



TEKSTY PRZYJĘTE

P10_TA(2026)0312

Unijny plan kryzysowy dotyczący pracowników służby zdrowia: stabilność systemów opieki zdrowotnej oraz zatrudnienie i warunki pracy w sektorze opieki zdrowotnej

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 17 września 2026 r. w sprawie unijnego planu kryzysowego dotyczącego pracowników służby zdrowia: stabilność systemów opieki zdrowotnej oraz zatrudnienie i warunki pracy w sektorze opieki zdrowotnej (2025/2062(INI))

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 4, 6, 9, 45–48, 53, 114, 121, 151, 152, 153, 165, 166, 168 ust. 1, 168 ust. 5 i 174 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE),
- uwzględniając art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej,
- uwzględniając Europejski filar praw socjalnych (2017), w szczególności jego zasady dotyczące opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, wysokiej jakości edukacji włączającej, szkoleń i uczenia się przez całe życie, równości płci i uczciwych warunków pracy,
- uwzględniając Plan działania na rzecz Europejskiego filaru praw socjalnych, w szczególności jego główny cel, zgodnie z którym każdego roku co najmniej 60 % wszystkich dorosłych powinno uczestniczyć w szkoleniach,
- uwzględniając dyrektywę Rady 98/24/WE z dnia 7 kwietnia 1998 r. w sprawie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników przed ryzykiem związanym ze środkami chemicznymi w miejscu pracy¹,
- uwzględniając dyrektywę 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącą niektórych aspektów organizacji czasu pracy² (dyrektywa w sprawie czasu pracy),
- uwzględniając dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/37/WE z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie ochrony pracowników przed zagrożeniem dotyczącym narażenia na działanie czynników rakotwórczych lub mutagenów podczas pracy³

¹ Dz.U. L 131 z 5.5.1998, s. 11, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1998/24/oj>.

² Dz.U. L 299 z 18.11.2003, s. 9, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2003/88/oj>.

³ Dz.U. L 158 z 30.4.2004, s. 50, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2004/37/oj>.

(dyrektywa w sprawie czynników rakotwórczych, mutagenów i substancji reprotoksycznych), ze zmianami,

- uwzględniając dyrektywę 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych⁴ („dyrektywa o kwalifikacjach zawodowych”),
- uwzględniając dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2023/970 z dnia 10 maja 2023 r. w sprawie wzmocnienia stosowania zasady równości wynagrodzeń dla mężczyzn i kobiet za taką samą pracę lub pracę o takiej samej wartości za pośrednictwem mechanizmów przejrzystości wynagrodzeń oraz mechanizmów egzekwowania⁵ (dyrektywa w sprawie przejrzystości wynagrodzeń),
- uwzględniając wniosek Komisji z 1 kwietnia 2025 r. dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającego rozporządzenie (UE) 2021/1057 ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny+ (EFS+) w odniesieniu do środków szczególnych mających na celu sprostanie wyzwaniom strategicznym (COM(2025)0164),
- uwzględniając proces negocjacji wieloletnich ram finansowych (WRF) na lata 2028–2034,
- uwzględniając sprawozdanie Komisji i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju z listopada 2024 r. pt. „Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle” [Zdrowie w zarysie: Europa w 2024 r., cykl „Stan zdrowia w UE”],
- uwzględniając unijną tablicę wskaźników społecznych i wskaźniki dodatkowe,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 7 czerwca 2023 r. w sprawie kompleksowego podejścia do zdrowia psychicznego (COM(2023)0298),
- uwzględniając komunikat Komisji z 3 lutego 2021 r. pt. „Europejski plan walki z rakiem” (COM(2021)0044),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 28 czerwca 2021 r. w sprawie strategicznych ram UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027 (COM(2021)0323),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 7 września 2022 r. w sprawie europejskiej strategii w dziedzinie opieki (COM(2022)0440),
- uwzględniając wspólny komunikat Komisji Europejskiej i Wysokiego Przedstawiciela Unii do Spraw Zagranicznych i Polityki Bezpieczeństwa z 26 marca 2025 r. pt. „European Preparedness Union Strategy” [Europejska strategia na rzecz unii gotowości] (JOIN(2025)0130),
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 16 lutego 2022 r. w sprawie wzmocnienia Europy w walce z chorobami nowotworowymi – w kierunku kompleksowej i skoordynowanej

⁴ Dz.U. L 255 z 30.9.2005, s. 22, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj>.

⁵ Dz.U. L 132 z 17.5.2023, s. 21, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2023/970/oj>.

strategii⁶,

- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 21 czerwca 2022 r. w sprawie zdrowia psychicznego w cyfrowym świecie pracy⁷,
- uwzględniając swoją rezolucję z 12 lipca 2023 r. w sprawie pandemii COVID-19: wyciągnięte wnioski i zalecenia na przyszłość⁸,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 grudnia 2023 r. w sprawie zdrowia psychicznego⁹,
- uwzględniając zalecenie Rady z 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej¹⁰,
- uwzględniając opinię grupy ekspertów w dziedzinie efektywnych sposobów inwestowania w zdrowie z 23 czerwca 2021 r. w sprawie wspierania zdrowia psychicznego pracowników sektora zdrowia i innych pracowników o krytycznym znaczeniu¹¹,
- uwzględniając orędzie o stanie Unii Europejskiej ogłoszone 10 września 2025 r. przez przewodniczącą Komisji Europejskiej Ursulę von der Leyen,
- uwzględniając konkluzje Rady w sprawie przyszłości Europejskiej Unii Zdrowotnej: Europa, która dba, przygotowuje się i chroni, przyjęte 21 czerwca 2024 r.,
- uwzględniając opinię z inicjatywy własnej Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego z dnia 21 września 2022 r. zatytułowaną „Strategia dotycząca pracowników sektora zdrowia i strategia w dziedzinie opieki dla przyszłej Europy”¹²,
- uwzględniając opinię Europejskiego Komitetu Regionów z 14 maja 2025 r. zatytułowaną „Pracownicy ochrony zdrowia – wyzwania i rozwiązania na poziomie regionów”¹³,
- uwzględniając wspólne kierunki polityki partnerów społecznych UE z 13 czerwca 2025 r. dotyczące stworzenia odpornego sektora szpitali i opieki zdrowotnej po pandemii COVID-19 oraz zaktualizowane ramy działania w zakresie rekrutacji i zatrzymania pracowników z 2022 r.,
- uwzględniając sprawozdanie specjalne Europejskiego Trybunału Obrachunkowego nr 10/2024 z dnia 1 lipca 2024 r. zatytułowane „Uznawanie kwalifikacji zawodowych w UE”,

⁶ Dz.U. C 342 z 6.9.2022, s. 109.

⁷ Dz.U. C 47 z 7.2.2023, s. 63.

⁸ Dz.U. C, C/2024/4003, 17.7.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/4003/oj>.

⁹ Dz.U. C, C/2024/4162, 2.8.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/4162/oj>.

¹⁰ Dz.U. C 476 z 15.12.2022, s. 1.

¹¹ Komisja Europejska, *Supporting mental health of health workforce and other essential workers*, 23 czerwca 2021 r.

¹² Dz.U. C 486 z 21.12.2022, s. 37.

¹³ Dz.U. C, C/2025/3476, 16.7.2025, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2025/3476/oj>.

- uwzględniając sprawozdanie Enrica Letty z kwietnia 2024 r. pt. „Much more than a market, Speed, Security, Solidarity, Empowering the Single Market to deliver a sustainable future and prosperity for all EU Citizens” [Znacznie więcej niż rynek. Szybkość, bezpieczeństwo, solidarność – wzmocnienie jednolitego rynku w celu zapewnienia zrównoważonej przyszłości i dobrobytu wszystkim obywatelom UE],
- uwzględniając sprawozdanie Maria Draghiego z 9 września 2024 r. pt. „The future of European competitiveness – A competitiveness strategy for Europe (Part A) and Part B – In-depth analysis and recommendations” [Przyszłość europejskiej konkurencyjności – strategia konkurencyjności dla Europy (część A) i szczegółowa analiza i zalecenia (część B)] (sprawozdanie Draghiego),
- uwzględniając sprawozdanie Sekretariatu Generalnego Rady Unii Europejskiej z 2022 r. pt. „Konferencja w sprawie przyszłości Europy: Sprawozdanie z wyników końcowych”,
- uwzględniając cel zrównoważonego rozwoju nr 3 zawarty w rezolucji ONZ pt. „Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development” [Przekształcamy nasz świat – Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030] (2015 r.),
- uwzględniając rezolucję Biura Regionalnego WHO dla Europy w sprawie ram działania dotyczących pracowników ochrony zdrowia i opieki w regionie europejskim WHO na lata 2023–2030, przyjętą 31 października 2023 r.,
- uwzględniając publikację Biura Regionalnego dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pt. „Report on the Pan-European Commission on Health and Sustainable Development – rethinking policy priorities in the light of pandemics” [Sprawozdanie na temat Paneuropejskiej Komisji Zdrowia i Zrównoważonego Rozwoju – ponowne przemyślenie priorytetów polityki w świetle pandemii] (sierpień 2021 r.),
- uwzględniając publikację WHO z 14 września 2022 r. zatytułowaną „Health and care workers in Europe: time to act” [Pracownicy w sektorach zdrowia i opieki w Europie: czas na działanie] oraz z 7 października 2025 r. zatytułowaną „Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway” [Badanie zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w Unii Europejskiej, Islandii i Norwegii],
- uwzględniając sprawozdanie Paneuropejskiej Komisji Zdrowia i Zrównoważonego Rozwoju z września 2021 r. pt. „Drawing light from the pandemic: A new strategy for health and sustainable development – Final report of the Pan-European Commission on Health and Sustainable Development” [Wnioski z pandemii: nowa strategia na rzecz zdrowia i zrównoważonego rozwoju – sprawozdanie końcowe Paneuropejskiej Komisji Zdrowia i Zrównoważonego Rozwoju”],
- uwzględniając sprawozdanie Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) z 7 marca 2022 r. pt. „Care at work: Investing in care leave and services for a more gender equal world of work” [Opieka w pracy: inwestowanie w urlopy i usługi opiekuńcze na rzecz świata pracy zapewniającego większą równość płci],
- uwzględniając sprawozdanie Europejskiej Fundacji na rzecz Poprawy Warunków Życia

- i Pracy z dnia 16 sierpnia 2023 r., zatytułowane „Social services in Europe: Adapting to a new reality” [Usługi socjalne w Europie: adaptacja do nowej rzeczywistości],
- uwzględniając sprawozdania Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy: z dnia 7 listopada 2023 r. zatytułowane „BHP w liczbach w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej”, z dnia 15 października 2024 r. zatytułowane „Mental health challenges in the EU health and social care sector during COVID-19: strategies for prevention and management” [Wyzwania w dziedzinie zdrowia psychicznego w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej UE w czasach COVID-19: strategie profilaktyki i zarządzania], z dnia 3 października 2025 r. zatytułowane „Musculoskeletal Health and Risk Factors in the Health and Social Care Sector” [Zdrowie układu mięśniowo-szkieletowego i czynniki ryzyka w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej] i z dnia 5 marca 2024 r. zatytułowane „Digital platform work in the health and social care sector: implications for OSH” [Praca na platformie cyfrowej w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej: wpływ na BHP],
 - uwzględniając przegląd badań Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA) pt. „A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems” [Przegląd dobrych praktyk w miejscu pracy wspierających osoby doświadczające problemów ze zdrowiem psychicznym],
 - uwzględniając sprawozdanie Europejskiego Urzędu ds. Pracy z dnia 27 czerwca 2025 r. zatytułowane „EURES Report on labour shortages and surpluses 2024” [Sprawozdanie EURES na temat niedoborów i nadwyżek pracowników w 2024 r.],
 - uwzględniając sprawozdanie Sauliego Niinistö, specjalnego doradcy przewodniczącej Komisji Europejskiej, z 30 października 2024 r. pt. „Razem bezpieczniej: wzmocnienie gotowości cywilnej i wojskowej oraz przygotowania w Europie”, („sprawozdanie Niinistö”),
 - uwzględniając deklarację bukareszteńską WHO w sprawie pracowników ochrony zdrowia i opieki z 22–23 marca 2023 r.,
 - uwzględniając briefing zlecony przez Komisję Zdrowia Publicznego pt. „The health workforce crisis in the European Union” [Kryzys w sferze pracowników służby zdrowia w Unii Europejskiej] (wrzesień 2025 r.)¹⁴,
 - uwzględniając art. 55 Regulaminu,
 - uwzględniając wspólne posiedzenia Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych oraz Komisji Zdrowia Publicznego zgodnie z art. 59 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych oraz Komisji Zdrowia Publicznego (A10-0168/2026),
- A. mając na uwadze, że termin „pracownicy i personel służby zdrowia” odnosi się do definicji WHO¹⁵, w której uwzględnia się cały personel zaangażowany w sektor opieki zdrowotnej, w tym pracowników medycznych, pracowników służby zdrowia,

¹⁴ E. Kuhlmann, [The health workforce crisis in the European Union](#), wrzesień 2025 r.

¹⁵ World Health Organization, [Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies](#), 2010.

pracowników opieki osobistej w usługach zdrowotnych, personel zarządzający i pomocniczy oraz inne podmioty świadczące opiekę zdrowotną, gdzie indziej niesklasyfikowane;

- B. mając na uwadze, że zgodnie z zasadą 16. Europejskiego filaru praw socjalnych każdy powinien mieć prawo do szybkiego dostępu do przystępnej cenowo, prewencyjnej i objawowej opieki zdrowotnej dobrej jakości; mając na uwadze, że podaż pracy w sektorze zdrowia i opieki jest strategicznym dobrem publicznym;
- C. mając na uwadze, że niedobory pracowników służby zdrowia należą do najpilniejszych wyzwań strategicznych dla odporności i jakości systemów opieki zdrowotnej w UE; mając na uwadze, że w 2022 r.¹⁶ w państwach członkowskich UE odnotowano niedobór około 1,2 mln lekarzy, pielęgniarek i położnych, potrzebnych do zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że WHO zakłada, że wspomniany niedobór wyniesie 950 000 pracowników służby zdrowia w UE do 2030 r.¹⁷; mając na uwadze, że według Europejskich Służb Zatrudnienia (EURES) i Europejskiego Urzędu ds. Pracy sektor opieki zdrowotnej konsekwentnie plasuje się wśród trzech głównych sektorów o powszechnym i poważnym niedoborze siły roboczej w państwach członkowskich¹⁸; mając na uwadze, że kohorty przechodzące na emeryturę w stosunku do obecnego spadku liczby osób podejmujących studia związane ze zdrowiem i napływu nowych absolwentów wskazują na pogłębiającą się w przyszłości lukę pracowników służby zdrowia w szeregu państw; mając na uwadze, że ze sprawozdania WHO na temat pracowników służby zdrowia w Europie (2022 r.) wynika, że 30 % lekarzy i 18 % pielęgniarek ma co najmniej 55 lat, a w 2022 r. w 12 państwach UE odnotowano odsetek 40 % lekarzy w wieku co najmniej 55 lat¹⁹;
- D. mając na uwadze, że niezaspokojone zapotrzebowanie na pracowników służby zdrowia w UE rośnie z powodu wielu czynników, w tym zmian demograficznych związanych z rosnącymi potrzebami w zakresie opieki długoterminowej i wsparcia społecznego, coraz częstszego występowania problemów ze zdrowiem psychicznym, nowotworów i innych chorób niezakaźnych, utrzymującego się zagrożenia opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz utrzymującego się ryzyka związanego z pandemią i innymi stanami zagrożenia zdrowia publicznego, w tym wpływu degradacji środowiska i ekstremalnych zdarzeń pogodowych na zdrowie;
- E. mając na uwadze, że dane Eurostatu wskazują na znaczne różnice w gęstości zatrudnienia pracowników służby zdrowia zarówno między państwami członkowskimi, jak i w ich obrębie, a także znaczne różnice w poziomach wynagrodzeń, przy czym różnice w wynagrodzeniach przyczyniają się do nierównowagi siły roboczej, migracji zawodowej i nierównego dostępu do usług opieki zdrowotnej w całej UE; mając na uwadze, że utrzymujące się niedobory pracowników służby zdrowia w całej UE doprowadziły do braku równowagi między liczbą pacjentów a liczbą pracowników służby zdrowia, która może prowadzić do skrócenia czasu konsultacji, wydłużenia

¹⁶ OECD, [Health at a Glance: Europe 2024](#), 18 listopada 2024 r.

¹⁷ WHO, [Health workforce migration in the WHO European Region: country case studies from Albania, Armenia, Georgia, Ireland, Malta, Norway, Republic of Moldova, Romania and Tajikistan](#), 17 września 2025 r.

¹⁸ Wniosek Komisji z dnia 15 listopada 2023 r. dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego unijną pulę talentów (COM(2023)0716).

¹⁹ Eurostat, [Medical workforce in the EU: an ageing profession](#), 16 stycznia 2025 r.

kolejek, niewydolności służb ratunkowych, opóźnień diagnostyki, pogorszenia wyników zdrowotnych, znacznych kosztów gospodarczych, zwiększenia obciążenia zdrowia psychicznego, skrócenia czasu opieki profilaktycznej i ogólnego spadku jakości usług opieki zdrowotnej, co uwypukla pilną potrzebę strategicznych inwestycji w politykę rekrutacji, szkolenia i zatrzymywania pracowników służby zdrowia; mając na uwadze, że uwzględnianie aspektu płci w systemach opieki zdrowotnej ma również zasadnicze znaczenie dla ogólnej gotowości, odporności i stabilności europejskich systemów opieki zdrowotnej;

- F. mając na uwadze, że w dziedzinie zdrowia publicznego uznaje się, że każdy musi odegrać swoją rolę przez przyjęcie stylu życia sprzyjającego zdrowiu i zapobiegającego chorobom w celu rozwoju swojej roli w samoopiece; mając na uwadze, że wiele osób polega na nieformalnych opiekunach i jest to rola, którą wiele osób będzie w ciągu swojego życia odgrywać;
- G. mając na uwadze, że kryzys pracowników służby zdrowia stanowi poważne wyzwanie publiczne, któremu należy traktować priorytetowo; mając na uwadze, że odporność i zrównoważoność systemów opieki zdrowotnej zależy od wkładu szerokiego grona specjalistów w całym ekosystemie tej opieki – w tym pracujących w funkcjach klinicznych, technicznych, administracyjnych, badawczych, cyfrowych, logistycznych i produkcyjnych – których połączona praca zapewnia ciągłość, bezpieczeństwo i jakość opieki; mając na uwadze, że zwiększenie szkolenia i uznawania tych zawodów mają zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia celów polityki zdrowotnej UE, społecznej i przemysłowej, biorąc pod uwagę, że sektor przemysłowy UE związany ze zdrowiem wymaga fachowej wiedzy technicznej;
- H. mając na uwadze, że kryzys pracowników służby zdrowia i chroniczne niedobory są nie tylko problemem związanym z zasobami, ale również z bezpieczeństwem pacjentów i jakością opieki, ponieważ mogą wiązać się z wyższymi wskaźnikami problemów zdrowotnych, których można było uniknąć, komplikacjami i readmisjami ze względu na skrócenie monitorowania, nieprzeprowadzanie niezbędnych kontroli, ograniczenie przestrzegania protokołów klinicznych, wydłużenie czasu oczekiwania, opóźnienie diagnoz, zakłócenia ciągłości opieki i dostępu do niej oraz wzrost ryzyka błędów klinicznych;
- I. mając na uwadze, że regiony o niedostatecznym dostępie do usług, w tym obszary górskie, wiejskie, podmiejskie, oddalone, wyludnione, najbardziej oddalone lub wyspiarskie, stoją w obliczu poważnych wyzwań związanych z zapewnieniem struktur opieki zdrowotnej z odpowiednio wykwalifikowanym personelem; mając na uwadze, że zamknięcie oddziałów szpitalnych i placówek opieki zdrowotnej ogranicza dostęp pacjentów do usług, a w niektórych regionach UE kobiety w ciąży muszą pokonać ponad 100 km, aby dotrzeć do oddziału położniczego;
- J. mając na uwadze, że w 2024 r. w UE 3,6 % osób w wieku co najmniej 16 lat, które potrzebowały badania lekarskiego lub leczenia, zgłosiło, że nie ma do niego dostępu z powodu ograniczeń finansowych, długich list oczekujących lub nadmiernej odległości od usług opieki zdrowotnej²⁰; mając na uwadze, że pracownicy opieki społecznej i podstawowej są zbyt często zatrudniani na podstawie umów, które nie gwarantują pewności zatrudnienia, co podważa ciągłość i jakość opieki oraz utrudnia

²⁰ Eurostat, [‘3.6% experience unmet needs for medical care in 2024’](#), 20 sierpnia 2025 r.

zatrzymywanie pracowników; mając na uwadze, że planowaniu opartemu na potrzebach muszą towarzyszyć wysokiej jakości szkolenia i sprawiedliwe wynagrodzenie;

- K. mając na uwadze, że w ostatnich latach znaczną presję na systemy opieki zdrowotnej wywarły ograniczenia budżetowe; mając na uwadze, że do obserwowanych niedoborów pracowników służby zdrowia przyczyniły się kryzys mieszkaniowy i kryzys związany z kosztami utrzymania;
- L. mając na uwadze, że każde euro zainwestowane w profilaktykę może przynieść zwrot w wysokości 14 EUR dzięki uniknięciu kosztów opieki zdrowotnej i zwiększeniu wydajności; mając na uwadze, że choroby niezakaźne kosztują UE ponad 700 mld EUR rocznie; mając na uwadze, że co roku wyższe wydatki na opiekę zdrowotną i mniejsza wydajność siły roboczej ze względu na rosnącą presję na systemy opieki zdrowotnej związaną z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe kosztują w UE 11,7 mld EUR;
- M. mając na uwadze, że odpowiedzialność za organizację i zarządzanie systemami opieki zdrowotnej oraz planowanie zatrudnienia w sektorze opieki zdrowotnej spoczywa przede wszystkim na państwach członkowskich; mając na uwadze, że pandemia COVID-19 ujawniła i pogłębiła strukturalne i systemowe problemy i słabości systemów opieki zdrowotnej, w tym niedociągnięcia związane z planowaniem dotyczącym pracowników służby zdrowia, warunkami pracy, wynagrodzeniem pracowników służby zdrowia, przyciąganiem i zatrzymywaniem talentów oraz potrzebą większej mobilności i współpracy transgranicznej w UE; mając na uwadze, że działania Unii w tej dziedzinie powinny koncentrować się na wspieraniu państw członkowskich, poprawie współpracy, zmniejszeniu obciążeń administracyjnych i zwiększeniu dostępności porównywalnych danych, przy pełnym poszanowaniu zasad pomocniczości i proporcjonalności; mając na uwadze, że zgodnie ze sprawozdaniem WHO/Eurohealth z 2023 r. podczas pandemii COVID-19 9 na 10 pielęgniarek w całej Europie rozważało rezygnację z pracy; mając na uwadze, że w sprawozdaniu OECD pt. „Ready for the next crisis?” [Gotowi na kolejny kryzys?] pracownicy służby zdrowia zostali uznani za zasadniczy element wszystkich działań na rzecz zwiększenia odporności, podczas gdy systemy opieki zdrowotnej we wszystkich państwach członkowskich nadal nie dysponują wystarczającymi zasobami kadrowymi, infrastrukturą i zdolnościami operacyjnymi, co osłabia ogólną odporność systemu opieki zdrowotnej i stwarza poważne zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego, gotowości na wypadek sytuacji wyjątkowej oraz zdolności do skutecznego reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego;
- N. mając na uwadze, że pracownicy służby zdrowia na wczesnym etapie kariery stanowią zarówno fundament, jak i przyszłość europejskich systemów opieki zdrowotnej, a jednocześnie borykają się z najtrudniejszymi warunkami pracy i szkolenia, w tym nadmiernym czasem pracy, nieodpłatnymi nadgodzinami i niewystarczającym nadzorem, które niekorzystnie wpływają na ich dobrostan i zagrażają bezpieczeństwu pacjentów; mając na uwadze, że pracownicy tacy jak pielęgniarki i asystenci opieki zdrowotnej w coraz większym stopniu przejmują dodatkowe obowiązki i złożone zadania, jednak w ich wynagrodzeniach w dużej mierze panuje zastój, co odzwierciedla rosnącą nierównowagę między obciążeniem pracą a wynagrodzeniem;
- O. mając na uwadze, że wszystkie przyszłe strategie lub inicjatywy UE w dziedzinie zdrowia powinny uwzględniać potrzeby pracowników służby zdrowia w UE, również w świetle coraz gorszych konsekwencji poważnych chorób w wysokim stopniu

obciążających system, w tym chorób układu krążenia, które odpowiadają za 1,7 mln ofiar śmiertelnych rocznie i 22 % wszystkich przyjęć do szpitala²¹, rodząc poważne skutki zarówno dla pracowników służby zdrowia, jak i dla systemów opieki zdrowotnej;

- P. mając na uwadze, że jedną z głównych przyczyn niedoboru siły roboczej są niskie wynagrodzenia; mając na uwadze, że godziwe wynagrodzenia i świadczenia odgrywają istotną rolę w utrzymaniu miejsc pracy i przyciąganiu nowych talentów do sektora opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że skuteczny dialog społeczny i systemy rokowań zbiorowych mają zasadnicze znaczenie dla poprawy wynagrodzeń i warunków pracy oraz utrzymania zatrudnienia w sektorach zdrowia i opieki; mając na uwadze, że w państwach o większym zasięgu rokowań zbiorowych niedobory pracowników i rotacja są na ogół mniejsze; mając na uwadze, że działania UE powinny również wspierać budowanie zdolności partnerów społecznych;
- Q. mając na uwadze, że wśród pracowników służby zdrowia w UE widać niepokojące tendencje w zakresie zadowolenia z pracy, w tym niższą tolerancję na warunki pracy, które kolidują z życiem rodzinnym i osobistym, a także wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym, w tym dodatkowy stres traumatyczny, dylematy moralne, żal, niepokój, duże narażenie na zagrożenia fizyczne i psychospołeczne, wyczerpanie emocjonalne, wypalenie zawodowe, zmęczenie, ograniczoną elastyczność pomimo rosnącego popytu, nadmierne godziny pracy, brak uznania i coraz częstsze zamiary opuszczenia zawodu, spowodowane takimi czynnikami jak niedobór personelu, duże obciążenie pracą, praca w godzinach nadliczbowych i nieodpowiednie wynagrodzenie;
- R. mając na uwadze, że według badania WHO na temat zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w UE, Norwegii i Islandii dłuższe godziny pracy, niepewność zatrudnienia i narażenie na przemoc i nękanie są konsekwentnie związane z gorszym zdrowiem psychicznym, przy czym co trzeci pracownik zgłasza depresję lub niepokój, a co dziesiąty – myśli o zakończeniu życia lub samookaleczeniu; mając na uwadze, że według WHO co czwarty lekarz, zwłaszcza lekarz stażysta, pracuje ponad 50 godzin tygodniowo; mając na uwadze, że 32 % lekarzy i 25 % pielęgniarek jest zatrudnionych na podstawie umów o pracę na czas określony, co zwiększa ich niepokój o bezpieczeństwo zatrudnienia²²; mając na uwadze, że pracownicy służby zdrowia mający do czynienia z mniej stabilnymi godzinami pracy, takimi jak wydłużony czas pracy, nocne zmiany, praca zmianowa i umowy na czas określony, częściej doświadczają lęku i depresji oraz częściej są uzależnieni od alkoholu; mając na uwadze, że badania wskazują, iż pracownicy służby zdrowia doświadczający wypalenia zawodowego, tacy jak m.in. pracownicy wyspecjalizowanych jednostek kardiologicznych, są dwa razy bardziej narażeni na udział w incydentach związanych z bezpieczeństwem pacjentów;
- S. mając na uwadze, że według EU-OSHA zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego są główną przyczyną problemów zdrowotnych związanych z pracą w sektorze opieki zdrowotnej²³, w którym co roku 60–90 % pielęgniarek zgłasza takie zaburzenia z

²¹ R. Luengo-Fernandez et al, „[Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study](#)”, *European Heart Journal*, Vol. 44, Issue 45, 2023.

²² WHO, „[Healing hands – hurting minds](#)”, 10 października 2025 r.

²³ EU-OSHA, [Musculoskeletal Health and Risk Factors in the Health and Social Care Sector – A Review of Existing Information](#), 2025.

powodu intensywnych wymogów fizycznych związanych z ich pracą; mając na uwadze, że choroby reumatyczne i zaburzenie układu mięśniowo-szkieletowego są głównym powodem, dla którego pracownicy służby zdrowia odchodzą z zawodu, a zatem w znacznym stopniu przyczyniają się do niedoboru personelu w tym sektorze w Europie; mając na uwadze, że choroby układu mięśniowo-szkieletowego w nieproporcjonalnym stopniu dotyczą kobiety;

- T. mając na uwadze, że poprawa warunków pracy oraz zdrowia i bezpieczeństwa, w tym wsparcie zdrowia fizycznego i psychicznego, niezawodne systemy zmianowe i przewidywalny harmonogram, wraz z zapobieganiem przemocy i molestowaniu oraz ochroną przed nimi, w tym w mediach społecznościowych, mają zasadnicze znaczenie dla zatrzymania wykwalifikowanych pracowników i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, a zatem stanowią kluczowe elementy wysiłków na rzecz rozwiązania problemu niedoboru pracowników służby zdrowia w całej UE;
- U. mając na uwadze, że sektor opieki zdrowotnej i pomocy społecznej jest jednym z największych i najszybciej rozwijających się pracodawców w Europie oraz największym pojedynczym pracodawcą kobiet²⁴; mając na uwadze, że na rynku pracy w sektorze zdrowia panuje silna segregacja płciowa, a większość (78 %) pracowników służby zdrowia w UE stanowią kobiety²⁵; mając na uwadze, że kobiety borykają się z luką płacową (w średnich miesięcznych zarobkach) w porównaniu z mężczyznami na poziomie 24 punktów procentowych w całym sektorze opieki zdrowotnej i opieki społecznej, a różnica ta wynika z niedostatecznego uznawania kwalifikacji kobiet, braku możliwości rozwoju kariery oraz ogólnie większego udziału w obowiązkach opiekuńczych; mając na uwadze, że w około połowie państw członkowskich kobiety stanowią ponad 90 % personelu pielęgniarskiego²⁶; mając na uwadze, że niedobory pracowników służby zdrowia na różne sposoby pogłębiają nierówność płci; mając na uwadze, że kobiety częściej doświadczają wzrostu obciążenia pracą, stresu, wypalenia zawodowego i obciążenia emocjonalnego; mając na uwadze, że pielęgniarki są w nieproporcjonalnym stopniu dotknięte nierównościami płci i przemocą; mając na uwadze, że kobiety w tym sektorze mają gorsze warunki pracy, doświadczają większej przemocy w miejscu pracy i molestowania seksualnego oraz zajmują mniej stanowisk kierowniczych niż mężczyźni²⁷; mając na uwadze, że wyzwania te są dodatkowo spotęgowane przez niewystarczające usługi wsparcia ofiar lub brak takich usług; mając na uwadze, że solidne kształcenie i szkolenie pracowników służby zdrowia ma zasadnicze znaczenie dla zapobiegania problematycznym, nękającym i agresywnym zachowaniom związanym ze związkami i uczuciowością oraz ich identyfikowania i eliminowania;
- V. mając na uwadze, że kobiety są często nieproporcjonalnie dotknięte kryzysami w dziedzinie zdrowia publicznego ze względu na utrzymujące się nierówności, obowiązki opiekuńcze i narażenie na zagrożenia dla zdrowia; mając na uwadze, że niektóre zawody w sektorze opieki mają niewystarczającą widoczność i uznanie społeczne, co

²⁴ Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Rodzajów Działalności (ISIC) ONZ, rev. 4, sekcja Q.

²⁵ Eurostat, „[Majority of health jobs held by women](#)”, 8 marca 2021 r.; OECD, „[Health at a Glance: Europe 2024](#)”, 18 listopada 2024 r.

²⁶ Eurostat, „[Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals](#)”.

²⁷ N. Azzopardi-Muscat et al., „[Moving from health workforce crisis to health workforce success: The time to act is now](#)”, *The Lancet Regional Health – Europe*, Vol. 35, 2023.

proceedzi do niskich wynagrodzeń i braku atrakcyjności; mając na uwadze, że zapewnienie opieki wysokiej jakości zależy od istnienia wystarczająco licznej i dobrze wyszkolonej siły roboczej, godnych warunków pracy, godziwych wynagrodzeń oraz dobrze zintegrowanych i skoordynowanych usług; mając na uwadze, że opiekunowie nieformalni, będący zazwyczaj kobietami, zapewniają niezbędną opiekę, zmniejszając jednocześnie obciążenie pracowników służby zdrowia; mając na uwadze, że uznanie statusu opiekunów nieformalnych jest sposobem na rozwiązanie problemu niedoboru siły roboczej; mając na uwadze, że w europejskiej strategii w dziedzinie opieki z 2022 r. wyraźnie uznano, że opieka nieformalna, zazwyczaj świadczona przez rodzinę i przyjaciół, oraz opieka formalna, świadczona przez profesjonalne służby, muszą współdziałać i zostać włączone do spójnego systemu opieki; mając na uwadze, że w strategii tej podkreślono potrzebę uznania przez sektor formalny opiekunów nieformalnych za partnerów w planowaniu i świadczeniu opieki;

- W. mając na uwadze, że zasadnicze znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz ochrony zdrowia w miejscu pracy, zdrowia psychicznego oraz ogólnego dobrostanu i bezpieczeństwa pracowników służby zdrowia, w tym zmniejszenia ryzyka wypalenia zawodowego oraz zwiększenia skuteczności i odporności systemów opieki zdrowotnej, ma odpowiedni poziom zatrudnienia, a przy tym pomaga on również zapobiegać opuszczaniu zawodu przez pracowników służby zdrowia z powodu złych warunków pracy;
- X. mając na uwadze, że cyfryzacja i zmodernizowana infrastruktura informatyczna, o ile są dobrze zarządzane, mogą w pewnym stopniu uzupełniać pracę pracowników służby zdrowia, zmniejszając ich obciążenie pracą, w szczególności przy zadaniach administracyjnych, pomóc w wykorzystaniu technologii, przeprojektowaniu świadczenia usług i optymalizacji zarządzania działalnością operacyjną, a dzięki temu zmniejszać presję na przeciążone systemy i poprawiać dostęp w regionach o niedostatecznym dostępie do usług, a także na obszarach wiejskich, pod warunkiem że technologia ta jest wdrażana z poszanowaniem praw pracowniczych i bez zastępowania pracowników lub prowadzenia dalszej prywatyzacji usług, a także mając na uwadze, że może wiązać się z zagrożeniami psychospołecznymi, takimi jak przeciążenie poznawcze, niepewność zatrudnienia lub brak zaufania; mając na uwadze, że wdrażanie rozwiązań cyfrowych i zdalnych, w tym sztucznej inteligencji (SI), powinno opierać się na podejściu ukierunkowanym na człowieka i zasadzie domyślnego poszanowania etyki;
- Y. mając na uwadze, że w związku z szybkim rozwojem sztucznej inteligencji i innych powstających technologii konieczne jest inwestowanie w edukację i szkolenia z nowych technologii, aby zapewnić pracownikom służby zdrowia narzędzia niezbędne do optymalizacji czasu i poprawy opieki nad pacjentami; mając na uwadze, że innowacyjne modele pracy, oparte na ocenie zestawu umiejętności pracowników służby zdrowia, mogłyby przynieść większą skuteczność przy jednoczesnym utrzymaniu jakości opieki, ponieważ dzięki nim odpowiednie zadania będą wykonywane przez odpowiedniego pracownika, w tym w stosownych przypadkach poprzez procesy ponownej certyfikacji; mając na uwadze, że przekwalifikowanie, podnoszenie kwalifikacji i włączenie nowych umiejętności technicznych może prowadzić do dalszego rozszerzenia zakresu miejsc pracy w sektorze opieki zdrowotnej;
- Z. Systemy SI wykorzystywane w obszarze zatrudnienia, zarządzania pracownikami i dostępu do samozatrudnienia, w szczególności do rekrutacji i wyboru kandydatów, do

podejmowania decyzji mających wpływ na warunki stosunków pracy, decyzji o awansie i rozwiązywaniu umownego stosunku pracy, do spersonalizowanego przydzielania zadań w oparciu o indywidualne zachowania, cechy osobowości lub charakter i do monitorowania lub oceny osób pozostających w umownych stosunkach pracy, są klasyfikowane w akcie w sprawie sztucznej inteligencji²⁸ jako systemy wysokiego ryzyka, ponieważ systemy te mogą w znacznym stopniu wpływać na przyszłe perspektywy zawodowe, źródła utrzymania tych osób i prawa pracownicze.

- AA. mając na uwadze, że zgodnie z art. 168 TFUE organizacja usług zdrowotnych i opieki medycznej należy do kompetencji państw członkowskich, a działania UE podlegają zasadom pomocniczości i proporcjonalności; mając na uwadze, że polityka UE powinna przyczynić się do zwiększenia dostępu do skutecznych i stabilnych systemów opieki zdrowotnej z uwzględnieniem krajowej specyfiki;
- AB. mając na uwadze, że w sprawozdaniu na temat pracowników służby zdrowia i opieki w Europie WHO ostrzegła przed przyszłym kryzysem dotyczącym pracowników służby zdrowia i przyszłymi niedoborami oraz zaproponowała dziesięć działań i siedem działań politycznych w zakresie zdrowia psychicznego w celu wzmocnienia pracowników służby zdrowia w UE i szerzej pojętym regionie europejskim; mając na uwadze, że studenci medycyny i pracownicy służby zdrowia na wczesnym etapie kariery stanowią przyszłość europejskiego systemu opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że potrzebna jest międzypokoleniowa transformacja siły roboczej; mając na uwadze, że spadek liczby osób podejmujących studia związane ze zdrowiem stanowi długoterminowe zagrożenie dla stabilności opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że w szeregu państw członkowskich możliwości kształcenia i szkolenia medycznego wynikają z ograniczeń budżetowych, a nie z przejrzystych ocen potrzeb w zakresie zdrowia ludności; mając na uwadze, że planowanie ukierunkowane na szpitale powoduje niedostateczną obsługę obszarów wiejskich, peryferyjnych i najbardziej oddalonych;
- AC. mając na uwadze, że środki na rzecz mobilności wewnątrz UE i rekrutacji z państw trzecich powinny być sprawiedliwe i zrównoważone, aby zapobiec odpływowi wykwalifikowanych pracowników z regionów, które już borykają się z niedoborami, oraz zgodne z Globalnym kodeksem postępowania²⁹ WHO w sprawie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego; mając jednak na uwadze, że mechanizmy monitorowania i skutecznej kontroli wewnętrznego rynku pracy UE są nieoptymalne, a mechanizmy dobrowolnej kontroli przewidziane w globalnym kodeksie postępowania WHO nie są wystarczające, aby można było skutecznie reagować na zróżnicowane potrzeby systemów opieki zdrowotnej w UE;
- AD. mając na uwadze, że Europejski Trybunał Obrachunkowy stwierdził, iż unijny system uznawania kwalifikacji zawodowych jest „rzadko i niespójnie wykorzystywany”, i

²⁸ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008, (UE) nr 167/2013, (UE) nr 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 i (UE) 2019/2144 oraz dyrektyw 2014/90/UE, (UE) 2016/797 i (UE) 2020/1828 (akt w sprawie sztucznej inteligencji) (Dz.U. L, 2024/1689, 12.7.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj>).

²⁹ WHO, „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel”, 2024.

wezwał Komisję do lepszego monitorowania przestrzegania przez państwa członkowskie dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych;

- AE. mając na uwadze, że Europejski Komitet Regionów wezwał do opracowania opartych na danych rozwiązań problemu pustyni medycznych, zwiększenia wysiłków na rzecz profilaktyki w ramach Programu UE dla zdrowia, skutecznego uznawania kwalifikacji oraz solidnej polityki spójności na rzecz rozszerzonego szkolenia z opieki zdrowotnej;
- AF. mając na uwadze, że we wniosku Komisji zmieniającym rozporządzenie (UE) 2021/1057 nie wspomina się konkretnie o środkach z EFS+ przeznaczonych na sektor opieki zdrowotnej ani o szczególnych wyzwaniach stojących przed tym sektorem, ani nie przewiduje się przeznaczenia środków na sektor zdrowia publicznego i godne warunki pracy dla pracowników służby zdrowia, w szczególności kobiet i młodych pracowników; mając na uwadze, że prywatyzacja podmiotów leczniczych mogła prowadzić do pogorszenia dostępności usług dla pacjentów i utraty kontroli nad publicznym systemem opieki zdrowotnej;
- AG. mając na uwadze, że środki z krajowych planów odbudowy miały na celu wspieranie odporności i rozwoju systemów opieki zdrowotnej, przy czym aby odpowiednio zaradzić kryzysowi pracowników służby zdrowia należy je uzupełnić dalszymi środkami;
- AH. mając na uwadze, że europejski semestr zapewnia kluczowe ramy koordynacji polityki gospodarczej, polityki zatrudnienia i polityki społecznej w całej UE i powinien wspierać państwa członkowskie w stawianiu czoła wyzwaniom związanym z pracownikami służby zdrowia;
- AI. mając na uwadze, że w sprawozdaniu Niinistö uznano, że dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej jest kluczowym elementem odporności społecznej UE i powinien być priorytetem w unijnym programie gotowości, a przy tym obejmować wzmocnienie pracowników służby zdrowia oraz medycznych łańcuchów dostaw i poprawę ram mobilności; mając na uwadze, że brak pracowników służby zdrowia stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego; mając na uwadze, że Komisja ogłosiła strategię gotowości na wypadek sytuacji kryzysowej, która wymaga wystarczających zasobów pracowników służby zdrowia; mając na uwadze, że Rada (ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów) niedoborom pracowników służby zdrowia nie poświęca wystarczającej uwagi;
- AJ. mając na uwadze, że szybko zmieniające się globalne środowisko bezpieczeństwa, charakteryzujące się rosnącymi napięciami geopolitycznymi, konfliktami zbrojnymi, zagrożeniami hybrydowymi, dezinformacją i niestabilnością w sąsiedztwie UE, ma poważne konsekwencje dla publicznych systemów opieki zdrowotnej i odporności pracowników służby zdrowia;
- AK. mając na uwadze, że krajowe i ogólnoeuropejskie działania mające na celu reagowanie na niedobory pracowników służby zdrowia często pozostają ze sobą słabo powiązane, a skuteczne strategie zarządzania i wdrażania są słabo rozwinięte lub nawet ich brakuje; mając na uwadze, że dysfunkcyjne rynki pracy w sektorze opieki zdrowotnej mają wpływ na społeczeństwa UE poza sektorem opieki zdrowotnej, przez co utrudniają rozwój gospodarczy, spójność społeczną i sprawiedliwość, a ostatecznie podważają zaufanie do rządów i demokracji;

- AL. mając na uwadze, że w sprawozdaniu Dragiego zdrowie publiczne i nauki biologiczne uznano za podstawowy czynnik europejskiej konkurencyjności i odporności kontynentu, a sytuację sektorów związanych ze zdrowiem uznano za kwestię konkurencyjności;

Zatrudnienie, warunki pracy i ochrona zdrowia psychicznego

1. wzywa Komisję do pilnego opracowania kompleksowej i długoterminowej europejskiej strategii na rzecz pracowników służby zdrowia w celu zwiększenia liczby pracowników służby zdrowia o co najmniej milion specjalistów w kolejnych siedmioletnich WRF (2028–2034), aby pokryć szacowany deficyt pracowników służby zdrowia w całej UE wynoszący około 1,2 mln osób; wzywa do dostosowania tej strategii do tendencji demograficznych, technologicznych i epidemiologicznych, do skoncentrowania się na rozwiązaniu problemu niedoborów, warunków pracy, mobilności pracowników, niewystarczającego charakteru kwalifikacji, kształcenia i szkolenia, lepszego gromadzenia danych i innowacji, aby pomóc państwom członkowskim w zapewnieniu zrównoważonych, dostępnych i skoncentrowanych na pacjencie systemów opieki zdrowotnej, które gwarantują wysokiej jakości opiekę zdrowotną dla wszystkich oraz zapewniają dobre, bezpieczne i motywujące środowisko pracy i szkoleń; w tym celu wzywa Komisję do monitorowania niedoborów siły roboczej w zawodach związanych ze służbą zdrowia, we wszystkich regionach; wzywa ponadto Komisję do omówienia tej strategii z partnerami społecznymi UE i organizacjami zawodowymi;
2. przypomina, że wszelkie działania UE w tej dziedzinie powinny być zgodne z zasadą pomocniczości, poszanowaniem kompetencji krajowych i autonomią partnerów społecznych;
3. wzywa państwa członkowskie do przyjęcia w tej dziedzinie i regularnego aktualizowania kompleksowych strategii krajowych, w tym długoterminowych planów działania i skutecznego planowania zatrudnienia, obejmujących wszystkie etapy cyklu życia zawodowego, od promowania edukacji, rekrutacji i zatrzymywania pracowników po ustawiczny rozwój zawodowy i zaangażowanie na późnym etapie kariery, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów o niedostatecznym dostępie do usług i o ograniczonej zdolności infrastruktury zdrowotnej; podkreśla, że takie długoterminowe plany działania wymagają silnej koordynacji wielosektorowej, z udziałem wszystkich właściwych organów, dzięki której systemy edukacji, mechanizmy finansowania i polityki rynku pracy będą spójne i będą odpowiadały krajowym i regionalnym potrzebom zdrowotnym; ponadto wzywa Komisję do wspierania współpracy i wymiany najlepszych praktyk między państwami członkowskimi;
4. wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania i koordynowania – w ścisłej współpracy z partnerami społecznymi – zintegrowanych strategii dotyczących siły roboczej zarówno na poziomie krajowym, jak i unijnym, mających na celu przyciągnięcie młodych ludzi do zawodów związanych z opieką zdrowotną i jednocześnie przeciwdziałanie drenażowi mózgów, dostosowanie zdolności edukacyjnych do potrzeb systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienie, aby wszystkie państwa członkowskie dysponowały wystarczającą liczbą odpowiednio wyszkolonych pracowników służby zdrowia, w szczególności w specjalizacjach, w których brakuje pracowników; ponadto zachęca do współpracy transgranicznej i wymiany w dziedzinie kształcenia i szkolenia, zwłaszcza za pośrednictwem programów mobilności, takich jak Erasmus+; apeluje o stworzenie odrębnego programu wymiany Erasmus dla instytucji

kształcenia i szkolenia w dziedzinie opieki zdrowotnej, który przyczyni się do rozwoju umiejętności w całej UE i wesprze rozwój transnarodowych i transdyscyplinarnych programów nauczania;

5. podkreśla, że bezpieczny poziom zatrudnienia, dobre warunki pracy i właściwy skład pracowników służby zdrowia mają zasadnicze znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów, jakości opieki i dobrostanu pracowników; wzywa ponadto Komisję do zaproponowania zalecenia Rady określającego wspólne zasady dotyczące bezpiecznego, opartego na dowodach i wysokiej jakości zatrudnienia dla wszystkich pracowników służby zdrowia, wywodzącego się z wyników w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, dialogu społecznego i rokowań zbiorowych oraz oceny opartej na analizie ryzyka, przy pełnym poszanowaniu różnorodności modeli systemów opieki zdrowotnej; apeluje, aby w takim zaleceniu uznać zbyt niski poziom zatrudnienia za zagrożenie zawodowe; wzywa Komisję, aby rozważyła potrzebę wprowadzenia w tym celu obowiązkowych rozwiązań obejmujących kontrolę obciążenia pracą oraz stosunku liczby lekarzy do liczby pacjentów i liczby pielęgniarek do liczby pacjentów, w tym w placówkach o wysokiej gotowości, oraz środki mające na celu zmniejszenie obciążenia fizycznego, psychologicznego i administracyjnego pracowników służby zdrowia, z myślą o ograniczeniu błędów i poprawie ogólnej wydajności systemu opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym uznaniu potrzeby elastyczności organizacji opieki zdrowotnej celem dostosowania jej do realiów rynku pracy i priorytetów w zakresie planowania zatrudnienia bez uszczerbku dla jakości opieki lub bezpieczeństwa pacjentów; wzywa państwa członkowskie do przyjęcia, wdrożenia i regularnego przeglądu krajowych ram prawnych, w tym minimalnych progów i poziomów odniesienia dotyczących bezpiecznego zatrudnienia, a także minimalnego czasu konsultacji, które byłby wystarczający do zapewnienia dokładnej oceny i odpowiedniej opieki nad pacjentami o coraz bardziej złożonych profilach klinicznych, również w świetle rozwoju możliwości leczenia w niektórych przypadkach; apeluje, aby podejścia krajowe opierały się na dowodach, kontekście klinicznym, dialogu społecznym i układach zbiorowych, a przez to zapewniały przejrzystą sprawozdawczość w zakresie wskaźników jakości i bezpieczeństwa;
6. wzywa Komisję, aby we współpracy z państwami członkowskimi i odpowiednimi organizacjami zawodowymi opracowała ujednolicone unijne narzędzie do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek, na przykład przy użyciu sprawdzonych systemów podobnych do systemu Nursing Activity Score, w celu zapewnienia bezpiecznego poziomu zatrudnienia i poprawy bezpieczeństwa pacjentów;
7. wzywa państwa członkowskie do uznania pracowników służby zdrowia za element strategiczny dla spójności społecznej i gospodarczej oraz do zapewnienia warunków pracy odzwierciedlających ich wkład w społeczeństwo, a także do formalnego uznania zawodów związanych z opieką zdrowotną za uciążliwe i szczególnie wymagające; wzywa Komisję i państwa członkowskie do rozwiązania problemu niedoboru siły roboczej poprzez zapewnienie bezpieczeństwa zatrudnienia, sprawiedliwych warunków pracy, sprawiedliwego wynagrodzenia i adekwatnych wynagrodzeń minimalnych zgodnie z dyrektywą w sprawie adekwatnych wynagrodzeń minimalnych³⁰, współmiernych do obowiązków i poziomu umiejętności, a także poprzez zajęcie się

³⁰ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2041 z dnia 19 października 2022 r. w sprawie adekwatnych wynagrodzeń minimalnych w Unii Europejskiej (Dz.U. L 275 z 25.10.2022, s. 33, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2022/2041/oj>).

kwęstią bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zdrowia psychicznego, zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz narażenia na niebezpieczne substancje i środowiska; wzywa w związku z tym do ochrony praw pracowniczych, w szczególności przestrzegania godzin pracy, poprawy przewidywalności i elastyczności związanej z pracą w systemie zmianowym, ograniczenia kolejnych zmian nocnych i zmian długich, zapewnienia odpowiednich okresów odpoczynku i rekonwalescencji, ustawowego płatnego corocznego urlopu wypoczynkowego, dostępu do usług w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wzmocnienia innych czynników ochronnych, w tym wsparcia społecznego i struktur wsparcia w miejscu pracy, a także ochrony pracowników służby zdrowia przed niepewnością zatrudnienia; oczekuje w związku z tym na przyjęcie przez Komisję nadchodzących wniosków dotyczących Aktu w sprawie wysokiej jakości miejsc pracy;

8. wzywa Komisję do monitorowania i zapewnienia zgodności z dyrektywą w sprawie czasu pracy, ponieważ co czwarty lekarz, w szczególności lekarz stażysta, i co dziesiąta pielęgniarka pracują ponad 50 godzin tygodniowo, co według badania WHO na temat zdrowia psychicznego pielęgniarek i lekarzy w UE, Norwegii i Islandii prowadzi do wyczerpania, wypalenia zawodowego i większego ryzyka błędów medycznych;
9. wzywa państwa członkowskie do wspierania finansowania staży dla studentów biorących udział w akredytowanych programach pierwszego cyklu i jednego cyklu kształcenia w dziedzinie medycyny i innych dziedzinach opieki zdrowotnej oraz do zbadania ewentualnego dodatkowego efektu mnożnikowego instrumentów UE; wzywa do ustanowienia specjalnego wsparcia obejmującego cały czas trwania studiów, w tym staży klinicznych; wzywa Komisję i państwa członkowskie do zbadania możliwości ustanowienia, przy wsparciu instrumentów UE, ram monitorowania w celu śledzenia wykorzystania i wpływu mechanizmu wsparcia finansowego, które będzie świadczone studentom;
10. uznaje podwójną żywotną rolę rezydentów i lekarzy stażystów jako osób jednocześnie uczących się i pracujących; apeluje o ich szczególną ochronę prawną, zapewniającą sprawiedliwe wynagrodzenie, bezpieczne warunki pracy, chroniony odpoczynek, zabezpieczenie społeczne, wsparcie w ciąży i rodzicielstwie oraz odpowiedni nadzór zgodnie z unijnym i krajowym prawem pracy; apeluje o wprowadzenie gwarancji chroniących studentów przed wykorzystywaniem ich jako substytutów pracowników, które zapewnią priorytetowe traktowanie ich nauki i bezpieczeństwa; podkreśla potrzebę opracowania europejskich ram minimalnych standardów jakości dla programów rezydentury, gwarantujących sprawiedliwe wynagrodzenie, przejrzysty rozwój kariery, odpowiedni nadzór i mentoring oraz pełne poszanowanie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym okresów odpoczynku i dostępu do wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego; zaznacza, że inwestowanie w rezydentów oznacza inwestowanie w przyszłą odporność i jakość europejskiej opieki zdrowotnej;
11. apeluje o ochronę sektora zdrowia przed zbiorczym programem deregulacji Omnibus;
12. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia prawdziwej równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, sprawiedliwych godzin pracy, dobrowolnej możliwości pracy w niepełnym wymiarze godzin oraz kontroli nad pracą i harmonogramem dla wszystkich pracowników służby zdrowia, przyjaznej rodzinie i elastycznej organizacji pracy, przystępnych cenowo placówek jakościowej opieki nad dziećmi i innych usług wsparcia dla rodzin; ubolewa, że trudności w dostępie do przystępnej cenowo opieki

formalnej wysokiej jakości prowadzą do nadmiernego polegania na opiece nieformalnej lub pracy nierejestrowanej, co ma konsekwencje dla kobiet; uznaje wymiar płci w pracy w służbie zdrowia, zwłaszcza w zawodach zdominowanych przez kobiety, takich jak pielęgniarstwo lub położnictwo, oraz w sektorze opiekuńczym, i wzywa do rozwiązania problemu nierówności płci i zapewnienia równego wynagrodzenia za taką samą pracę, apeluje o lepiej dostosowane i ukierunkowane środki bezpieczeństwa i higieny pracy, środki mające na celu zwalczanie dysproporcji płacowych, barier w karierze zawodowej, niebezpiecznych warunków pracy i przemocy wobec kobiet w miejscu pracy, zwalczanie nierówności płci i zapewnienie równego wynagrodzenia za taką samą pracę, a także podkreśla potrzebę ochrony kobiet w bezpieczniejszym, bardziej sprawiedliwym i wspierającym środowisku pracy; w związku z tym wzywa państwa członkowskie do pełnego i niezwłocznego wdrożenia dyrektywy w sprawie przejrzystości wynagrodzeń oraz do zajęcia się problemem zróżnicowania wynagrodzenia ze względu na płeć i szklanego sufitu ze względu na płeć; podkreśla częstsze występowanie depresji i stanów lękowych wśród pracownic służby zdrowia, jak wynika z badania WHO na temat zdrowia psychicznego pielęgniarek i lekarzy w UE, Norwegii i Islandii; przypomina państwom członkowskim, że art. 10 dyrektywy Rady 2013/59/Euratom³¹ wprowadza limity narażenia pracownic w ciąży i karmiących piersią na promieniowanie;

13. wzywa Komisję i państwa członkowskie do podjęcia działań w celu zapewnienia silnej ochrony przed dyskryminacją i przemocą ze względu na płeć w miejscu pracy; wzywa Komisję do zapewnienia skutecznego wdrożenia dyrektywy w sprawie pracownic w ciąży³²; wzywa ponadto do zapewnienia zachęt wspierających powrót kobiet na rynek pracy;
14. ubolewa nad rosnącą liczbą aktów przemocy wobec pracowników służby zdrowia i wzywa państwa członkowskie do opracowania krajowych planów działania mających na celu poprawę bezpieczeństwa pracowników służby zdrowia, obejmujących włączenie odpowiednich programów szkoleniowych do programów nauczania dla pracowników służby zdrowia, a w szczególności strategii komunikacji na rzecz deeskalacji, do programów nauczania dla pracowników służby zdrowia oraz do ustanowienia kompleksowych mechanizmów wsparcia, takich jak protokoły zorganizowanej współpracy;
15. podkreśla znaczenie zdrowia psychicznego i dobrostanu pracowników służby zdrowia; podkreśla, że należy zająć się problemem częstego występowania wypalenia zawodowego, depresji i niepokoju wśród pracowników służby zdrowia w UE; zauważa, że wskaźniki wypalenia zawodowego wśród pracowników służby zdrowia są szczególnie wysokie, zwłaszcza wśród specjalistów w obszarze chorób układu krążenia

³¹ Dyrektywa Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiająca podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylająca dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz.U. L 13 z 17.1.2014, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2013/59/oj>).

³² Dyrektywa Rady 92/85/EWG z dnia 19 października 1992 r. w sprawie wprowadzenia środków służących wspieraniu poprawy w miejscu pracy bezpieczeństwa i zdrowia pracownic w ciąży, pracownic, które niedawno rodziły, i pracownic karmiących piersią (Dz.U. L 348 z 28.11.1992, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1992/85/oj>).

(79 % pielęgniarek i 65 % lekarzy)³³ oraz że według badania WHO dotyczącego zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w UE, Norwegii i Islandii co trzecia pielęgniarka i co trzeci lekarz doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym, a lekarze i pielęgniarki są pięciokrotnie bardziej narażeni na objawy depresji niż ogół społeczeństwa (32 % w porównaniu z 6 %); zauważa zwiększone ryzyko błędów spowodowanych nadmiernym zmęczeniem, wyczerpaniem fizycznym, depresją i obciążeniem psychicznym, co może przynieść potencjalnie śmiertelne konsekwencje; podkreśla, że życie pacjentów często zależy od granic wytrzymałości wyczerpanego personelu; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby zapewniły właściwe wdrożenie dyrektywy ramowej w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy (dyrektywa ramowa w sprawie BHP)³⁴, co pozwoli zapobiegać czynnikom ryzyka zawodowego mającym wpływ na pracowników służby zdrowia, w tym nadmiernemu obciążeniu pracą, stresowi związanemu z pracą, niebezpiecznym warunkom pracy, przemocy i molestowaniu, oraz zarządzać tymi czynnikami; podkreśla ponadto, że należy zapewnić wszystkim pracownikom służby zdrowia dostęp do programów wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień oraz wzywa do tworzenia takich programów, a także do uznania długoterminowych skutków pandemii COVID-19 dla zdrowia psychicznego pracowników służby zdrowia; wzywa państwa członkowskie do wymiany dobrych praktyk i wdrożenia środków propagujących profilaktykę, wczesną interwencję i długoterminowe środki wsparcia ukierunkowane na człowieka, takie jak regularne programy regeneracji i zwiększania odporności, w tym dostęp do wsparcia psychologicznego, które mogą poprawić zadowolenie z pracy i zapobiegać wypaleniu zawodowemu bez konieczności ponoszenia dużych nakładów finansowych;

16. popiera uznanie ochrony zdrowia psychicznego personelu za kluczowy wskaźnik efektywności zarządzania wzmacniający odpowiedzialność kadry kierowniczej za propagowanie i ochronę dobrostanu psychicznego pracowników;
17. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby zapewniły właściwe wdrożenie dyrektywy ramowej w sprawie BHP, w szczególności w odniesieniu do narażenia zawodowego na niebezpieczne produkty lecznicze, zgodnie z dyrektywą w sprawie czynników rakotwórczych, mutagenów i substancji reprotoksycznych; zaznacza, że choroby reumatyczne i choroby układu mięśniowo-szkieletowego są głównym powodem, dla którego pracownicy służby zdrowia odchodzą z zawodu ze względów zdrowotnych³⁵; podkreśla, że Komisja i państwa członkowskie powinny zapewnić

³³ Jelen, A. i inni, ‘[„A qualitative co-design-based approach to identify sources of workplace-related distress and develop well-being strategies for cardiovascular nurses, allied health professionals, and physicians”](#) [Jakościowe podejście oparte na współprojektowaniu w celu zidentyfikowania źródeł stresu związanego z miejscem pracy oraz opracowania strategii na rzecz dobrostanu personelu pielęgniarskiego i lekarskiego zajmującego się chorobami układu krążenia oraz powiązanych pracowników służby zdrowia]’, *BMC Health Services Research*, tom 24, 2024 r.

³⁴ Dyrektywa Rady 89/391/EWG z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy (Dz.U. L 183 z 29.6.1989, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1989/391/oj>).

³⁵ Sepehrian, R. i inni, ‘[„Nurses’ viewpoint of sustaining work despite musculoskeletal pain: A qualitative study”](#) [Punkt widzenia pielęgniarek dotyczący ciągłości pracy pomimo bólu układu mięśniowo-szkieletowego: studium jakościowe], *Journal of Education and Health Promotion*, tom 13(1), 2024 r.; Gorce, P. i Jacquier-Bret, J., ‘[„Continental effect on work-related musculoskeletal disorders prevalence among](#)

środki bezpieczeństwa i higieny pracy w celu przeciwdziałania chorobom reumatycznym i chorobom układu mięśniowo-szkieletowego oraz zagrożeniom psychospołecznym, także dzięki intensyfikacji badań i profilaktyki; wzywa Komisję, aby wzmocniła unijne ramy prawne dotyczące chorób reumatycznych i chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz zagrożeń psychospołecznych, także w ramach aktu w sprawie wysokiej jakości miejsc pracy;

18. podkreśla kluczową rolę partnerów społecznych i organizacji zawodowych, instytucji akademickich i towarzystw naukowych oraz innych właściwych zainteresowanych stron na szczeblu krajowym i unijnym, a także rolę dialogu społecznego i rokowań zbiorowych na szczeblu krajowym i unijnym oraz wzywa do ich intensywnego i ustrukturyzowanego zaangażowania w opracowywanie, wdrażanie i ocenę strategii dotyczących pracowników oraz w poprawę standardów w miejscu pracy;

Zwalczanie regionalnych nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej

19. zaleca, aby właściwe organy w państwach członkowskich usprawniły koordynację z myślą o opracowaniu zintegrowanych regionalnych strategii w dziedzinie zdrowia, dzięki którym ustanowione zostaną lepiej zintegrowane ścieżki opieki i przyjęty zostanie kompleksowy i zintegrowany model opieki obejmujący opiekę szpitalną, domową, środowiskową i ambulatoryjną; podkreśla, że reorganizacja i modernizacja ścieżek opieki są kluczowe dla usprawnienia strategicznego przydzielania i wykorzystania personelu medycznego, zwiększenia wydajności systemu i poprawy wyników pacjentów; wzywa państwa członkowskie, aby usprawniły usługi zorientowane na zdrowie kobiet, co zapewni zintegrowaną opiekę uwzględniającą aspekt płci, oraz uznaje wyjątkową rolę opiekunów formalnych i nieformalnych;
20. apeluje o uznanie statusu nieformalnych pracowników opiekuńczych, którymi są głównie kobiety, w celu docenienia i wynagrodzenia ich nieodpłatnej pracy oraz zapewnienia im odpowiedniej ochrony socjalnej i pracowniczej, w tym dostępu do zabezpieczenia społecznego, szkoleń i usług wsparcia;
21. podkreśla, że różnice w dostępie do opieki i w jej jakości utrwalają nierówności w zakresie zdrowia i zagrażają zabezpieczeniu zdrowotnemu na obszarach o niedostatecznym dostępie do opieki zdrowotnej, takich jak obszary górskie, wiejskie, wyspiarskie, oddalone, najbardziej oddalone, podmiejskie i wyludnione, ze względu na niedobory siły roboczej, w szczególności w przypadku osób starszych i znajdujących się w niekorzystnej sytuacji oraz osób z niepełnosprawnościami; wzywa do opracowania ukierunkowanych i konkretnych strategii opieki zdrowotnej z myślą o wzmocnieniu infrastruktury opieki zdrowotnej; podkreśla, że usługi opieki domowej i środowiskowej należy uznać za kluczową infrastrukturę społeczną; ponadto wzywa państwa członkowskie, aby usprawniły gromadzenie i analizę danych, co pomoże zapobiegać nadmiernej koncentracji pracowników służby zdrowia w niektórych dużych miastach i regionach rozwiniętych; zachęca do wzmocnienia podejść opartych na danych, co pozwoli zidentyfikować i wyeliminować regionalne i terytorialne różnice w

[nurses: systematic review and meta-analysis](#)” [Wpływ kontynentalny na zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego związane z pracą wśród pielęgniarek w Europie: przegląd systematyczny i metaanaliza], BMC Nursing, tom 24, 2025 r.; Zob. także „Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego” ma stronie Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy.

dostępności pracowników służby zdrowia oraz zapewni odpowiedni i sprawiedliwy podział usług na obszarach o niedostatecznym dostępie do usług;

22. zaleca włączenie danych dotyczących regionalnych dysproporcji w zakresie ochrony zdrowia do krajowego planowania dotyczącego pracowników służby zdrowia i polityki spójności przy jednoczesnym wspieraniu utworzenia specjalnego segmentu finansowania w ramach EFS+ i polityki spójności, aby pomóc państwom członkowskim we wdrażaniu zrównoważonych strategii dotyczących pracowników służby zdrowia; podkreśla, że fundusze spójności odgrywają ważną rolę w inwestowaniu w lokalną infrastrukturę opieki zdrowotnej i tworzeniu zachęt do przyciągania i utrzymywania pracowników służby zdrowia na obszarach o niedostatecznym dostępie do niej i słabiej zaludnionych, a tym samym w propagowaniu spójności terytorialnej;
23. wzywa państwa członkowskie oraz władze lokalne i regionalne, aby optyimizowały wykorzystanie funduszy unijnych i krajowych, w tym – lecz nie tylko – zachęt innowacyjnych oraz finansowych i pozafinansowych w celu przyciągania i zatrzymania pracowników służby zdrowia w regionach o niedostatecznym dostępie do usług w zakresie zdrowia, takich jak obszary górskie, wiejskie, wyspiarskie, oddalone, podmiejskie, najbardziej oddalone, trudno dostępne i wyludnione; sugeruje, aby zachęty te obejmowały wspieranie rozwiązań mieszkaniowych dla pracowników służby zdrowia, finansowanie stypendiów, dotacji badawczych i ustrukturyzowanych możliwości rozwoju kariery, a także zapewniały korzyści podatkowe wzywa państwa członkowskie, aby przyspieszyły i ułatwiały korzystanie z funduszy spójności, a zwłaszcza by wspierały inicjatywy ukierunkowane i opłacalne oraz by przeciwdziałały „pustyniom medycznym”; sugeruje zbadanie inicjatyw w zakresie zdrowia tam, gdzie izolacja jest skutkiem przebiegu granic administracyjnych;
24. uznaje, że młodzi pracownicy ochrony zdrowia są szczególnie narażeni na presję związaną z pracą oraz niewłaściwy podział obowiązków, i apeluje o tworzenie solidnych systemów mentoringu i wsparcia w miejscu pracy, sprzyjających ich dobrostanowi, rozwojowi zawodowemu oraz utrzymaniu w sektorze;
25. popiera rozwój ukierunkowanego i sprawiedliwego wdrażania telemedycyny, sztucznej inteligencji i innych innowacyjnych technologii, w tym niezbędnej infrastruktury, zrównoważonych przepisów krajowych, niezbędnego kształcenia ustawicznego i szkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie umiejętności cyfrowych oraz, w stosownych przypadkach, pacjentów, a także środków wspierających sprawiedliwy dostęp, jako narzędzi uzupełniających opiekę stacjonarną w celu rozwiązania problemu nierówności w opiece zdrowotnej; podkreśla, że opieka bezpośrednia pozostaje priorytetem; wzywa do integracji bezpiecznych, interoperacyjnych rozwiązań w zakresie telemedycyny, takich jak zdalne monitorowanie pacjentów z chorobami przewlekłymi, w celu poprawy ciągłości opieki, rozwiązania problemu „pustyń medycznych” i odciążenia pracowników służby zdrowia; podkreśla, że wszystkie innowacje cyfrowe i technologiczne w sektorze farmaceutycznym powinny wspierać, a nie zastępować terytorialną sieć aptek w pełnieniu ich funkcji publicznej, tak aby zapewnić wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa;
26. przyjmuje do wiadomości ogłoszenie przez przewodniczącą Komisji nowej ogólnościowej inicjatywy na rzecz odporności systemów opieki zdrowotnej i zapewnienia gotowości na pandemię, a także na klęski żywiołowe i katastrofy spowodowane przez człowieka; w związku z tym wzywa państwa członkowskie, aby

zapewniły wystarczające zasoby na koordynację z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób z myślą o monitorowaniu i obserwowaniu rozwoju sytuacji w zakresie zdrowia na świecie oraz o terminowym wykrywaniu zjawisk globalnych na szczeblu lokalnym; podkreśla, że unijny plan zapobiegania, gotowości i reagowania na wypadek kryzysów oraz plany państw członkowskich powinny zapewniać ciągłość opieki podczas kryzysów zdrowotnych, w tym klęsk żywiołowych lub innych, stać na straży praw pacjentów na mocy dyrektywy 2011/24/UE³⁶ w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej oraz chronić zdrowie i bezpieczeństwo pracowników służby zdrowia;

27. wzywa państwa członkowskie do opracowania krajowych strategii dotyczących pracowników aptek szpitalnych i ogólnodostępnych w celu określenia roli aptekarzy w zintegrowanej opiece zdrowotnej; uznaje apteki za placówki opieki zdrowotnej pierwszej linii i podstawową infrastrukturę zdrowotną, z poszanowaniem kompetencji krajowych i różnorodności modeli systemów opieki zdrowotnej; podkreśla, że należy w trybie pilnym wzmocnić farmaceutów szpitalnych; uznaje, że postęp naukowy zmienia rolę farmaceutów, i apeluje o większe wsparcie dla tego zawodu oraz o środki ułatwiające swobodny przepływ farmaceutów z myślą o zwiększeniu elastyczności pracowników, uznaje kluczową rolę farmaceutów w postępowaniu z produktami medycznymi, ich użyciu i recyklingu, w szczególności w celu zmniejszenia zanieczyszczenia produktami farmaceutycznymi, oraz zachęca państwa członkowskie do dalszych działań na rzecz podnoszenia świadomości społecznej i inicjatyw szkoleniowych;
28. zachęca państwa członkowskie do zbadania, w ścisłej konsultacji z organizacjami zawodowymi i organizacjami pacjentów, opartych na dowodach modeli stopniowego podnoszenia kwalifikacji farmaceutów w celu wspierania długoterminowego leczenia pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, przy dopilnowaniu, aby wszelkiemu potencjalnemu rozszerzeniu zakresu obowiązków związanych z przepisywaniem leków towarzyszyło odpowiednie szkolenie, zabezpieczenia regulacyjne oparte na bezpieczeństwie pacjentów oraz mechanizmy zapewniania jakości;

Rekrutacja, mobilność i szkolenie pracowników służby zdrowia

29. wzywa państwa członkowskie, aby wspierały wysokiej jakości kształcenie pracowników służby zdrowia, w połączeniu z wysokiej jakości mentoringiem, co pozwoli wspierać wchodzenie na rynek pracy, propagować uczenie się przez całe życie i elastyczne ścieżki rozwoju kariery oraz inwestować w ścieżki szkoleniowe, w tym podnoszenie kwalifikacji, w celu bezpiecznego wprowadzania nowych technologii i przenoszenia zadań tam, gdzie jest to właściwe z klinicznego punktu widzenia; zachęca do współpracy między państwami członkowskimi w zakresie wzmacniania zdolności i ścieżek szkoleniowych, w tym umiejętności językowych i cyfrowych, oraz wiedzy specyficznej dla danego regionu i dostosowanej do kontekstu geograficznego, programów powrotu do pracy i uznawania umiejętności nieformalnych; wzywa państwa członkowskie, aby przy wsparciu Komisji podjęły skoordynowane środki na podstawie wysokiej jakości danych mające przyczynić się do osiągnięcia samowystarczalności w kształcenia i szkolenia odpowiedniej liczby pracowników służby zdrowia na potrzeby

³⁶ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>).

krajowe, w tym w specjalizacjach i obszarach o najpoważniejszych niedoborach, a tym samym do propagowania zrównoważonego i skutecznego planowania kadrowego, aby uniknąć nadmiernego obciążenia niektórych pracowników służby zdrowia; podkreśla, że należy zwiększyć nakłady na szkolnictwo wyższe dla zawodów medycznych i prowadzenia kampanii na szczeblu unijnym i krajowym, zachęcających młodych ludzi do pozostania i pracy w systemach ochrony zdrowia ich krajów; wzywa Komisję, aby ułatwiała, a państwa członkowskie by podjęły się wymiany najlepszych praktyk w całej UE poprzez transfer wiedzy specjalistycznej w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu zwiększenia równego dostępu do opieki zdrowotnej;

30. wzywa państwa członkowskie do stworzenia trwałej kadry pracowników zajmujących się chorobami nowotworowymi, aby ratować życie, zmniejszyć obciążenie związane z chorobą nowotworową w UE i osiągnąć cele europejskiego planu walki z rakiem;
31. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby podjęły działania ograniczające „marnowanie potencjału” przez zatrudnianie wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia na stanowiskach niewymagających zdobytego przez nich wykształcenia;
32. zachęca do sprawiedliwej mobilności pracowników służby zdrowia w UE, wspieranej przez dyrektywę w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych; podkreśla w szczególności, jak ważne jest zapewnienie, aby kwalifikacje uzyskane w UE były uznawane w ten sam sposób, zgodnie z zasadą równego traktowania określoną w art. 14 ust. 5 dyrektywy oraz w zaleceniu Komisji z 15 listopada 2023 r. w sprawie uznawania kwalifikacji obywateli państw trzecich (C(2023)7700), rozdział VI, pkt 51, również w celu uruchomienia całego potencjału;
33. podkreśla, że potrzebne jest skoordynowane podejście MOP, WHO i UE do monitorowania przepływu pracowników służby zdrowia, propagowania zasad etycznych dotyczących mobilności międzynarodowej oraz zapobiegania drenażowi mózgów; podkreśla, że tam, gdzie potrzebna jest międzynarodowa rekrutacja, nie należy jej uznawać za jedyne narzędzie długoterminowej stabilności systemów opieki zdrowotnej, lecz należy ją postrzegać jako środek uzupełniający i musi być ona zgodna z zasadami etycznymi określonymi w globalnym kodeksie postępowania WHO, co pozwoli zapobiec tworzeniu lub pogłębianiu niedoborów siły roboczej w krajach pochodzenia oraz poprawić odpowiednie monitorowanie; przypomina, że taka rekrutacja powinna też odbywać się z pełnym poszanowaniem krajowych systemów opieki zdrowotnej i trwałości zasobów kadrowych; z zadowoleniem przyjmuje włączenie niektórych kategorii zawodów medycznych do wykazu zawodów deficytowych w całej UE w ramach szeregu środków mających zaradzić niedoborom siły roboczej w UE w kontekście niedawno przyjętego rozporządzenia w sprawie unijnej puli talentów³⁷;
34. wzywa Komisję, aby przeprowadziła przegląd dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych z myślą o uwzględnianiu uznawania kwalifikacji przyznawanych w formacie cyfrowym, zwiększenia liczby objętych nią zawodów i umożliwienia rzeczywistego przenoszenia kwalifikacji, umiejętności i ról, w tym w obszarze opieki długoterminowej, oraz z myślą o poprawie wzajemnego uznawania, w

³⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2026/1047 z dnia 29 kwietnia 2026 r. w sprawie unijnej puli talentów (Dz.U. L, 2026/1047, 12.5.2026, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2026/1047/oj>).

tym poprzez lepsze wspólne minimalne wymogi i lepszą porównywalność kształcenia i szkolenia pracowników służby zdrowia we wszystkich państwach członkowskich;

35. podkreśla, że należy bronić praktyk medycznych opartych na wiedzy naukowej, i zaznacza, że przy ustalaniu ich zakresu i ogólnoeuropejskiej normalizacji nie powinno się włączać praktyk opartych na procedurach, które nie mają potwierdzenia naukowego;
36. zachęca do przyspieszonego i cyfrowego uznawania dodatkowych kwalifikacji i mikropoświadczeń poprzez szersze wykorzystanie wspólnych ram szkoleniowych, co pozwoli skuteczniej zatrzymywać pracowników służby zdrowia i zwiększać mobilność transgraniczną; zachęca ponadto do mobilności pracowników i specjalistów służby zdrowia w celu uzyskania bardziej zaawansowanych kompetencji zawodowych, którym towarzyszy uznawanie kwalifikacji zgodnie z europejskimi ramami kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie; podkreśla, że należy skoncentrować się na rekrutacji i zatrzymywaniu pracowników służby zdrowia, a w szczególności pielęgniarek, jako największej grupy pracowników służby zdrowia, na rozwijaniu motywujących perspektyw kariery i dostępnych możliwości szkoleniowych, przy jednoczesnej poprawie warunków pracy i wspieraniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym;
37. wzywa UE i państwa członkowskie, aby podjęły działania w celu sprostania wyzwaniom, przed którymi stoją państwa członkowskie w odniesieniu do drenażu mózgów, oraz by zapewniły wprowadzenie zabezpieczeń, dzięki czemu mobilność nie będzie prowadziła do niedoboru wykwalifikowanej siły roboczej w regionach oddalonych i w regionach o niedostatecznym dostępie do usług; podkreśla, że mobilność pracowników w UE powinna być wyborem, a nie koniecznością wynikającą z utrzymujących się nierówności w zatrudnieniu i możliwościach rozwoju kariery między państwami członkowskimi; wzywa Komisję, aby wspierała państwa członkowskie najbardziej dotknięte odpływem pracowników służby zdrowia; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby wprowadziły odpowiednie zachęty dla stażystów w zawodach medycznych i związanych z opieką zdrowotną, którzy zdecydują się ukończyć szkolenie na obszarach wiejskich i obszarach o niedostatecznym dostępie do usług, gdzie niedobory pracowników służby zdrowia są najbardziej dotkliwe; apeluje ponadto o utworzenie programów ułatwiających dobrowolny powrót pracowników służby zdrowia pochodzących z UE, lecz zatrudnionych w innych państwach członkowskich lub poza UE; podkreśla, że ważne jest informowanie pracowników z odpowiednim wyprzedzeniem w razie delokalizacji zgodnie z dyrektywą w sprawie przejrzystych i przewidywalnych warunków pracy w UE³⁸;
38. podkreśla, że UE i państwa członkowskie powinny inwestować w kształcenie i szkolenie, w tym w ciągłe podnoszenie kwalifikacji, z myślą o trwałej, odpornej i wysoko wykwalifikowanej kadrze pracowników służby zdrowia, w tym za pomocą programów finansowanych przez UE, przy zapewnieniu dostępności, osiągalności, akceptowalności i jakości kadry pracowników służby zdrowia, o czym mowa w różnych sprawozdaniach WHO, gdyż pracownicy służby zdrowia są nieodzownym elementem odpornych systemów opieki zdrowotnej, zapewniającym wszystkim w UE dostęp do

³⁸ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1152 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie przejrzystych i przewidywalnych warunków pracy w Unii Europejskiej (Dz.U. L 186 z 11.7.2019, s. 105, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2019/1152/oj>).

wysokiej jakości opieki zdrowotnej; zaznacza, że kompetentni, kierujący się zasadami etycznymi i cieszący się uznaniem pracownicy służby zdrowia mają zasadnicze znaczenie dla zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia, gotowości na ich wystąpienie i reagowania na nie; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby dostosowały działania na szczeblu krajowym i unijnym do planu działania WHO-ASPHER na rzecz profesjonalizacji pracowników do spraw zdrowia publicznego w regionie europejskim; zaznacza, że utrzymanie wysokich standardów kształcenia i szkolenia ma znaczenie dla zapewnienia atrakcyjności zawodów związanych ze służbą zdrowia oraz zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki; wzywa Komisję, aby przeprowadziła skoordynowaną ocenę kształcenia i szkolenia medycznego w UE, co pomoże zapewnić lepsze ukierunkowanie przydziału dodatkowych zasobów na rozwiązanie problemu obecnych niedoborów siły roboczej; apeluje o długofalową politykę spójności, która pozwoli państwom członkowskim zwiększyć możliwości kształcenia i szkolenia większej liczby osób w sektorze zdrowia;

39. wzywa do zlikwidowania luk kadrowych w służbie zdrowia do końca następnego wieloletniego okresu programowania w 2034 r., co wymaga połączenia zachęt, w tym kształcenia i szkolenia w UE, strategii zatrzymywania pracowników, mobilności wewnątrzunijnej i etycznej rekrutacji międzynarodowej; podkreśla, że sprostanie wyzwaniom strukturalnym stojącym przed sektorem ma kluczowe znaczenie dla zwiększenia jego atrakcyjności, ułatwiania rekrutacji osób młodych i osób, które chcą zmienić ścieżkę kariery, dla umożliwiania powrotu osobom, które opuściły sektor zdrowia, a także dla zapewnienia wyższych wskaźników zatrzymywania pracowników; podkreśla, że zatrzymanie obecnie pracującego personelu jest najskuteczniejszym i najbardziej opłacalnym sposobem stabilizacji systemów opieki zdrowotnej; podkreśla, że wzmocnienie transgranicznej współpracy w zakresie opieki zdrowotnej może pomóc w rozwiązaniu problemu niedoboru pracowników, zapewnieniu równego dostępu do opieki oraz utrzymaniu sprawiedliwych warunków pracy i mobilności pracowników służby zdrowia w UE;
40. wzywa Komisję, aby we współpracy z państwami członkowskimi usprawniła dostęp do zróżnicowanych ścieżek szkoleniowych, w tym uniwersytetów, kształcenia i szkolenia zawodowego oraz szkoleń specjalistycznych, przygotowania zawodowego, przekwalifikowania i podnoszenia kwalifikacji; wzywa do wprowadzenia przepisów zapewniających, aby w indywidualnych umowach o pracę przyznawano specjalny czas na szkolenie zawodowe i rozwój zawodowy; wzywa do ochrony i wzmocnienia dobrych praktyk w UE w zakresie współpracy w dziedzinie kształcenia medycznego, z korzyścią zarówno dla krajów pochodzenia, jak i krajów docelowych; w związku z tym zwraca się do Komisji, aby umożliwiła państwom członkowskim pełne wykorzystanie unijnych instrumentów finansowania (takich jak Program UE dla zdrowia, EFS+, program „Horyzont Europa” i zasoby polityki spójności) w celu rozwiązania problemu najbardziej krytycznych niedoborów kadrowych, aktualizacji programów nauczania, wzmocnienia umiejętności cyfrowych i interdyscyplinarnych, co ułatwi rekrutację i zatrzymywanie pracowników służby zdrowia oraz dobrowolny powrót i reintegrację pracowników służby zdrowia w ich krajach pochodzenia; podkreśla, że instrumenty polityki spójności, w tym EFS+ i Program UE dla zdrowia, powinny być wykorzystywane do finansowania ukierunkowanych zachęt, programów mentoringu oraz centrów doskonałości umożliwiających transfer kompetencji i wiedzy zdobytej między państwami członkowskimi; wzywa państwa członkowskie, aby przy ewentualnym wsparciu z funduszy UE propagowały dzięki stypendiom mobilność studentów i młodych specjalistów w sektorze opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym

ukierunkowaniu na osoby pochodzące ze środowisk defaworyzowanych, z uwzględnieniem kontekstu krajowego i we współpracy z partnerami społecznymi;

41. zaleca wprowadzenie zarówno na szczeblu unijnym, jak i krajowym zachęt uatrakcyjnających rzadkie specjalności dla lekarzy, pielęgniarek, położnych, dentystów, farmaceutów, ratowników medycznych i innych pracowników medycznych lub niemedyceńskich/służby zdrowia, którzy ukończyli zaawansowane ścieżki kształcenia i szkolenia, w tym w sytuacjach nadzwyczajnych i w obszarach trudnych do objęcia usługami, takich jak liczne „pustynie medyczne” w całej UE;
42. zachęca UE i państwa członkowskie, aby zaktualizowały ramy prawne i nadal zachęcały uczelnie do opracowywania programów nauczania odzwierciedlających zmieniający się krajobraz medyczny i technologiczny z myślą o przeglądzie wspólnych standardów szkoleniowych w poszczególnych krajach i specjalnościach oraz by dostosowały krajowe procedury odnawiania licencji dla pracowników służby zdrowia, a także umożliwiały transgraniczne przenoszenie w tym zmieniającym się krajobrazie;
43. zachęca państwa członkowskie, aby propagowały szkolenia w zakresie komunikacji dla pracowników służby zdrowia; wzywa Komisję i państwa członkowskie do wspierania i finansowania kampanii informacyjnych i edukacyjnych w dziedzinie zdrowia mających na celu zwiększenie atrakcyjności zawodów związanych z opieką zdrowotną, zachęcanie młodych ludzi do podejmowania kariery w tym sektorze, wzmocnienie ogólnych kompetencji zdrowotnych społeczeństwa oraz zaangażowanie pracowników służby zdrowia w propagowanie prawdziwych informacji o zdrowiu z myślą o budowaniu odporności na dezinformację;
44. zachęca państwa członkowskie do przyjęcia podejścia opartego na cyklu życiowym kariery lekarskiej i pielęgniarskiej, wspierającego edukację i umiejętności zawodowe, z ustrukturyzowanym przechodzeniem od ról niższego szczebla do przywództwa, w tym poprzez wzmocniony nadzór nad karierą i mentoring, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet i młodych specjalistów; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby w większym stopniu uznawały rolę i prawa opiekunów formalnych i nieformalnych w opiece zintegrowanej;
45. zachęca państwa członkowskie do oceny zestawu umiejętności pracowników służby zdrowia oraz do przekształcenia systemów zadań przez wprowadzenie – w stosownych przypadkach – przenoszenia zadań, w tym możliwości delegowania zadań wyspecjalizowanym pielęgniarkom i pielęgniarkom zaawansowanej praktyki oraz wykwalifikowanemu personelowi opieki zdrowotnej lub służbom zdrowia w aptekach, w oparciu o modele już skuteczne w UE, a także do zbadania opartych na dowodach modeli oraz skutecznych modeli współpracy i nadzoru, w tym podziału umiejętności i zadań, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiednich szkoleń, nadzoru, wysokich standardów bezpieczeństwa i jakości opieki, a także jasnych struktur rozliczalności; podkreśla, że potrzebne są wytyczne na szczeblu UE – po konsultacji z odpowiednimi partnerami społecznymi – dotyczące bezpiecznego i opartego na dowodach przenoszenia zadań i podziału zadań; ponownie podkreśla, że ewentualne przekazywanie lub przenoszenie zadań musi iść w parze z wzajemnie uzgodnionymi obowiązkami zawodowymi, jasno określonym zakresem praktyki oraz właściwymi mechanizmami odpowiedzialności i wynagrodzenia proporcjonalnymi do nowych obowiązków; podkreśla, że należy włączyć m. in. pielęgniarki i położne w opracowywanie polityki zdrowotnej, zgodnie z zaleceniami WHO dla Europy;

46. zwraca uwagę na potencjał pielęgniarek zaawansowanej praktyki we wzmacnianiu kadr pracowników służby zdrowia, zwłaszcza w kontekście niedoborów pracowników w regionach wiejskich, podmiejskich, oddalonych i wyspiarskich; podkreśla, że rozszerzenie i uznanie zaawansowanych funkcji pielęgniarskich może pomóc w poprawie dostępu do opieki, wsparciu świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej i zmniejszeniu obciążenia już przeciążonego personelu służby zdrowia; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby propagowały rozwój, kształcenie i wzajemne uznawanie takich ról w UE w ramach przyszłej strategii na rzecz zrównoważonej i odpornej kadry pracowników służby zdrowia; wzywa Komisję i państwa członkowskie do ułatwienia wymiany najlepszych praktyk dotyczących krajowych przepisów w zakresie systemów finansowania i płatności, które zapewniają jakość, bezpieczeństwo, rozliczalność, sprawiedliwą rekompensatę i uznanie zaawansowanych funkcji pielęgniarskich;
47. podkreśla, że należy rekrutować personel pomocniczy z uwzględnieniem pełnej optymalizacji i rozszerzenia zestawu umiejętności;

Wspieranie pracowników służby zdrowia poprzez transformację cyfrową

48. podkreśla, że potrzebna jest ściślejsza współpraca państw członkowskich z OECD, MOP i WHO z myślą o poprawie metodyki prowadzenia rejestrów oraz ustanowieniu i opracowaniu interoperacyjnych i znormalizowanych systemów cyfrowych wspierających gromadzenie, mapowanie i analizę w czasie rzeczywistym danych dotyczących pracowników służby zdrowia; uważa, że ważne jest, aby te systemy cyfrowe obejmowały dane dotyczące czynników wpływających na wybory zawodowe i tendencje w zakresie potrzeb szkoleniowych, potrzeb związanych ze środowiskiem pracy, rotacji, wskaźników dotyczących płci i równości, wykorzystania szkoleń i umiejętności cyfrowych, segmentów pracowników opieki społecznej zintegrowanych z usługami opieki zdrowotnej, mobilności pracowników służby zdrowia, odpływu do innych sektorów i ich całkowitej liczby, obciążenia pracą, w tym odpoczynku i godzin nadliczbowych, statusu zatrudnienia, statystyk dotyczących obywateli wyszkolonych za granicą w sektorze opieki zdrowotnej oraz dysproporcji regionalnych w takich systemach cyfrowych; podkreśla, że takie systemy powinny umożliwiać prognozowanie, planowanie zdolności i podejmowanie decyzji w oparciu o dowody, co pozwoli skuteczniej przewidywać przyszłe zapotrzebowanie na kadrę i identyfikować systemowe wąskie gardła, w tym ze względu na specjalizację i poziom opieki, a także luki w koordynacji między sektorami opieki zdrowotnej i społecznej; wzywa do uwzględnienia danych pochodzących zarówno od publicznych, jak i prywatnych świadczeniodawców opieki zdrowotnej, co pozwoli uzyskać pełny obraz zdolności w zakresie opieki zdrowotnej oraz zapewni, aby innowacyjne rozwiązania oparte na danych uzupełniały szersze strategie mające na celu poprawę rekrutacji i zatrzymywania pracowników, poprawę warunków pracy i poprawę wyników pacjentów;
49. wzywa do ciągłego rozwoju zawodowego pracowników służby zdrowia w zakresie umiejętności cyfrowych, biotechnologii i innych innowacyjnych technologii oraz – tam, gdzie jest to możliwe pod względem klinicznym – diagnostyki wspieranej przez sztuczną inteligencję; wzywa do systematycznego wspierania kształcenia i szkolenia, programów opartych na symulacjach i inicjatyw na rzecz umiejętności cyfrowych, umożliwiających edukację ustawiczną pracowników służby zdrowia zgodnie z wymogami dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych; podkreśla, że należy zapewnić wszystkim pracownikom służby zdrowia kształcenie i szkolenia w zakresie korzystania z nowych technologii i narzędzi cyfrowych; uznaje, że poziomy

umiejętności cyfrowych wśród pracowników służby zdrowia znacznie się różnią, i w związku z tym zaleca przyjęcie podejścia do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji opartego na uczeniu się przez całe życie; wzywa państwa członkowskie do włączenia tych kompetencji do programów kształcenia pracowników ochrony zdrowia, tak aby wszyscy pracownicy ochrony zdrowia nabywali umiejętności umożliwiające im bezpieczną i skuteczną pracę w środowisku opieki zdrowotnej wspieranej technologią; zauważa, że takie szkolenia powinny być dostępne dla wszystkich pracowników służby zdrowia;

50. podkreśla, że innowacje, w tym narzędzia i technologie cyfrowe, muszą uzupełniać ocenę przez profesjonalistę, a nie zastępować jej, przy zapewnieniu opieki skoncentrowanej na osobie i człowieku, bezpieczeństwa pacjenta i rozliczalności konkretnych osób; podkreśla, że cyfrowe systemy opieki zdrowotnej muszą być projektowane w oparciu o dowody naukowe i wykonalne pod względem operacyjnym, przy dostosowaniu się do lokalnych przepływów pracy, a nie przy ograniczeniu wydajności za pomocą rozdrobnionych systemów lub obowiązkowych rejestrów decyzji dotyczących AI; zauważa, że narzędzia wspierane przez AI mogą również obniżyć koszty i usprawnić zadania administracyjne, ale podkreśla w związku z tym, że wszelkie decyzje kliniczne muszą zawsze być zgodne z zasadą kontroli przez człowieka; wzywa ponadto do rozwiązania problemu zmęczenia alarmowego dzięki zachęcaniu do ściślejszej współpracy z twórcami wyrobów medycznych i oprogramowania technologii medycznych w celu opracowania interoperacyjnych i inteligentnych rozwiązań, które ograniczają liczbę zbędnych alarmów i poprawiają dokładność reakcji; wzywa Komisję, aby oceniła wagę wydawania wytycznych dotyczących sztucznej inteligencji w miejscu pracy, w szczególności w odniesieniu do urządzeń i narzędzi wykorzystujących sztuczną inteligencję, które stosują systemy sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka jako elementy bezpieczeństwa, w celu zagwarantowania zasady kontroli sprawowanej przez człowieka, zwłaszcza w klinicznym miejscu pracy, oraz aby zwróciła szczególną uwagę na wpływ ewentualnych narzędzi zarządzania algorytmicznego stosowanych w usługach opieki zdrowotnej w świetle sprawozdań z wdrażania przewidzianych w akcie w sprawie sztucznej inteligencji i ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych³⁹ (RODO); wzywa Komisję, aby przeprowadziła ocenę skutków uzupełnioną testem konkurencyjności i testem MŚP oraz aby przedłożyła wniosek w sprawie zarządzania algorytmicznego w miejscu pracy na podstawie art. 153 ust. 2 lit. b) TFUE w związku z art. 153 ust. 1 lit. b) i art. 16 ust. 2 TFUE oraz w oparciu o wyniki wyżej wymienionych działań;
51. popiera cyfryzację procesów administracyjnych i wprowadzenie narzędzi AI w celu zmniejszenia niepotrzebnych obciążeń administracyjnych; popiera szersze wykorzystanie interoperacyjnych narzędzi i analiz w celu skutecznego zarządzania zasobami kadrowymi, w tym prognozowania trendów emerytalnych, wdrażania na szczeblu regionalnym i identyfikowania luk w umiejętnościach, przy zapewnieniu ochrony danych i zgodności z RODO; sugeruje, że narzędzia te powinny być wyraźnie zaprojektowane w taki sposób, aby ograniczały „cyfrową biurokrację” i skracaly czas spędzony na przygotowywaniu dokumentacji elektronicznej, oraz zauważa, że czas

³⁹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. L 119 z 4.5.2016, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>).

spędzony w internecie po godzinach pracy w celu zakończenia pracy administracyjnej przyczynia się do zmęczenia i chęci odejścia i musi zostać zminimalizowany, co da specjalistom więcej czasu na leczenie i informowanie pacjentów; uznaje rolę sekretarzy medycznych i pracowników administracyjnych służby zdrowia w zmniejszaniu obciążeń administracyjnych dla pracowników służby zdrowia oraz wspiera też integracyjne szkolenia z zakresu technologii cyfrowych i sztucznej inteligencji dla tych grup zawodowych; wzywa do skutecznego wykorzystania rzeczywistości wirtualnej i narzędzi internetowych w celu zwiększenia możliwości rozwoju zawodowego;

52. podkreśla rolę bezpiecznych, interoperacyjnych i innowacyjnych cyfrowych rozwiązań w dziedzinie zdrowia, mających poprawić skuteczność procesów opieki nad pacjentami ciężko i przewlekle chorymi, a także w trakcie rehabilitacji, oraz podkreśla wykorzystanie telemedycyny, w tym podłączonych do sieci wyrobów medycznych, do wspierania obszarów wiejskich i oddalonych; wzywa do propagowania takich rozwiązań dla usprawnienia przepływu pracy i koordynacji operacyjnej; podkreśla, że chociaż technologie te mogą uzupełniać i usprawniać świadczenie opieki zdrowotnej, nie mogą zastąpić zapotrzebowania na odpowiednio obsadzoną i wspieraną kadrę służby zdrowia lub na opiekę bezpośrednią; wzywa do propagowania cyfryzacji procesów administracyjnych przy jednoczesnym zapewnieniu, aby wszystkie innowacje służyły wspieraniu terytorialnej sieci aptek, a nie ich zastępowaniu; przypomina, że regulacja usług farmaceutycznych świadczonych na odległość musi być zgodna z przepisami krajowymi; ostrzega, że narzędzia cyfrowe opracowane i wprowadzone bez udziału pracowników służby zdrowia i organizacji pacjentów często nie spełniają potrzeb i mogą zwiększać obciążenia administracyjne i związany z pracą stres psychiczny;
53. uznaje potencjał europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (EHDS) w odniesieniu do poprawy efektywności opieki zdrowotnej w UE oraz jako czynnika umożliwiającego bezpieczną i interoperacyjną wymianę danych dotyczących zdrowia między państwami członkowskimi, w oparciu o krajową infrastrukturę e-zdrowia i jako jej uzupełnienie; podkreśla jej potencjał w zakresie wzmacniania badań naukowych i odporności systemów; wzywa Komisję i państwa członkowskie do dopilnowania, aby europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia wspierała budowanie zdolności cyfrowych, przy jednoczesnym zapewnieniu bezpiecznego gromadzenia danych cyfrowych i przejrzystego przekazywania informacji oraz przy zagwarantowaniu, że pacjenci zawsze wyrażają świadomą zgodę, z zachowaniem wysokich standardów ochrony danych i etyki zawodowej; wzywa Komisję, aby w istniejących ramach paktu na rzecz umiejętności wspierała szkolenia zawodowe, szkolnictwo wyższe i szkolenia oraz środki budowania zdolności, w tym rozwój inicjatyw na rzecz umiejętności w zakresie danych dotyczących zdrowia, co umożliwi pracownikom służby zdrowia skuteczne korzystanie z europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia i innych narzędzi cyfrowych w ich codziennej praktyce;
54. wzywa Komisję Europejską propagowania akademii umiejętności w zakresie danych zdrowotnych oraz opracowania ram kompetencyjnych i wykazu stanowisk wspierających wdrażanie zintegrowanego zarządzania danymi zdrowotnymi w systemach ochrony zdrowia w całej Europie;

Finansowanie i planowanie strategiczne na szczeblu unijnym i krajowym

55. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby inwestowały w środki gotowości i

zapobiegania, w tym w przyjęcie podejścia opartego na profilaktycznej opiece zdrowotnej, a także w środki reagowania i odbudowy, oraz by koordynowały je, w oparciu o wnioski wyciągnięte z pandemii COVID-19 i przy uznaniu kluczowej roli pracowników służby zdrowia podczas tego kryzysu, gdy pracownicy służby zdrowia często doświadczali wyczerpania emocjonalnego, wysokiego narażenia na zagrożenia fizyczne i psychospołeczne oraz zwiększonego zapotrzebowania w kontekście pogarszających się warunków pracy i ograniczonej elastyczności organizacji pracy; podkreśla potrzebę wzmocnienia systemów zdrowia publicznego przez trwałe inwestycje w kadrę ochrony zdrowia, w tym poprawę liczebności, kształcenia, szkolenia i kompetencji pracowników służby zdrowia, a także inwestowanie w sprzęt medyczny, szpitale oraz innowacyjne technologie zdrowotne, które mogą zwiększyć efektywność i odporność; podkreśla znaczenie włączenia modułów dotyczących zarządzania kryzysowego, odporności i gotowości do programów szkolenia zawodowego; wzywa Komisję, aby we współpracy z państwami członkowskimi wspierała i monitorowała inwestycje w pracowników służby zdrowia, w tym w środki zapewniające bezpieczny poziom zatrudnienia, oraz w publiczne systemy opieki zdrowotnej w ramach europejskiego semestru; apeluje o skoordynowane inwestycje w badania naukowe i innowacje, aby zapewnić strategiczną autonomię Europy oraz szybki rozwój i produkcję medycznych środków przeciwdziałania w sytuacjach kryzysowych; zwraca się do Komisji i Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów, aby poświęcały znacznie więcej uwagi na gotowość sektora zdrowia i możliwość wdrażania strategii w zakresie gotowości przez aktywne stosowanie kompetencji dzielonych w celu rozwiązywania problemów kadrowych w ramach spotkań ministrów zdrowia;

56. wzywa Komisję, aby powołała ośrodek monitorujący, którego zadaniem byłoby koordynowanie regularnego monitorowania i perspektywicznych prognoz podaży pracowników służby zdrowia i popytu na nich na wszystkich szczeblach systemów opieki zdrowotnej, opracowywanie wskaźników, które państwa członkowskie mogłyby stosować do oceniania skuteczności i bezpieczeństwa swoich systemów opieki zdrowotnej, w oparciu o modelowanie opracowane przez Wspólne Centrum Badawcze, sprawozdania OECD i inicjatywy WHO, we współpracy z organizacjami zawodowymi i organizacjami pacjentów; zachęca Komisję, aby we współpracy z państwami członkowskimi dostosowała prace właściwych dyrekcji generalnych w celu zwiększenia przejrzystości i kształtowania polityki opartej na dowodach we wszystkich państwach członkowskich; zachęca do prognozowania zapotrzebowania na pracowników w celu ułatwienia współpracy w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej i opieki nad osobami chorującymi na choroby rzadkie; podkreśla, że monitorowanie to powinno być prowadzone we współpracy z odpowiednimi zainteresowanymi stronami, w tym z organizacjami pacjentów;
57. podkreśla znaczenie odpowiedniego, solidnego i zrównoważonego finansowania jako gwarancji dostępu do opieki zdrowotnej; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby zwiększyły finansowanie publiczne w sektorze zdrowia; podkreśla, że stabilność finansowa systemów opieki zdrowotnej ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia długoterminowej stabilności makroekonomicznej i odporności społeczno-gospodarczej; zwraca uwagę, że ukierunkowane inwestycje w szkolenia i kształcenie, w profilaktykę, promocję zdrowia, wzmocnienie personelu służby zdrowia oraz w przygotowanie na sytuacje kryzysowe w zakresie zdrowia mogą znacznie zmniejszyć przyszłe obciążenie systemów opieki zdrowotnej i finansów publicznych; podkreśla, że należy lepiej i w sposób bardziej przejrzysty zarządzać oraz skuteczniej dostosowywać administrację do

zakładanych celów poprzez zmniejszenie zbędnych obciążeń administracyjnych z myślą o stworzeniu lepszego i bezpieczniejszego środowiska opieki wysokiej jakości; wzywa państwa członkowskie, aby priorytetowo traktowały inwestycje w opiekę zdrowotną w krajowych ramach budżetowych, co zapewni nie tylko dostęp do usług medycznych, ale także bezpieczeństwo zatrudnienia pracowników służby zdrowia i zagwarantuje, że środki finansowe są skutecznie przeznaczane na rekrutację, zatrzymywanie pracowników, bezpieczny poziom zatrudnienia, podnoszenie kwalifikacji i dobrostan pracowników służby zdrowia; opowiada się za publicznym finansowaniem opieki zdrowotnej, które zagwarantuje, że wszyscy pacjenci, w tym pacjenci chorzy na choroby rzadkie i sieroce, nie zostaną pominięci, a jednocześnie w sposób strategiczny pozwoli uwzględnić tendencje demograficzne i szersze obciążenie chorobami, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki, wczesnego wykrywania i interwencji; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby – w kontekście ewentualnych przyszłych reform i europejskich inicjatyw w zakresie gotowości – uznały, że inwestowanie w opiekę zdrowotną przynosi długoterminowe korzyści strategiczne, które uwalniają potencjał produkcyjny i generują wartość gospodarczą, która może potencjalnie przynieść zwrot znacznie przewyższający początkowe inwestycje dzięki uniknięciu kosztów opieki zdrowotnej i zwiększeniu wydajności; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby na tej podstawie priorytetowo traktowały te inwestycje strategiczne dzięki zbadaniu elastyczności w ramach unijnych reguł fiskalnych i ocenie wykonalności wyłączenia wydatków na opiekę zdrowotną ze środków oszczędnościowych, przy jednoczesnym zapewnieniu dyscypliny budżetowej, przejrzystości wydatków, kontroli skuteczności interwencji i poszanowaniu kompetencji krajowych w zakresie finansów publicznych;

58. zaleca zwiększone przydzielanie i efektywne wykorzystywanie specjalnego finansowania UE (Program UE dla zdrowia, „Horyzont Europa”, europejskie fundusze strukturalne i inwestycyjne, Erasmus+, Cyfrowa Europa itd.) w WRF na lata 2028–2034 w celu wspierania zintegrowanego podejścia do planowania zatrudnienia, bezpiecznego poziomu zatrudnienia, rekrutacji, kształcenia i szkoleń, zatrzymywania pracowników i innowacji w sektorze opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem regionów borykających się z poważnymi niedoborami, w drodze proponowania zachęt dla pracowników służby zdrowia, którzy decydują się na pracę na obszarach o niedostatecznym dostępie do usług; popiera strategiczne wykorzystanie EFS+ i instrumentów polityki spójności, aby pomóc państwom członkowskim we wdrażaniu zrównoważonych strategii dotyczących pracowników służby zdrowia; podkreśla, że wyzwanie demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa jest jednym z głównych czynników powodujących wzrost zapotrzebowania na świadczenie opieki zdrowotnej i na pracowników służby zdrowia i musi zostać uznane za priorytet polityczny; zauważa z zaniepokojeniem, że długi czas oczekiwania, spotęgowany niedoborem siły roboczej, utrudnia terminowy dostęp do opieki, co prowadzi do gorszych wyników w zakresie zdrowia, oraz podkreśla, że opóźniona diagnoza i leczenie zwiększają koszty opieki zdrowotnej i stanowią dodatkowe obciążenie dla systemów opieki w nagłych wypadkach i opieki długoterminowej; z zaniepokojeniem odnotowuje brak specjalnej linii budżetowej na opiekę zdrowotną we wniosku dotyczącym WRF na okres po 2027 r. i podkreśla, że w przyszłych WRF należy zabezpieczyć i wyodrębnić odpowiednie finansowanie związane z opieką zdrowotną; apeluje o odpowiedni przydział środków w ramach przyszłych unijnych instrumentów finansowania, które zastąpią Program UE dla zdrowia, co będzie stanowiło wsparcie dla europejskich pracowników służby zdrowia; podkreśla znaczenie odrębnego budżetu

unijnego na zdrowie w każdym WRF, dzięki czemu inicjatywy finansowane z funduszy UE, których celem jest przeciwdziałanie niedoborom kadrowym w służbie zdrowia, były trwałe, przewidywalne i bezpośrednio ukierunkowane;

59. podkreśla potrzebę zapewnienia kompleksowego i odpowiednio finansowanego budżetu na ochronę zdrowia w WRF na lata 2028–2034, gwarantującego opracowanie i wdrożenie długoterminowej europejskiej strategii na rzecz pracowników służby zdrowia, rozwiązującej problem niedoboru pracowników w służbie zdrowia oraz zapewniającej, aby systemy opieki zdrowotnej w całej UE były zrównoważone, odporne i dostępne;

Propagowanie roli podstawowej opieki zdrowotnej

60. apeluje o większe wsparcie dla lekarzy, pielęgniarek, pracowników świadczących podstawową opiekę dentystyczną i podstawowego personelu ochrony zdrowia poprzez uznanie ich kluczowej roli w profilaktyce, promocji zdrowia, wczesnych diagnozach, zarządzaniu chorobą oraz w opiece zintegrowanej w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego; wzywa do wspierania tej roli poprzez tworzenie zachęt do zakładania przychodni lekarzy rodzinnych oraz zwiększanie możliwości szkoleniowych i edukacyjnych w zakresie medycyny ogólnej, w tym wymiany pokoleniowej pracowników służby zdrowia; nalega, aby finansowanie unijne przyczyniało się do finansowania wspólnych szkoleń i infrastruktury cyfrowej, co zapewni kompleksową integrację podstawowej opieki zdrowotnej i usług specjalistycznych i umożliwi na przykład tworzenie sieci telekonsultacji, które poprawiają dostęp pacjentów do opieki i skracają czas oczekiwania; zachęca do propagowania profilaktyki i kompetencji w zakresie zdrowia od najmłodszych lat, dzięki czemu zmniejszy się obciążenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej; podkreśla znaczenie stałego dialogu z partnerami społecznymi, pracownikami służby zdrowia i innymi zainteresowanymi stronami oraz wzywa państwa członkowskie, aby zapewniły szerokie konsultacje społeczne w przypadku wprowadzania zmian w polityce zdrowotnej;
61. uznaje społeczny aspekt opieki zdrowotnej w społecznościach lokalnych i podkreśla, że rozwiązania cyfrowe i z zakresu telezdrowia nie powinny zastępować odgrywających ważną rolę w społecznościach lokalnych pracowników służby zdrowia, którzy często zajmują się osobami najbardziej społecznie odizolowanymi takimi jak osoby starsze;
62. podkreśla, że należy zapewnić ciągłość relacji między pacjentem a lekarzem, ponieważ ma ona zasadnicze znaczenie dla wysokiej jakości opieki opartej na zaufaniu i ukierunkowanej na człowieka; zaznacza, że każdy powinien mieć dostęp do lekarza rodzinnego lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który zapewni długoterminową, a najlepiej dożywotnią ciągłość opieki, niezależnie od tego, czy jest ona świadczona w ramach publicznej czy prywatnej służby zdrowia; wzywa państwa członkowskie do ustanowienia ram gwarantujących to prawo jako podstawę zrównoważonych i dostępnych systemów opieki zdrowotnej;
63. uznaje kluczową rolę farmaceutów i podkreśla, że należy zapewnić ich ścisłą współpracę z interdyscyplinarnymi zespołami podstawowej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym włączeniu psychologów, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, pielęgniarek rodzinnych i wyspecjalizowanego personelu administracyjnego ds. zdrowia do takich zespołów, co wzmocni odporność systemów opieki zdrowotnej i zapewni skoordynowaną, ukierunkowaną na człowieka opiekę; wzywa do zapewnienia

odpowiedniej infrastruktury, odpowiedniego personelu i wystarczającego czasu na konsultacje dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, co zapewni skuteczną profilaktykę i całościową opiekę; zaleca usprawnienie koordynacji z opiekunami nieformalnymi;

◦

◦ ◦

64. zobowiązuje swoją przewodniczącą do przekazania rezolucji Radzie i Komisji oraz rządów i parlamentom państw członkowskich.