по-неотложен характер по време на пандемията от COVID-19, здравните кризи предизвикаха и положителни промени в някои държави. В някои държави интересът към професията на здравния специалист се е повишил през 2021 г. (например CZ). Тази промяна се дължи отчасти на допълнителните плащания и социални придобивки, предоставени от държавата на работещите в здравеопазването по време на пандемията и договорени и придвижвани напред от националните социални партньори. В Хърватия е прието отпускането на допълнителни плащания за здравни специалисти по време на кризата. При все това поради цялостното и дълготрайно неблагоприятно икономическо положение, в което се намират работещите в здравеопазването, това решение не е било задоволително от финансова гледна точка за медицинските сестри. В някои държави броят на лекарите е относително достатъчен, но положението се усложнява поради регионални различия (CZ, SK, HR).

3. Социални партньори в болничния и здравния сектор

Въз основа на документалното проучване и споделена база данни между HOSPEEM, EPSU и CELSI, бяха идентифицирани следните социални партньори, представляващи служителите и работодателите в болничния и здравния сектор в четирнадесетте държави. Когато е относимо за социалния диалог на национално равнище и на равнището на ЕС, са идентифицирани и други видове организации.

Разслоението и голямото многообразие на социалните партньори по критериите „професия“ и „публичен/частен здравен сектор“ са общи характеристики в повечето от обхванатите държави. Държавните органи, като министерствата на здравеопазването, които са работодатели в публичния сектор, както и относими участници в националния социален диалог и тристранното сътрудничество, са посочени като работодателски организации в таблиците по-долу. В някои държави професионалните сдружения, като камарите на медицинските сестри, са станали значими и често заместват или допълват ролята на профсъюзите (например в HU, PL и SK). Въпреки това тези камари обикновено не са официални членове на двустранния или тристранния социален диалог и поради тази причина нямат права да участват в преговори и следователно не са включени в списъка.

Профсъюзите се съсредоточават по-скоро върху конкретни подсектори и професии, като например лекари, медицински сестри, и специалности (например радиолози). Някои работодателски организации обхващат множество сектори, докато други само конкретни области в рамките на здравния сектор, както е случаят с профсъюзите. Повечето от идентифицираните социални партньори участват в социален диалог и договаряне най-малко на едно равнище (национално, секторно или на равнище на организация).

	България	Унгария	Полша	Румъния
Профсъюзи				
	Федерация на синдикатите в здравеопазването (КНСБ) ¹²	Профсъюз на здравеопазването в Унгария	Федерация на профсъюзите на служителите в здравеопазването и социалното подпомагане	Румънска профсъюзна федерация SANITAS
	Медицинска федерация „Подкрепа“ (МФ „Подкрепа“) ¹²	Алианс Semmelweis ¹³	Национален профсъюз на медицинските сестри и акушерите в Полша (NTUNMP)	HIPOCRAT
		Форум за сътрудничество на профсъюзите	Секретариат за защита на здравето към NSZZ Solidarność	Профсъюз за солидарност в здравеопазването (FSSR)
				Централен национален профсъюз в здравеопазването и социалните грижи
Работодателска организация				
	Национална асоциация на работодателите от здравеопазването в Република България (НАРЗРБ) ¹⁴	Унгарска асоциация на икономическите мениджъри в здравеопазването	Работодатели на Полша ¹⁵	Национална бизнес асоциация на семейните лекари ¹⁶
	Национално сдружение на частните болници (НСЧБ)	Унгарска асоциация на болниците	Клуб „Бизнес център“ (ВСС) ¹⁷	Национален съюз на румънските работодатели
	Асоциация на работодателите от здравеопазването в Република България ¹⁸	Национален център за услуги в здравеопазването	Полска конфедерация на частните работодатели „Левиатан“	Румънска национална федерация на работодателите в здравеопазването и фармацията
	Сдружение на общинските болници в България		Национален съюз на частните работодатели в здравеопазването	PALMED
			Полска асоциация на частните болници	Работодатели на частни доставчици на медицински услуги
Професионални организации/други				
		Камара на унгарските здравни специалисти ¹⁹		Министерство на здравеопазването
		Унгарска медицинска камара ¹⁹		Министерство на труда и социалната справедливост
	Чешка република	Хърватия	Словения	Словакия

¹² Представява само служители в публичния сектор.

¹³ Целта му е защита на интересите на служителите.

¹⁴ Представява около 17 от най-големите държавни болници и седем центъра за спешна помощ

¹⁵ Представява 7000 работодатели от всички сектори, включително 113 работодатели в сектора на здравеопазването, повечето непублични.

¹⁶ Не участва в колективното договаряне, нито в националния социален диалог.

¹⁷ Обхваща 26 дружества в непубличния сектор.

¹⁸ Клон на Българската търговско-промишлена палата

¹⁹ Задължително членство

Профсъюзи				
	Профсъюз на здравните услуги и социалните грижи в Чехия (OSZSP ČR)	Хърватски профсъюз на медицинските сестри и медицинските техници (HSSMS-MT)	Профсъюз на лекарите и зъболекарите в Словения (FIDES)	Словашки профсъюз на здравните и социалните служби (SOZZASS)
	Чешки лекарски профсъюз (LOK-SČL)	Профсъюз на здравеопазването на Хърватия (SZH)	Профсъюз на здравните и социалните служби в Словения (SINDIKAT-ZSVS)	Профсъюз на лекарите (LOZ)
		Автономен профсъюз в здравните служби и службите за социална закрила (SSZSSH)	Съюз в здравеопазването и социалните грижи на Словения (SZSSS)	Профсъюз на медицинските сестри и акушерите (OZSaPA)
		Хърватски медицински съюз (HLS)	Съюз на здравните работници на Словения (SDZNS)	
			Конфедерация на профсъюзите в здравеопазването – PERGAM (SZS PERGAM)	
			Словенски зъболекарски профсъюз (DENS)	

Работодателска организация				
	Асоциация на чешките и моравските болници (ACMN)	Хърватска асоциация на работодателите в здравеопазването (UPUZ-HR)	Министерство на здравеопазването и Министерство на труда, семейството и социалните въпроси	Асоциация на болниците на Словакия (ASN)
	Конфедерацията на промишлеността, Чешка република (SP)	Асоциация на хърватските работодатели – Браншова асоциация на поликлиниките, болниците, медицинските и здравните центрове (CEA)	Словенска асоциация на частните лекари и зъболекари (ZZZZS) – не участва в социалния диалог	Асоциация на държавните болници на Република Словакия (AŠN)
				Асоциация на частните лекари на Република Словакия (ASL SR)

Професионални организации/други				
			Медицинска камара на Словения (ZSS)	Словашка камара на медицинските сестри и акушерите (SKSaPA)

	Кипър ²⁰	Гърция	Италия	Малта	Португалия	Испания
Профсъюзи	Общокипърски профсъюз на държавните служители (PASYDY)	Общогръцка федерация на работниците в публични болници (POEDIN)	Съюз на държавните служители (FP-CGIL)	Гласове на работниците (UHM)	Съюз на португалските медицински сестри (SEP)	Федерация на здравните сектори и социално-санитарните сектори на Профсъюзната

²⁰ Профсъюзите са подредени според броя на активните членове в сектора (въз основа на документа на Eurofound (2020 г.) Representativeness of the European social partner organisations in hospitals and health care (Представителност на европейските организации на социалните партньори в болниците и здравеопазването)).

					федерация на Работническата комисия и здравните сектори (FSSS – COO)
Общокипърски съюз на държавните медицински сестри (PASYN0)	Конфедерация на държавните служители (ADEDY)	Федерация на местните власти (FPL UIL)	Общ работнически съюз (GWU)	Съюз на медицинските сестри на автономна област Мадейра (SERAM)	Общ съюз на работниците (UGT)
Общокипърски съюз на държавните лекари (PASIKI)		Федерация на работниците и службите в публичния сектор (FPS-CISL)	Малтийски съюз на акушерите и медицинските сестри (MUMN)	Съюз на медицинските сестри (SE)	Федерация на публичните служби към Общия работнически съюз (FSP – UGT)
Кипърски профсъюз на работниците – служители в държавни, военни и социални институции (PASYEK – PEO)		Федерация на независимите здравни работници (FIALS)	Общ работнически съюз – секция „Държавни и публични субекти“	Независим съюз на медицинските сестри (SIPE)	Испански профсъюзи на медицинските сестри (SATSE)
Кипърска федерация на служителите в частния сектор (OIYK-SEK)		Федерация на независимите съюзи – Здравеопазване (FSI)		Независим съюз на лекарите (SIM)	Централен независим профсъюз и Профсъюз на служителите в публичния сектор на Испания (CSIF)
		Асоциация на медицинския и ръководния персонал на Националната здравна служба (ANAAD ASSOMED)		Съюз на португалските медицински сестри (SEP)	

Работодателски организации

Кипърска федерация на работодателите и индустриалците (ОЕВ) – Частен сектор (междусекторна)	Министерство на здравеопазването: Публичен сектор	Агенция за договорно представителство на публичната администрация (ARAN)	Малтийска асоциация на работодателите (МЕА)	Португалска асоциация на частните болници (APHP)	Испански частен здравен алианс (ASPE)
Министерство на здравеопазването: Основен работодател за общественото здравеопазване	Общогръцки съюз на частните болници (PEIK)	Италианска федерация на болниците и здравните агенции (FIASO)	Министерство на здравеопазването: Публичен сектор	Работодателска конфедерация в търговията и услугите (CCP)	Министерство на здравеопазването: Публичен сектор
Организация на държавните здравни служби: Публичен сектор				Национална конфедерация на институциите за солидарност (CNIS)	

4. Участие на социалните партньори в структурите на ЕС за социален диалог

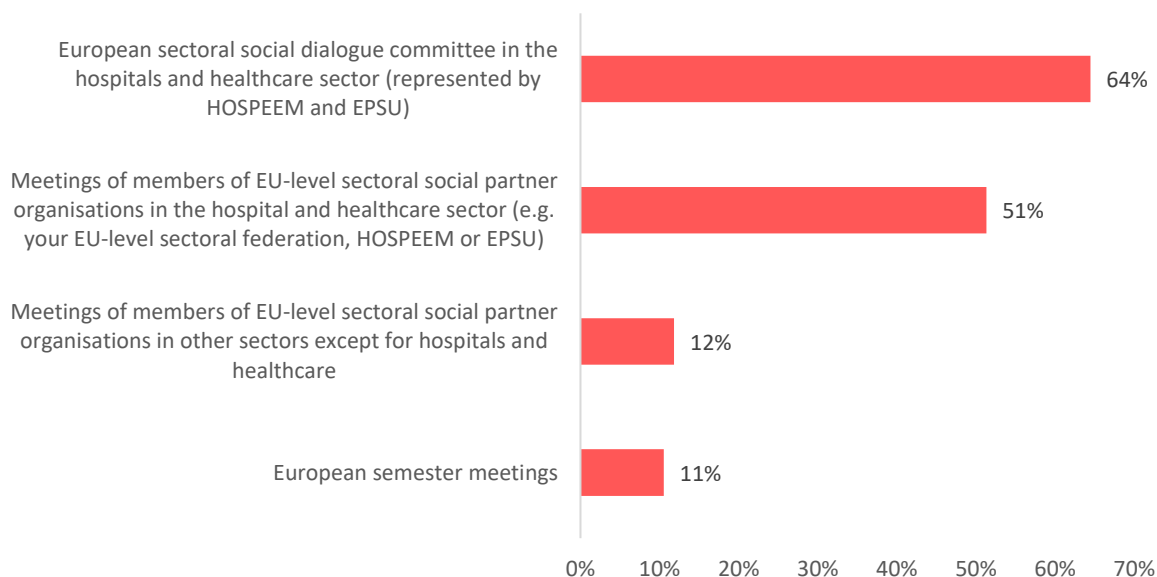
Важността на европейския социален диалог е залегнала в Договора за функционирането на Европейския съюз (ДФЕС) и по-специално в няколко члена от него²¹. Съществуват множество примери, в които **социалните партньори са изиграли активна роля в споразуменията, които обхващат целия Европейски съюз.**

Вярвам твърдо в ценността на социалния диалог между работодатели и профсъюзи – хората, които познават най-добре своя сектор и своя регион.

Представените по-долу констатации, свързани с участието на социалните партньори в социалния диалог на ЕС, се основават на онлайн анкетата, проведена сред относими социални партньори/организации в четиринадесетте целеви държави в периода от април 2019 г. до август 2020 г. Повечето от участвалите в анкетата социални партньори участват пряко в срещите в рамките на структурите на ЕС за социален диалог. Следва да се отбележи, че мнозинството от участниците са представители на профсъюзи²².

Сред тези, които участват, **повечето организации от целевите държави са участвали в структурите за социален диалог на равнището на ЕС, като са били представлявани от EPSU и HOSPEEM или от междусекторна европейска организация.** Сред тези, които участват, 64% участват пряко в Комитета на ЕС за секторен социален диалог за сектора на здравеопазването и болниците (КССД „Здравеопазване“) посредством EPSU или HOSPEEM, а 51% участват в срещи на членовете на двете партньорски организации на равнището на ЕС за ССД през последните четири години. Дванадесет процента, обикновено работодателски сдружения, са участвали в срещи на организации на секторни социални партньори на равнището на ЕС в други сектори. Едва 11% от участниците в анкетата са участвали в срещите по европейския семестър.

Графика 1: Пряко участие на срещите на комитета на структурите за социален диалог на равнището на ЕС от 2015 г. насам (% , брой = 76)



Източник: Анкета за социалния диалог в болничния и здравния сектор
Забележка: има възможност за повече от един отговор.

Най-честата причина за неучастие в никакви структури за социален диалог на равнището на ЕС е липсата на финансови възможности (30%). Липсата на личен състав, липсата на време за участие в

²¹ Член 152: Европейският съюз признава и насърчава ролята на социалните партньори на равнището на Съюза при зачитане на тяхната автономност. Член 154: Комисията провежда консултации със социалните партньори на равнището на ЕС. Член 155: Споразумения, сключени от социални партньори.

²² Вж. приложението „Методика“.

срещи и пречките пред приема на такива срещи (не са изпълнени критериите за представителност) са причините за неучастие в социалния диалог на равнището на ЕС съответно при 26% и 23% от участниците в анкетата. Освен това някои не виждат добавена стойност и напредък в подобряването на социалния и икономическия статус след продължително членство в една организация на ЕС (18%). Неучастието на социалните партньори от целевите държави може също така да се дължи на тяхното разслоение на национално равнище и/или на ограничените понастоящем независими работодателски организации.

Таблица 3: Причини за неучастие в структури за социален диалог на равнището на ЕС (% , брой = 57)

Причини за неучастие	Процент
Липса на финансови ресурси (големи разходи за пътуване, висок членски внос)	
Липса на личен състав, липса на време за участие в срещи	
Пречки пред приема (не са изпълнени критериите за представителност)	
Социалният диалог на равнището на ЕС няма голямо значение за дейностите на нашата организация	
Трудности при разбирането на ролята и функционирането на социалния диалог на равнището на ЕС	
Езикова бариера	

Източник: Анкета за социалния диалог в болничния и здравния сектор

Забележка: има възможност за повече от един отговор.

EPSU представлява повечето профсъюзи на европейско равнище и е единственият признат социален партньор в болничния сектор. Въпреки че съществуват и други европейски асоциации на болници, HOSPEEM е единственият признат европейски секторен социален партньор, представляващ интересите на националните работодателски организации в болничния сектор. **Участието на работодателите в структурите за социален диалог на равнището на ЕС понастоящем е ограничено.** Представители на националните профсъюзи са отправили апел към националните работодателски организации да станат членове на HOSPEEM, за да се установи ефективен социален диалог на равнището на ЕС, тъй като много профсъюзи в целевите държави в рамките на региона нямат представена насрещна страна, така че да се обсъждат и да се постигат споразумения по инструменти на равнището на ЕС⁶.

В някои държави (например CZ) националният социален диалог е забавил темпа си по време на пандемията от COVID-19, а в други държави комуникацията и преговорите между социалните партньори са били сведени до минимум. Друга причина за това е била относително честата смяна на служителите в рамките на отговорните държавни органи. В Хърватия и Словения обаче социалният диалог с министерството е запазил относително високо качество⁶.

5. Участие на социалните партньори в европейския семестър

Европейският семестър е годишен цикъл за управление с цел мониторинг и правоприлагане във връзка със спазването на строги бюджетни и структурни реформи. **Акцентът върху социалните аспекти в европейския семестър е засилен напоследък посредством обвързването му с Европейския стълб на социалните права.** По-специално принципи 8 и 16 гласят, че „социалните партньори следва да бъдат консултирани във връзка с разработването и изпълнението на политиките в областта на икономиката, заетостта и социалните дейности в съответствие с националните практики“ и че „следва да се насърчава подкрепата за увеличаване на капацитета на социалните партньори с цел да се стимулира социалният диалог“, както и че „всеки има право на своевременно достъп до финансово достъпни профилактични и лечебни медицински грижи с добро качество“.

Специфичните за всяка държава препоръки (СВДП) от европейския семестър отразяват важността на сектора на здравеопазването и социалния диалог за фискалната консолидация, социалното сближаване, преодоляването на бедността (сред трудещите се) и засилването на устойчивостта и функционирането на здравната система. **Вследствие на това се увеличава броят на държавите – членки (ДЧ) на ЕС, които получават свързани със здравеопазването СВДП:** 10 ДЧ през 2017 г., 15 ДЧ през 2019 г.²³ След избухването на пандемията през март 2020 г. механизмите на европейския семестър бяха коригирани спрямо кризата и беше създаден механизъм за възстановяване и устойчивост с цел направляване на държавите членки при справянето със здравните кризи. Държавите членки бяха насърчени да представят своите планове за възстановяване и устойчивост. Настоящата процедура за оценяване посредством

²³ За конкретни СВДП вж. приложение Б.

специфични за всяка държава препоръки ще бъде заменена от процедура по оценяване на планове за възстановяване и устойчивост през 2021 г.²⁴

Кризата повиши нуждата от поемане на ангажимент за укрепване на социална Европа и на Европейския стълб на социалните права посредством развиване на социалния диалог. Ролята на социалния диалог е напълно призната като основен елемент в ЕС на различни равнища посредством участието в диалог на социалните партньори на равнището на ЕС и националните социални партньори. Подкрепата за насърчаване на социалния диалог в ЕС е отразена и в плана за действие за прилагане на Европейския стълб на социалните права посредством конкретни инициативи, като например нова подпомагаща рамка за споразумения между социалните партньори на равнището на ЕС и нова награда за иновативни практики при социалния диалог, както и нова стратегическа рамка за здравословни и безопасни условия на труд. Европейската комисия предложи нови инструменти за по-добро измерване на препятствията и пропуските при достъпа до здравеопазване и за представяне на доклад на ЕС относно достъпа до основни услуги, като същевременно държавите членки се насърчават да инвестират в работната сила в здравеопазването, подобряване на условията на труд и достъпа до обучение.²⁵

Силният ангажимент на Европейската комисия и транспонираните в множество инициативи принципи на Европейския стълб на социалните права предоставят на националните социални партньори нови възможности и вдъхновение да използват източниците с цел разработване на стратегии и укрепване на социалния диалог в държавите членки, като например пренасяне на инициативите от планове в ежедневната работа и предаване на интересите нагоре по веригата до равнището на ЕС, както и на предизвикателствата относно условията на труд, свързаните със здравословните и безопасни условия на труд проблеми в болниците, миграцията на здравните специалисти и трудностите при колективното договаряне, така че да се работи по тяхното преодоляване и те да бъдат интегрирани в по-нататъшни планове, както и укрепване на СД в болничния сектор на равнището на ЕС.²⁶

Механизмите на европейския семестър представляват платформа, където въз основа на факти могат да бъдат открити слабости и те да бъдат съобщени по-нататък на съответните комитети на равнището на ЕС, за да се потърсят решения. Ангажирането на социалните партньори е ключово в този процес. Финансовата помощ от Европейската комисия ще подкрепи усилията на социалните партньори за изпълнение на ангажиментите им да съобщават приоритетите си на равнището на ЕС²⁷. Въпреки че **настоящото участие на социалните партньори в процедурата по европейския семестър е ограничено**, 30% от организациите са информирани редовно за препоръчаните реформи. Други 23% се интересуват или се опитват да участват в процеса на европейския семестър. 20% от социалните партньори са информирани от време на време, а едва 14% участват редовно и 6% участват понякога в самия процес. Тези констатации могат да бъдат подкрепени от повтаряемото проучване, провеждано от Eurofound относно участието на националните социални партньори в процеса на изготвяне на политиката.²⁸

²⁴ Egbert Holthuis, Европейска комисия, The European Semester process: actions to develop and foster the involvement of national sectoral social partners (Процесът на европейския семестър: действия за развиване и насърчаване на участието на националните секторни социални партньори); изказване на Регионалния уеб семинар, 20 април 2021 г.

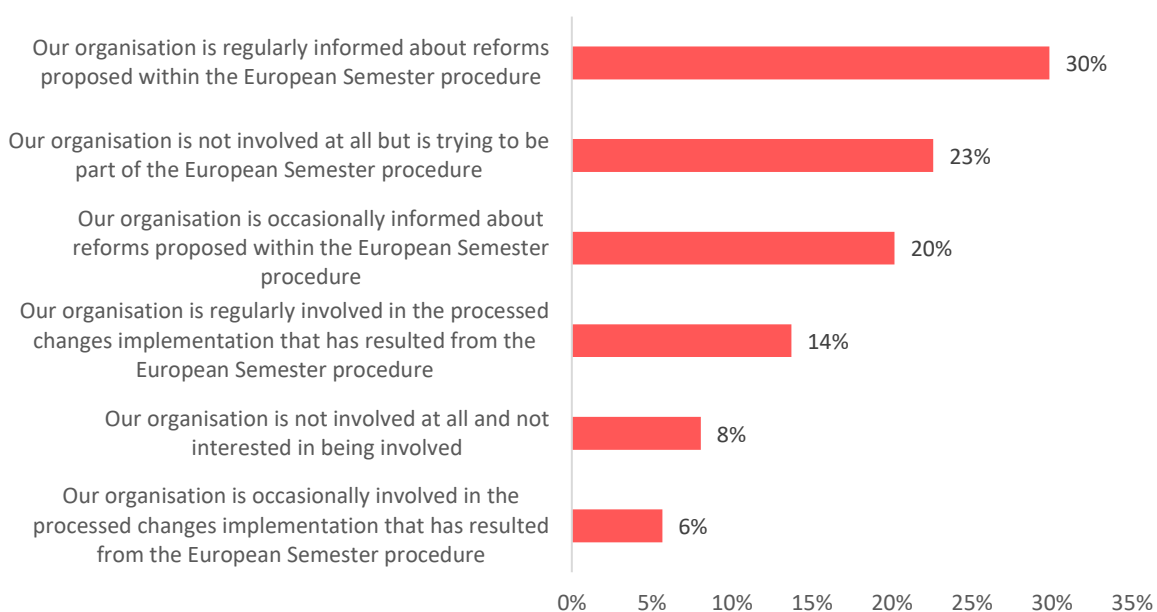
²⁵ Представяне от Jan Behrens (генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и приобщаване“, отдел А2 „Социален диалог“): Social dialogue at EU level (Социалният диалог на равнището на ЕС), по време на регионалния уеб семинар, 20 април 2021 г.

²⁶ Въз основа на обсъждането по време на Семинара за разпространение, 16 юни 2021 г.

²⁷ Jan Behrens, служител по въпросите на политиката, Европейска комисия, на Семинара за разпространение, 16 юни 2021 г.

²⁸ Eurofound (2020 г.), Involvement of national social partners in policymaking – 2019 (Участие на националните социални партньори в изготвянето на политики – 2019 г.), Служба за публикации на Европейския съюз, Люксембург.

Графика 2: Начините, по които социалните партньори участват в процедурата по европейския семестър (% , брой = 124)



Източник: Анкета за социалния диалог в болничния и здравния сектор

По време на обсъжданията на регионалния уеб семинар стана ясно, че основната отговорност за доброто участие на национално равнище продължава да се носи от държавата членка. В някои държави обаче социалните партньори имат ограничена възможност да участват в процеса на европейския семестър и се оплакват, че са изолирани от него⁶. HOSPEEM и EPSU предоставят пространство за споделяне и укрепване на добри практики, а оттам и на социалния диалог на национално равнище и на равнището на ЕС. В тази връзка словенските социални партньори призовават за по-интензивна подкрепа от EPSU за националните партньори, за да може те да бъдат включени в процеса на семестъра на ЕС.

6. Приоритети на социалните партньори, които следва да бъдат съобщени на равнището на ЕС

Социалните партньори са изброили приоритетите си, които следва да бъдат изразени на равнището на ЕС, например посредством членството си в съответните организации на равнището на ЕС на социалните партньори в болничния и здравния сектор. В анкетата социалните партньори посочиха приоритетите си, които биха искали да съобщят в рамките на социалния диалог на равнището на ЕС. Темите варират от всеобхватни, цялостни структурни проблеми, като например увеличаване на инвестициите в здравеопазването, здравословни и безопасни условия на труд и условия на труд по принцип, задържане на работната сила до баланса между професионалния и семейния живот. Въпреки това недостигът на работна ръка в здравеопазването, повишаването на привлекателността на секторите и подобряването на политиките за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници се очертах като общи теми за повечето социални партньори от анкетираните целеви държави. Поради голямото многообразие на отговорите сме изброили всички приоритети така, както са посочени в оригиналната им форма, в следващите три таблици.

Таблица 4: Приоритети, които следва да бъдат съобщени на равнището на ЕС

Държава	Приоритети	
	Профсъюзи	Работодателски организации
Румъния	<ul style="list-style-type: none"> условия на труд – нормативни актове за възнагражденията и премиите; норми за работното време, кадровата обезпеченост; уеднаквяване на обучението на медицинския персонал; подобряване по отношение на представителите на социалните партньори и колективните договори. 	няма налична информация
Унгария	<ul style="list-style-type: none"> възнаграждения, по-специално минимално възнаграждение на европейско равнище; законодателство в областта на работното време във връзка с работното претоварване; баланс между професионалния и семейния живот. 	трудова миграция и свързаният с нея недостиг на работна ръка*
Полша*	<ul style="list-style-type: none"> увеличаване на броя на медицинските сестри в болниците във връзка с гарантиране на безопасността на пациентите; финансови искания относно увеличаване на възнаграждението, по-специално за медицинските сестри; задържане на персонала в контекста на текущите промени в организацията на болничния сектор; 	<ul style="list-style-type: none"> смекчаване на разликите в нарастването на възнагражденията между лекарите и медицинските сестри; увеличаване на инвестициите в здравеопазването.
България	<ul style="list-style-type: none"> възнаграждения на медицинските специалисти – подкрепа за единно минимално възнаграждение в ЕС; проблеми със здравословните и безопасни условия – насилие от външна страна и психосоциални рискове; задържане на работната сила. 	<ul style="list-style-type: none"> трансграничен достъп до здравни услуги; повече възможности за участие на равнището на ЕС.
Кипър	<ul style="list-style-type: none"> липса на медицински сестри и ресурси (по-специално в частните болници); реформа в сектора на здравеопазването (обща здравна система и независимост на обществените болници); намаленият държавен бюджет за здравеопазване, засягащ ЕС-28; професионално развитие и учене през целия живот. 	<ul style="list-style-type: none"> липса на медицински сестри. устойчивост на националната здравна система; функционална и финансова независимост на обществените болници; прилагане на обща правна и регулаторна уредба за публичния и частния здравен сектор.
Гърция	<ul style="list-style-type: none"> липса на персонал и проблеми в областта на труда; предоставяне на подходящо оборудване на първичните структури; специализирани лекари за централната структура – медицинско техническо оборудване; свързаност с подобни системи в чужбина; здравеопазване в рискови професии. 	<ul style="list-style-type: none"> увеличаване на финансирането на здравната система от 5% на 8% от БВП; равно третиране от страна на държавата спрямо частния и публичния сектор; свеждане на бюрокрацията до минимум. метод на изчисляване на разходите (свързани с диагностиката групи (DRGs), международна класификация на заболяванията (ICD) 10), финансиране на инвестиции в съществуващите частни болници; минимални оперативни стандарти за предоставяне на безопасни здравни услуги.
Италия	<ul style="list-style-type: none"> колективно договаряне; заемост в сектора на здравеопазването; диалог със секторните профсъюзи; условия на труд; здравословни и безопасни условия на труд; баланс между работата и семейството; политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници. 	<ul style="list-style-type: none"> учене през целия живот и продължаващо професионално развитие; организация на работата; цифровизиране на работното място/цифрови умения; професионално образование и обучение; политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници.

Държава	Приоритети	
	Профсъюзи	Работодателски организации
Малта	<ul style="list-style-type: none"> • колективно договаряне; • частно партньорство; • права на служителите в здравеопазването; • преумора на работа; • баланс между работата и семейството. 	<ul style="list-style-type: none"> • командироване на работници; • привлекателността на сектора за младите работници.
Португалия	<ul style="list-style-type: none"> • колективно договаряне; • повишаване на уменията на медицинските сестри; • напредване в кариерата; • трансгранично признаване на професионалните квалификации. 	<ul style="list-style-type: none"> • сближаване в ЕС; • здравословни и безопасни условия на труд; • условия на труд; • застаряваща работна сила; • професионално образование и обучение; • признаване на умения на национално равнище; • продължаващо професионално развитие и учене през целия живот.
Испания	<ul style="list-style-type: none"> • условия на труд и заетост, по-специално работния ден и възнагражденията; • здравословни и безопасни условия на труд, включително от гледна точка на равенството между половете; • съотношения на здравния персонал; съотношение „сестри към пациенти“, съотношение за безопасност на пациента; • цифровизиране; • излагане на токсични и биологични агенти, превенция на риска; • професионално развитие и задържане на персонала; • валидиране на образование и професии. 	<ul style="list-style-type: none"> • внедряване на технологии; * • законодателство за признаване на някои здравни специалности, като например ембриолози; • дългия списък с чакащи за скрининги.
Хърватия	<ul style="list-style-type: none"> • политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници; • здравословни и безопасни условия на труд; • възнагражденията в здравеопазването, по-специално за медицинските сестри; • условия на труд; • обучение на персонала; • материални права на здравните специалисти; • права и задължения; • извънреден труд; • колективни договори; • липса на здравни работници. 	<ul style="list-style-type: none"> • всички теми от анкетата; • полезно взаимодействие между частното и общественото здравеопазване; • здравословни и безопасни условия на труд.
Чешка република	<ul style="list-style-type: none"> • възнаграждението на служителите в здравните и социалните услуги; • защита на здравето и безопасността на труда; • защита и сигурност на персонала; • социален диалог с работодателите и изработване на споразумения и насоки; • политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници; • условия на труд. 	<ul style="list-style-type: none"> • Директива за условията на труд; • европейско минимално възнаграждение; • политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници; • привлекателността на сектора за младите работници.
Словакия	<ul style="list-style-type: none"> • условия на труд и баланс между работата и семейството; • продължаващо професионално развитие и учене през целия живот; • политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници; • липса на персонал и повишаване на стойността на труда на медицинските сестри. 	<ul style="list-style-type: none"> • извеждане на преден план на интересите на членовете при разпределянето на средствата от структурните фондове на ЕС (ASN); • създаване на достойни условия за служителите (ASN); • увеличаване на плащанията за държавно осигурени лица (ASL SR)²⁹.
Словения	<ul style="list-style-type: none"> • политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници; 	няма налична информация

²⁹ Въз основа на документално проучване (считано от февруари 2021 г.).

Държава	Приоритети	
	Профсъюзи	Работодателски организации
	<ul style="list-style-type: none">• здравословни и безопасни условия на труд;• условия на труд;• привлекателността на сектора за младите работници;• гарантиране на ефективно обществено здравеопазване;• норми за персонала, полагащ грижи, в сектора на здравеопазването;• система на възнагражденията в здравеопазването;• работно време.	

Източник: Анкета за социалния диалог в болничния и здравния сектор *Въз основа на документалното проучване

Участниците в анкетата имаха възможността да класират изброените теми, които следва да бъдат разглеждани в СД на равнището на ЕС, по скала от 1 до 5 (петицата обозначава най-висок приоритет). Темите, класирани с най-висок приоритет, са условията на труд като цяло (с претеглена средна стойност 4,7) и здравословните и безопасни условия на труд (с претеглена средна стойност 4,6). На трето място са класирани продължаващото професионално развитие и ученето през целия живот, политиките за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници и балансът между работата и семейството (с претеглена средна стойност 4,3). Нито един от изброените приоритети не е получил оценка под 3 точки, което показва, че всички теми са значими.

В някои държави темите, класирани най-високо от работодателите, се различават леко от тези, класирани най-високо от профсъюзите. Например работодателите трябва да се съсредоточат върху професионалното образование и обучение (с претеглена средна стойност 4,8), продължаващото професионално развитие и ученето през целия живот (4,6) и застаряващата работна сила в държавите от Южна Европа. От друга страна профсъюзите искат да бъдат разглеждани условията на труд (4,5), здравословните и безопасни условия на труд (4,5) и балансът между работата и семейството (4,3).

Таблица 5: Приоритети с най-висока оценка на организациите (% , брой = 101)

Приоритет	Оценка 4	Оценка 5	Претеглена средна стойност
Условия на труд			
Здравословни и безопасни условия на труд			
Продължаващо професионално развитие и учене през целия живот			
Политики за набиране и задържане на персонал за всички здравни работници			
Баланс между работата и семейството			
Професионално образование и обучение			
Признаване на умения на национално равнище			
Цифровизиране на работното място/цифрови умения			
Трансгранично признаване на професионалните квалификации			
Привлекателността на сектора за младите работници			
Застаряваща работна сила			
Мобилност на здравните специалисти в ЕС			

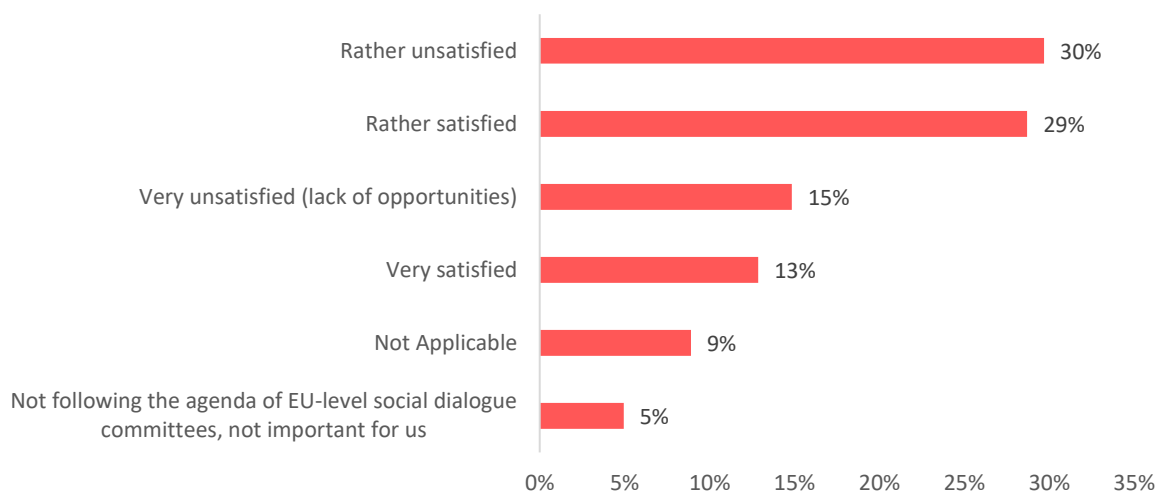
Източник: Анкета за социалния диалог в болничния и здравния сектор

Забележка: Въпросът е „Считате ли някоя от изброените по-долу теми за приоритет за Вашата организация? Моля, оценете всяка избрана тема от 1 до 5, където 1 представлява най-нисък приоритет, а 5 – най-висок приоритет.“

На въпроса за степента на удовлетвореност от възможностите за разглеждане на приоритетите на социалния диалог на равнището на ЕС, констатациите показват, че има още какво да се желае по отношение на участието на националните организации, създаването на по-ангажираща среда с по-широко участие за националните партньори на равнището на ЕС. Една трета от участниците в анкетата са по-скоро неудовлетворени от възможностите, а 15% дори виждат липса на възможности за съобщаване на приоритетите си на равнището на ЕС. От друга страна, 42% от участниците са по-скоро удовлетворени или силно удовлетворени (съответно 29% и 13%).

Причините за неудовлетвореността от възможностите за съобщаване на приоритетите в рамките на социалния диалог на равнището на ЕС са липсата на финансови ресурси (58%) и човешките/кадровите ресурси (51%). Четиридесет процента от участниците са отговорили, че нямат взаимодействие с организации на равнището на ЕС. 18% от участниците обаче смятат, че техните приоритети са различни от приоритетите на социалните партньори на равнището на ЕС в болничния и здравния сектор.

Графика 3: Степен на удовлетвореност от възможностите за разглеждане на приоритетите в социалния диалог на равнището на ЕС (% , брой = 101)



Източник: Анкета за социалния диалог в болничния и здравния сектор

Забележка: Въпросът е: „Доколко сте удовлетворени от настоящите възможности за разглеждане на темите, които сте оценили с най-висок приоритет (оценка 4 и 5) в предишния въпрос, в рамките на комитета на равнището на ЕС за секторен социален диалог в болничния и здравния сектор? Изберете един отговор.“

Въз основа на анкетата социалните партньори очакват следното от равнището на ЕС: 1) подкрепа за оказване на по-силно въздействие върху националните политики в здравния сектор (78%) и 2) подкрепа за колективното договаряне на национално равнище (например договаряне за възнагражденията) (65%). Тези две най-ярко открояващи се очаквания показват, че националните социални партньори имат нужда да увеличат влиянието си на национално равнище. От структурите за социален диалог на равнището на ЕС се очаква да оказват подкрепа в тази връзка. Петдесет и пет процента от участниците в анкетата очакват изграждане на капацитет – предоставяне на конкретни насоки относно укрепване на социалния диалог и колективното договаряне в болниците и здравеопазването в съответната държава, а 52% очакват по-голямо признание на интересите на съответната организация и включването им в програмата на социалния диалог на равнището на ЕС.

Таблица 5: Очакванията на организациите от структурите за социален диалог на равнището на ЕС (% , брой = 95)

Очаквания	Процент
Подкрепа от социалните партньори на равнището на ЕС за нашата организация, за да може тя да има по-силно въздействие върху политиките в здравния сектор в нашата държава	
Подкрепа за нас в колективното договаряне на национално равнище (например договаряне за възнагражденията)	
Изграждане на капацитета – предоставяне на конкретни насоки как да бъде укрепен социалният диалог и колективното договаряне в болниците и здравеопазването в нашата държава	
По-голямо признание на интересите на нашата организация и включването им в програмата на социалния диалог на равнището на ЕС	
Да се предостави пространство за създаване на контакти и обмен на опит	

Източник: Анкета за социалния диалог в болничния и здравния сектор

Забележка: въпросът е „Какви са очакванията Ви от структурите за социален диалог на равнището на ЕС в болничния и здравния сектор? Моля, изберете трите най-значими очаквания от вариантите по-долу.“

Пандемията от COVID-19 промени приоритетите на социалните партньори, като неотложното естество на някои проблеми, идентифицирани още преди кризата, стана още по-осезаемо. Социалните партньори от Хърватия, Словения, Чешката република и Словакия, които имаха възможност да обсъдят приоритетите си по време на втората вълна на пандемията и след нея, посочиха, че трудностите, които не са били преодоляни дълго време, са се изострили по време на пандемията. По-конкретно критични измерения

придобиха липсата на персонал. Проблемите в областта на здравословните и безопасни условия на труд придобиха допълнителни измерения във връзка с профилактиката и контрола на заразяването, както и във връзка с наличието на лични предпазни средства. В Хърватия и Словения значението на психичното здраве се е увеличило по време на кризата⁶.

Обсъждането на регионалния семинар с държавите от Централна Европа доведе до формулиране на нова тема, която да бъде съобщена на равнището на ЕС. Социалните партньори призовават за повишени инвестиции от плановите за възстановяване и устойчивост, което вече е било изразено на национално равнище (HR, SK). Участниците в семинара изразиха мнение, че включването им в процеса на консултации по плана за възстановяване е било недостатъчно. Не са били оползотворени възможностите за договаряне на справедлив дял в социалния диалог на национално равнище. Често социалните партньори са били изключвани от процеса. Неудовлетвореността от процента на инвестициите, определен на национално равнище, предоставя пространство за действие на социалните партньори на равнището на ЕС.

Представители на румънски профсъюзи посочиха, че възможностите за оказване на влияние върху мерките по време на пандемията и за преодоляване на несигурните условия на труд в здравеопазването са били сведени до минимум при настоящото правителство. Никой не обръща внимание на призивите на профсъюзите за подходяща доставка на лични предпазни средства, достъп до ваксини и увеличаване на възнагражденията. Почти всички болници са преобразувани в центрове за Covid, което застрашава здравето на другите пациенти²⁴.

Испания също потвърди ограниченото участие в социалния диалог и ниското равнище на инвестициите в здравеопазването, вследствие на което са възникнали множество недостатъци. От друга страна, Хърватия е удовлетворена от социалния диалог по време на пандемията, при което е въведено увеличаване на възнагражденията в размер на 10%. В Италия също независимо от пандемията текат преговори със социалните партньори. Колективното договаряне не е пострадало от Covid-19. ARAN успява да сключи различни договори в публичната сфера, като например националните колективни договори относно „Местни функции“ и относно „Здравеопазване“ и понастоящем работи по националните колективни договори за „Централни функции“²⁶.

7. Заключение

В заключителния доклад са представени констатациите относно участието на социалните партньори в социалния диалог на равнището на ЕС, както и приоритетите, които следва да бъдат разгледани на равнището на ЕС, за България, Унгария, Полша, Румъния, Кипър, Гърция, Италия, Малта, Португалия, Испания, Хърватия, Чешката република, Словакия и Словения.

Общите характеристики на целевите държави са, че разходите им за здравеопазване са под средната стойност за ЕС-27 в дългосрочен план и че недостигът на персонал предизвиква увеличаване на работното натоварване и застрашава безопасността на пациентите и персонала. Освен това миграцията на здравни специалисти основно към западни и северни държави е икономическо и обществено предизвикателство за всички целеви държави. Недостигът на работна ръка поражда несигурни условия на труд, които се характеризират с дълго работно време и увеличаване на броя на нощните смени, както и обратното наемане на работа на пенсионирани служители. Условията на труд по време на кризата с COVID-19 показаха и повишената нужда от координирани и приобщаващи действия на национално и европейско равнище с цел ефективно преодоляване на предизвикателствата. Вследствие на това представителството на социалните партньори в европейския секторен социален диалог и участието им в европейския семестър придобиха съществено значение.

Социалните партньори на национално равнище се насърчават да последват силния ангажимент на Европейската комисия за постигане на социална Европа и да допринасят за намиране на решения за належащите предизвикателства в здравеопазването. От друга страна, инициативите на равнището на ЕС могат да бъдат източник на информация и вдъхновение за разработване на стратегии и за укрепване на социалния диалог в държавите членки.

Оказва се, че представителството на социалните партньори е разслоено, разнообразно по критериите „професия“ и принадлежност към „частния/публичния сектор на здравеопазването“. Тези общи характеристики в повечето целеви държави се допълват от липсата на официална насрещна страна. Повечето организации от целевите държави са участвали в структурите за социален диалог на равнището на ЕС, като са били представлявани от EPSU и HOSPEEM или от друга междусекторна европейска организация. Участието на работодателите в структурите за социален диалог на равнището на ЕС понастоящем е ограничено.

Въпреки растящия брой държави – членки на ЕС, които получават специфични за всяка държава препоръки, свързани със здравеопазването, в рамките на процеса на европейския семестър, участието на социалните партньори е ограничено. Социалните партньори посочиха приоритетите си, които биха

искали да съобщят в рамките на социалния диалог на равнището на ЕС. Темите варират от всеобхватни, цялостни структурни проблеми, като например по-големи инвестициите в здравеопазването като цяло, здравословни и безопасни условия на труд и условия на труд по принцип, задържане на работната сила и баланса между професионалния и семейния живот до обсъждания по директивата за европейско минимално възнаграждение. Получилите най-висока оценка теми са условията на труд и здравословните и безопасни условия на труд, свързани с дългосрочните предизвикателства на липсата на работна ръка в здравеопазването и влошаващите се условия на труд.

Има още какво да се направи по отношение на участието на националните организации, като се създаде по-ангажираща среда с по-широко участие за националните партньори на равнището на ЕС. Въз основа на анкетата социалните партньори имат ясни очаквания към социалния диалог на равнището на ЕС. Националните социални партньори имат нужда да засилят влиянието си на национално равнище, така че да оказват по-съществено въздействие върху националните политики в здравния сектор. От структурите за социален диалог на равнището на ЕС се очаква да им окажат подкрепа.

Следните стъпки на социалните партньори на равнището на ЕС ще доведат до повече работа по инициативите за набиране и задържане на персонала и чрез тях ще бъдат проучени в по-голяма степен програмите за изграждане на капацитета, които биха спомогнали за увеличаване на политическата подкрепа за социалния диалог.

Приложение

А. Методика

Използвана е комбинирана методика:

- a) проведено документално проучване, съсредоточено върху определянето на социалните партньори в болничния и здравния сектор, техните характеристики и проучване на националния социален диалог и европейския семестър;
- b) специално разработена анкета онлайн, посветена на социалния диалог в сектора на здравеопазването и състояща се от 23 въпроса, структурирани в четири области:
 - (1) идентификация на организациите;
 - (2) участие в социалния диалог на национално равнище и на равнището на ЕС, както и в европейския семестър;
 - (3) приоритети и теми, които следва да бъдат съобщени на равнището на ЕС;
 - (4) степен на удовлетвореност от възможностите за разглеждане на приоритетите и очакванията към структурите за социален диалог на равнището на ЕС.

Анкетата е преведена на националните езици и е разпространена онлайн чрез системите Survey Monkey. Различни организации, както профсъюзи, така и работодателски организации, са приканвани неколккратно да попълнят анкетата. Структурата на участниците в анкетата е следната:

Обща извадка	Процент	Брой
Общ брой участници		
Вид организация		
Работодателска организация		
Профсъюз		
Друго		
Длъжност на участника в организацията		
Президент/председател		
Вицепрезидент/заместник-председател		
Генерален секретар		
Член на президиума		
Член на персонала		
Друго		
Държава		
България		
Хърватия		
Кипър		
Чешка република		
Гърция		
Унгария		
Италия		
Малта		
Полша		
Португалия		
Румъния		
Словакия		
Словения		

³⁰Големият брой участници от Румъния се дължи на разпространението на анкетата сред профсъюзите на регионално равнище.

Испания

- с) Анализ на обсъждането по време на регионалните семинари: Обсъждането по време на семинарите беше улеснено от предварително подготвена структура; водиха се бележки, които след това бяха консолидирани в обобщени констатации и бяха добавени към резултатите от анкетата и от документалното проучване.

Периоди на фазите на проучването за конкретни групи държави

Държави	Документално проучване	Събиране на данни от анкетата	Анализ на уеб семинара
	От април до юли 2019 г.	От април до юни 2019 г.	Регионален семинар в Букурещ, юни 2019 г.
	От юли до ноември 2019 г.	От юли до ноември 2019 г.	Регионален семинар в Рим, ноември 2019 г.
	От февруари до август 2020 г.	От февруари до август 2020 г.	Регионален семинар онлайн, април 2021 г.

В. Специфични за всяка държава препоръки по европейския семестър

В таблицата по-долу са очертани СВДП за четирите целеви държави, както и други препоръки вътре в самия текст във връзка със здравната и социалната област на политиката. Следва да се отбележи, че информацията по-долу представлява откъси от специфичните за всяка държава препоръки, приети през юли 2020 г.

Области на препоръки	България	Унгария	Полша	Румъния
Здравна политика				
Здравна система и инфраструктура	<ul style="list-style-type: none"> характеризира се с публични разходи; ограничен достъп до здравеопазване, причинен от неравномерното разпределение на ограничени ресурси и слабо покритие със здравни осигуровки; преките плащания от страна на пациентите са значителни. 	<ul style="list-style-type: none"> неподходящ скрининг и първична грижа; публичните разходи са под средното за ЕС; гражданите разчитат на преки плащания за достъп до качествени услуги; системата е силно съсредоточена върху болниците, като има слабости в първичната грижа. 	<ul style="list-style-type: none"> намаляват непосредствените нужди от медицински услуги, но продължават да имат висока стойност в ЕС; времето за чакане се е увеличило значително от 2010 г. насам; разработена е карта на здравните нужди, но тя не се е превърнала в инструмент за подкрепяне на решения; здравната система е твърде съсредоточена върху предоставянето на болнични грижи; първичната и амбулаторната грижа остават недоразвити. 	<ul style="list-style-type: none"> слабото финансиране, неефективното използване на публичните ресурси и липсата на реформа ограничават ефективността на здравната система; до голяма степен преобладават неформалните плащания; достъпът до здравни услуги за хората, живеещи в селски райони и уязвими групи, е ограничен;
	<p>СВДП: Да подобри достъпа до здравни услуги, включително да намали личните плащания, и да преодолее недостига на здравни специалисти.</p>	<p>СВДП: Да подобри здравните резултати чрез подпомагане на профилактични здравни мерки и укрепване на първичните грижи.</p>		<p>СВДП: Да подобри достъпа и ефективността на разходите в здравеопазването, включително чрез преминаване към извънболнични грижи.</p>
Недостиг на работна ръка в здравеопазването	<ul style="list-style-type: none"> Ограниченото наличие на специалисти ограничава предоставянето на първични грижи; Значителен недостиг на медицински сестри, като броят на глава от населението е сред най-ниските в ЕС. <p>Препоръка: По-бързото и по-ефективно прилагане на националната стратегия за здравеопазването би спомогнало за преодоляване на тези слабости.</p>	<p>Съществен недостиг на здравен персонал, по-специално общопрактикуващи лекари и медицински сестри, осуетява достъпа до грижи в по-бедните райони.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Достъпът до здравната система и нейната ефективност са засегнати от ниските разходи и недостига на персонал; Съотношението на практикуващи лекари и медицински сестри спрямо броя на населението е сред най-ниските в ЕС, като ¼ от медицинския персонал е навършил пенсионна възраст; 	<p>Съществува недостиг на работна ръка в здравеопазването, по-специално поради емиграцията на лекари и медицински сестри.</p>
Социална политика				
Умения	<p>Препоръка: Да укрепим пригодността за заетост чрез повишаване на уменията, включително цифровите.</p>	<p>Препоръка: Развиването на цифрови умения би могло да спомогне за подобряване на пригодността за заетост.</p>	<p>Слабости в цифровите умения, езиковата и математическата грамотност.</p> <p>СВДП: Насърчаване на качествено образование и на уменията, които са от значение за пазара на труда, по-специално чрез учене за възрастни.</p>	<p>Не се развиват в съответствие с потребностите на разрастващи се икономически сектори.³¹</p>

³¹ 81% от работодателите изпитват трудности да попълнят свободни работни места.

Области на препоръки	Чешка република	Хърватия	Словения	Словакия
Здравна политика				
Здравна система и инфраструктура	<p>Текущата криза разкри необходимостта от планове за готовност за действие при кризи в здравния сектор, като тази готовност включва по-специално подобрени стратегии за покупка, диверсифицирани вериги на доставки и стратегически запаси от основни консумативи. Тези елементи са изключително важни за разработването на по-обхватни планове за готовност за действие при кризи.</p> <p>Препоръка: Да гарантира устойчивостта на здравната система, да подобри наличието на здравни работници и на първични грижи, както и интегрирането на грижите и разработването на услуги в областта на електронното здравеопазване.</p>	<p>Да повиши устойчивостта на здравната система. Да насърчи балансираното географско разпределение на здравните работници и съоръжения, както и по-тясното сътрудничество между всички равнища на администрацията и инвестициите в електронното здравеопазване.</p>	<p>Да гарантира устойчивостта на системата на здравеопазване и дългосрочни грижи, включително да осигури подходящо доставяне на медицински продукти от критично значение и да преодолее недостига на здравни работници.</p>	<p>Да повиши устойчивостта на здравната система по отношение на здравните работници, критичните медицински продукти и инфраструктурата. Да подобри предоставянето на първична помощ и координацията между различните видове грижи.</p>
Социална политика				
Умения	<p>Да подкрепи предоставянето на умения, включително цифрови, и достъпа до цифрово обучение.</p>	<p>Да увеличи достъпа до цифрова инфраструктура и услуги. Да насърчи придобиването на умения.</p>	<p>Да насърчава цифровия капацитет на предприятията и да укрепва цифровите умения, електронната търговия и електронното здравеопазване.</p>	<p>Да укрепва цифровите умения. Да гарантира равен достъп до качествено образование.</p>
Работна ръка	<p>Да подкрепя заетостта чрез активни политики за пазара на труда</p>	<p>Да засили мерките и институциите, свързани с пазара на труда, и да подобри адекватността на обезщетенията при безработица и схемите за минимален доход.</p>	<p>Да осигури подходящо заместване на доходите и социална закрила. Да смекчи въздействието на кризата върху заетостта, включително чрез подобряване на схемите за работа при непълно работно време и чрез гъвкави схеми на работа. Да гарантира, че тези мерки осигуряват адекватна защита за работниците, упражняващи нестандартни форми на заетост.</p>	<p>Да осигури подходящо заместване на доходите и да гарантира достъп до социална закрила и основни услуги за всички</p>

Области на препоръки	Кипър	Гърция	Италия	Малта	Португалия	Испания
Здравна политика						
Здравна система и инфраструктура	<p>Постигнат е напредък в здравеопазването чрез приемане на законодателство за учредяване на новата Национална здравна система:</p> <ul style="list-style-type: none"> с цел подобряване на достъпа; въвеждане на всеобщо здравно осигуряване; намаляване на високото равнище на преките плащания от страна на пациентите; повишаване на ефективността на предоставянето на грижи в публичния сектор; осигуряване на финансова и оперативна автономия на обществените болници. <p>СВДП: Да предприеме мерки, за да гарантира, че националната здравна система ще започне да функционира през 2020 г., както е предвидено, като същевременно запази нейната устойчивост в дългосрочен план.</p>	<p>Широкообхватна реформа на системата за първични здравни грижи, иницирана през 2017 г.:</p> <ul style="list-style-type: none"> от решаващо значение за осигуряването на достъп; необходими са непрекъснати инвестиции чрез разгръщане на местни здравни звена. <p>СВДП: Да насочи икономическата политика във връзка с инвестициите към устойчивото здравеопазване, като се отчитат регионалните различия и необходимостта да се гарантира социално приобщаване;</p>	<p>Като цяло добър резултат, но различията в предоставянето на здравеопазване между регионите засягат:</p> <ul style="list-style-type: none"> достъпа; равенството; ефективността; <p>Потенциал за подобрене чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> по-добро администриране; наблюдение на стандартните равнища на услугите. <p>Препоръки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Осигуряване на повече домашни грижи, грижи в рамките на общността и дългосрочни грижи на хората с увреждания и други групи в неравностойно положение; Различията в географски план следва да се вземат под внимание във връзка с достъпността на услугите в здравеопазването и дългосрочните грижи. <p>СВДП: Да подобри ефективността, достъпността и устойчивостта на здравеопазването</p>	<p>Актуално състояние:</p> <ul style="list-style-type: none"> Увеличаване на публичните разходи, свързани с възрастта, в здравните системи; Риск от повишаване на задлъжнялостта в дългосрочен план; Текущи мерки за децентрализиране на услугите от болниците към първичните грижи; Преодоляване на дългото време за чакане чрез разширяване на капацитета на извънболничните грижи на обществените болници; Повишаване на търсенето на дългосрочни грижи; Въвеждане на нови видове услуги в рамките на общността и домашни услуги; До момента няма отражение върху мерките, предприети във връзка с фискалната устойчивост. <p>СВДП: Да гарантира фискална устойчивост на здравната система, включително чрез</p> <ul style="list-style-type: none"> ограничаване на ранното пенсиониране; коригиране на законоустановената възраст за пенсиониране предвид по-голямата 	<ul style="list-style-type: none"> Непрекъснат натиск върху публичните финанси поради неблагоприятни демографски тенденции; Насърчаване на разходната ефективност чрез засилено използване на централизираните покупки и по-широко използване на генерични лекарствени продукти; Неадекватно бюджетно планиране и счетоводен контрол, които са довели до високи просрочени задължения на болниците; въвеждане на нов модел на управление за държавните болници с цел структурно преодоляване на просрочените задължения през 2019 г. <p>СВДП: Да подобри качеството на публичните финанси посредством даването на приоритет на разходите за стимулиране на растежа, като същевременно укрепи цялостния контрол на разходите, ефективността на разходите и съответното бюджетниране, с акцент по-специално върху трайното намаляване на просрочените задължения на болниците.</p>	

				продължителност на живота.		
Социална политика						
Умения	<p>Достъп до качествено образование и обучение с перспективи за учене през целия живот, като се вземат предвид бъдещите потребности.</p> <p>Препоръки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Увеличаване на капацитета на професионалното образование и обучение; Увеличаване на ангажираността на работодателите и участието на учащите в професионалното образование и обучение. <p>СВДП: Подобряване на съответствието на системите за образование и обучение с нуждите на пазара на труда.</p>	<p>Увеличаващ се недостиг на умения и тяхното несъответствие с нуждите на пазара, както и променящ се свят на труда.</p> <p>Препоръки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Увеличаване на капацитета на професионалното образование и обучение Укрепване и модернизиране на системите за образование и обучение. 	<p>Предвиждане на мерки за придобиване а умения, ориентирани към бъдещето, включително за насърчаване на ученето за възрастни.</p> <p>Препоръки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Повишаване на привлекателността на учителската професия; Повишаването на квалификацията е особено необходимо за цифровите умения. <p>СВДП: Да подобри образователните резултати и чрез</p> <ul style="list-style-type: none"> адекватни и целеви инвестиции; Да насърчава повишаването на квалификацията в областта на цифровите умения. 	<p>Допълнителни усилия за подобряване на качеството и приобщаващия характер на системите за образование и обучение, като се отдели специално внимание на групите в неравностойно положение.</p>	<p>Нивото на уменията остава ниско сред няколко групи от населението. Подобряване на пригодността за заетост и социалната мобилност чрез инвестиции в образованието, обучението и инфраструктурата.</p> <p>СВДП: Повишаване на равнището на уменията на населението, по-специално цифровата грамотност, включително чрез подобряване на съответствието на ученето за възрастни с нуждите на пазара на труда.</p>	<p>Недостигът на умения и несъответствията между търсените и предлаганите умения възпрепятстват развитието и използването на усъвършенствани технологии, по-специално от малките и средните предприятия.</p> <p>Застой в усилията за реформиране на образователната система.</p> <p>СВДП: Понижаване на нивата на преждевременно напускане на училище и засилване на сътрудничеството между образованието и предприятията с цел подобряване на уменията и квалификациите, които съответстват на потребностите на пазара на труда, по-специално в областта на информационните и комуникационните технологии.</p>
Възнаграждение		<p>Препоръка: извършването на по-широкообхватни реформи на системите за социални обезщетения.</p>	<p>Неравенството на доходите и рискът от бедност са високи, като има широки регионални и териториални различия.</p> <p>Неравенството между половите по отношение на заетостта остава едно от най-високите в Съюза.</p> <p>Все още липсва всеобхватна стратегия за насърчаване на участието на жените на пазара на труда.</p>		<p>Въпреки намаленото неравенство на доходите, то остава значително по-високо от средното за Съюза. Адекватността на схемата за минимални доходи е сред най-ниските в Съюза.</p> <p>Препоръка: подобряване на обхвата, адекватността или ефективността на системите за социална закрила, включително схемите за минимални доходи</p>	<p>В регионалните схеми за минимални доходи се проявяват регионалните различия; Ограничената преносимост на правата между регионите намалява стимулите за трудова мобилност.</p> <p>Препоръки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Да интегрира стратегиите за териториално развитие, включително действия за насърчаване на предприемачеството, цифровизирането и

						<p>социалната икономика.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Да отстрани пропуските по отношение на обхвата на регионалните схеми за минимални доходи.
Социален диалог		<p>Ефективният социален диалог и отговорното социално партньорство могат да подпомогнат</p> <ul style="list-style-type: none"> • средата за изпълнение; • ангажираността по отношение на устойчивите реформи. 	<p>Първоначално предвидената реформа на рамката за колективно договаряне имаше за цел да приведе възнагражденията в съответствие с икономическите условия на регионално и фирмено равнище. Подписано е рамково споразумение с трите основни италиански профсъюза с цел</p> <ul style="list-style-type: none"> • разширяване на договарянето на второ ниво; • повишаване на правната сигурност чрез определяне на по-ясни правила за представителността на социалните партньори в преговори; • въвеждане на усъвършенстван алгоритъм за определяне на минималното възнаграждение. 			<p>Макар организирането на тристранни кръгли маси да е добра стъпка напред, има място за по-значително участие на социалните партньори в проектирането на политиката и за по-задълбочени и по-своевременни консултации.</p>

Източник: Обзор, изготвен от екипа на CELSI въз основа на специфичните за всяка държава препоръки в рамките на европейския семестър през 2020 г.

С. Списък на участниците в семинара за разпространение

Фамилия	Собствено име	Организация	Членство в	Държава
		Португалско постоянно представителство	Друго	Белгия
		EPSU	EPSU	Белгия
		NSZZ „Solidarność“ Fresenius Nephrocare	EPSU	Полша
		HOSPEEM	HOSPEEM	Белгия
		Европейска комисия	Друго	Белгия
		Хърватски профсъюз на медицинските сестри и медицинските техници	EPSU	Хърватия
		SANITAS Cluj	EPSU	Румъния
		HOSPEEM	HOSPEEM	Италия
		TUHSS CR/OSZSP ČR	EPSU	Чешка република
		Eurofound	Друго	Ирландия
		Постоянен комитет на европейските лекари (CPME)	Друго	Белгия
		Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Белгия
		FEHAP	HOSPEEM	Ирландия
		EPSU	EPSU	Белгия
		HOSPEEM	HOSPEEM	Белгия
		SANITAS Federation	EPSU	Румъния
		FSS-CC.OO	EPSU	Испания
		EPSU	EPSU	Белгия
		OSZSP ČR	EPSU	Чешка република
		CELSI	Друго	Словакия
		EPDU	EPSU	Белгия
		CELSI	Друго	Словакия
		Graphic artist	Друго	Белгия
		ASL Roma 3	HOSPEEM	Италия
		HOSPEEM	HOSPEEM	Белгия
		SANITAS Arad	EPSU	Румъния
		Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED	Друго	Румъния
		Камара на унгарските здравни специалисти, Университет на Дебрецен, факултет „Здравеопазване“	Друго	Унгария
		Хърватска асоциация на работодателите в здравеопазването	Друго	Хърватия
		Европейска комисия	Друго	Белгия
		Sanitas	EPSU	Румъния
		Хърватски профсъюз на медицинските сестри и медицинските техници	EPSU	Хърватия

	Европейска комисия	Друго	Белгия
	Федерация на европейските социални работодатели	Друго	Белгия
	ARAN	HOSPEEM	Италия
	Европейска федерация на асоциациите на медицинските сестри (EFN)	Друго	Белгия
	Eurofound	Друго	Ирландия
	EPSU	EPSU	Белгия
	Sanitas	EPSU	Румъния
	UIL FPL	EPSU	Италия
	FNV Нидерландия	EPSU	Нидерландия
	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Белгия
	FP-CGIL	EPSU	Италия
	Федерация на синдикатите в здравеопазването (ФСЗ)	EPSU	България