

**Homicskó Árpád – Nádházy Zsolt – Szűcs Viktória –
Schnider Marianna**

**Kollektív munkaügyi viták és az alternatív
vitarendezés lehetőségei az egészségügyi és szociális
ágazatban**

Tartalom

I. Rész: Kollektív munkaügyi viták és az alternatív vitarendezés lehetőségei az egészségügyben

1. Az egészségügyi ágazat rövid bemutatása

2. Az egészségügyi ágazat munkaügyi kapcsolatának jellemzői

3. Kollektív alku az egészségügyi ágazatban – a szakszervezetek szerepe az egészségügyi ágazatban felmerülő érdekviták feloldásában

4. Tipikus kollektív munkaügyi konfliktusok és ezek feloldása az egészségügyi ágazatban

5. Nemzetközi kitekintés

II. Rész: Kollektív munkaügyi viták és az alternatív vitarendezés lehetőségei a szociális ágazatban

1. A szociális ágazat rövid bemutatása

2. A szociális ágazat munkaügyi kapcsolatának jellemzői

3. Kollektív alku a szociális ágazatban, valamint a Munkaügyi Tanácsadó és Vitarendező Szolgálat funkciójának lehetőségei
4. Tipikus, illetve potenciális kollektív munkaügyi konfliktusok, viták a szociális ágazatban, illetve az alternatív vitarendezés lehetőségeinek feltérképezése
5. Nemzetközi kitekintés – startvonalnál az Európai Szociális Párbeszéd a Szociális Ágazatban

I. Rész

Kollektív munkaügyi viták és az alternatív vitarendezés lehetőségei az egészségügyben

1. Az egészségügyi ágazat rövid bemutatása

Az egészségügyi szabályozás alapjait az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.), valamint az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény határozza meg. Az ágazat esetében jellemző az alulfinanszírozottság, a munkaerőhiány és az alacsony bérek. Probléma a foglalkoztatottak túlterheltsége, a munkahelyi stressz és a magas elvándorlás. Az egészségügyben dolgozók létszáma a KSH adatai alapján 2014-ben összesen 124 446 fő volt, ebből az orvosok létszáma 16 622 fő, az egészségügyi szakdolgozók létszáma 68 319 fő, az egyéb egészségügyi dolgozók létszáma pedig 39 504.

1.1. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó ellátórendszer bemutatása

Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet (a továbbiakban: progresszív ellátás). A progresszív ellátás elve az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén érvényesül. Minden beteget – az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül – az ellátásában részt vevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával kell ellátni. Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását. Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül. Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése

alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően kell biztosítani. A speciális járóbeteg-szakellátás pedig olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel. Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a külön jogszabályba foglaltak szerint a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A speciális fekvőbeteg-szakellátás pedig a járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között nyújtott szakellátást végző orvos, sürgős szükség fennállása esetén, illetőleg a területi ellátási kötelezettséggel összefüggésben a beteg ellátását végző orvos, illetve mentőorvos vagy mentőtiszt, a speciális ellátásra indokul

szolgáló szakmai feltételek esetén a házi orvos beutalása alapján vehető igénybe. Az egyéb egészségügyi ellátások közül kiemelendő a mentés és a betegszállítás. A mentés az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan - az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas - legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása. A betegszállítás célja pedig az, hogy biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, ha az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható.

1.2. Az egészségügyi dolgozók foglalkoztatási jogviszonyainak bemutatása

Az egészségügyi dolgozó egészségügyi tevékenység végzésére – ide nem értve a sürgős szükség esetén ellátási kötelezettség alapján végzett tevékenységet – a külön törvényben meghatározott szakképesítési és nyilvántartási feltételek mellett akkor jogosult, ha egészségi állapota alapján az adott egészségügyi tevékenység végzésére

alkalmas. Egészségügyi tevékenység végzésére szabadfoglalkozás keretében, egyéni egészségügyi vállalkozóként, társas vállalkozás tagjaként, közalkalmazotti jogviszonyban, munkaviszonyban, közszolgálati jogviszonyban, kormányzati szolgálati jogviszonyban, állami szolgálati jogviszonyban, szolgálati jogviszonyban, egyházi személyként vagy vallási tevékenységet végző szervezet vallásos szertartást hivatásszerűen végző tagjaként, önkéntes segítőként és egyéni cég tagjaként kerülhet sor.

A munkaügyi kapcsolatok szempontjából ezek közül annak van jelentősége, hogy a kollektív szerződés egészségügyi ágazatra történő kiterjesztésének feltétele, hogy a kollektív szerződést kötő munkáltató, munkáltatók vagy munkáltatói érdekképviselői szervezet munkáltató tagjai az egészségügyi ágazatban közalkalmazotti jogviszonyban és munkajogviszonyban állók többségét foglalkoztassák, valamint a kollektív szerződést kötő szakszervezet, szakszervezetek között legyen legalább egy olyan szakszervezet, amelynek az egészségügyi ágazatban közalkalmazotti jogviszonyban és munkajogviszonyban álló tagjainak száma eléri az egészségügyi ágazatban

foglalkoztatott közalkalmazotti jogviszonyban és munkajogviszonyban állók létszámának 10%-át.

2. Az egészségügyi ágazat munkaügyi kapcsolatának jellemzői

2.1. Az egészségügyi ágazathoz tartozó szakszervezetek mint a munkaügyi kapcsolatok szereplői

A kiadvány második részében számba vesszük az egészségügyi szektorhoz tartozó kollektív érdekérvényesítési lehetőségeket és eredményeket, amelynek első pontjában a teljesség igénye nélkül felmérjük a jelenleg működő, egészségügyi ágazathoz tartozó munkavállalói szakszervezeteket – tekintettel arra a tényre, hogy a munkáltatók oldalán jelenleg nem működik egyetlen érdekvédelmi szervezet sem.

2.1.1. Magyarországi Munkavállalók Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete

Az egyik legnagyobb taglétszámmal bíró szakszervezet a Magyarországi Munkavállalók Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (a továbbiakban: EDDSZ), amely az egységes egészségügyi és szociális szakszervezetből (Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete) kiválva az 1989. november 23-i alakuló kongresszusán önálló szakszervezetként alakult meg. Az EDDSZ az ágazatok és szakmák közötti szolidaritásra épülő, független és pártsemleges szakszervezetként határozza meg önmagát. Alapszabályában foglalt legfőbb célja „az egészségügyi és szociális ellátás, a gyermek és ifjúságvédelem, oktatás, közigazgatás, a közszolgáltatás, a versenyszféra területein dolgozó szakszervezeti tagok – ideértve az aktív dolgozókat, a vállalkozókat, az egyéb szakirányú továbbképzésben részt vevőket, a jogfenntartókat, továbbá az átmenetileg munka nélkül lévőket – érdekeinek védelme és szakszerű képviselete”. A szakszervezet összetett szervezeti felépítésén belül az elnöki pozíciót, valamint annak testületben betöltött szerepét és a képviselettel kapcsolatos feladatkörét érdemes pár mondatban kiemelni. Az EDDSZ elnöke ellátja a szakszervezet általános ügyvezetését, a hatáskörébe tartozó

tevékenységeket az Alapszabály huszonkét pontban sorolja fel, amelyek közül a legjelentősebbek a tagsági jogviszonnyal kapcsolatos intézkedések meghozatala, az éves költségvetés elkészítése, illetve az EDDSZ képvisellete hatóságok, bíróságok és más állami szervek és szervezetek előtt. Ez utóbbi tevékenységének köszönhetően az EDDSZ képviselétében vesz részt az egészségügyi dolgozók béremelésével kapcsolatos megállapodások kialakításában, így szerepet vállalt az egészségügyi szférában jelenleg hatályos kollektív szerződés megkötésében is.

2.1.2. A Független Egészségügyi Szakszervezet

A Független Egészségügyi Szakszervezet (a továbbiakban: FESZ) viszonylag új érdekvédelmi szervezetnek minősül, hiszen 2011. szeptember 29-i alakuló közgyűlésén döntött a szakszervezet létrehozásáról. A standard egészségügyi szakszervezeti célrendszernek megfelelően, alapszabályában meghatározott elsődleges célja a magyar egészségügyben és a szociális területen dolgozók munkajogi, szociális és gazdasági érdekeinek képvisellete, ugyanakkor nagy hangsúlyt fektet egy olyan működőképes, kölcsönös

alkupozíció alapuló érdekegyeztetési rendszer létrehozatalára, amely elősegíti az egészségügyi és szociális területeken dolgozó egyének európai szintű viszonyainak megteremtését a bérezéssel és az egészségügyi szektorban dolgozók erkölcsi megbecsülésével összefüggésben. Tagjai részére ingyenes jogsegélyszolgálatot biztosít, melynek keretében szükség esetén egyeztető fórumokat hoz létre vitás ügyek rendezése érdekében, illetve – amennyiben ezek megoldására bírói út mellőzése nélkül nincsen lehetőség –, meghatalmazás alapján képviseli tagjait az élet- és munkakörülményeket érintő kérdésekben bíróság, illetve más hatóságok előtt.

2.1.3. Mentődolgozók Önálló Szakszervezete

A Mentődolgozók Önálló Szakszervezete (a továbbiakban: MÖSZ) önálló programja alapján harcol a mentésügy társadalmi elismertségéért, rangjának visszaállításáért. A MÖSZ tagsági feltételként a szakszervezet tevékenységében való aktív részvételt ír elő, így jelentős szerephez jutott a bérezéssel kapcsolatos követelmények érvényesítése

tekintetében is. Ez utóbbi eseményekről részletesebben a 4.4. fejezetben szólunk.

2.2. A szakorvosjelöltekre vonatkozó érdekképviseltek jellegzetességei

A pályakezdőkre vonatkozó érdekvédelem érdekében az Eütv. az „Egyes egészségügyi dolgozók szervezett érdekvédelme” című fejezetben emeli ki, amely az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben részt vevők széles körére koncentrál. A jogszabály értelmében az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben részt vevőket foglalkoztató vagy a rezidensképzésben képzőhelyként bevont egészségügyi szolgáltatóknál – az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló, vagy az egészségügyi szolgáltatóknál képzési idejüket töltő szakorvos-, szakfogorvos-, szakgyógyszerész- és szakpszichológus-jelöltek részvételével – helyi érdekképviselői szerv hozható létre, amely előzetes véleményt nyilvánít a szakorvosjelöltek képzését érintő döntéseket megelőzően, valamint részt vesz a képzéssel összefüggésben a minőségbiztosítási feladatok

ellátásában (Eütv. 140/A. §). A helyi érdekképviselési szervezetek országos érdekképviselési szervezet hozhatnak létre, így az ágazatban meghatározó szerepet betöltő rezidenseknek lehetőségük van arra, hogy érdekképviselésükön keresztül figyelemmel kísérjék a szakorvosjelölti képzéssel kapcsolatos kérdéseket.

2.2.1. Rezidensek és Szakorvosok Szakszervezete

Nemrégiben megalakult a Rezidensek és Szakorvosok Szakszervezete (ReSzaSz), amely 2016-os működése óta a Munkástanácsok Országos Szövetségének a tagja. Az EDDSZ és a FESZ célkitűzéseéhez hasonlóan a ReSZaSZ is küzd az egészségügyi dolgozók alulfinanszírozottsága ellen, mindemellett célja a szakorvosjelöltek kivándorlásának visszaszorítása, az egészségügyi dolgozók versenyképes bérezéssel történő itthon tartása és az orvosképzés folyamatos fejlesztése. A ReSZaSZ tagja lehet bárki, aki a szervezet céljaival egyetért, és érdekképviselési szerveződésen keresztül kívánja hatékonyabbá tenni a szakorvosjelöltek és a többi egészségügyi dolgozó munkakörülményeit. A ReSzaSz ugyanakkor nem

keverendő össze a Magyar Rezidens Szövetséggel (a továbbiakban: MRSZ). Ez utóbbi egy civil szervezet – amely 2012-ben ugyan komoly eredményeket ért el a rezidensek helyzetének javításával kapcsolatban, de nem szakszervezeti formában működik –, így érdekképviselettel kapcsolatos jogi lehetőségei korlátozottabbak, mint a ReSzaSz-nak, valamint tevékenységük kizárólag a rezidensekre szorítkozik. A két szervezet céljaik elérése érdekében szoros együttműködésben dolgozik.

2.3. Az orvosi egyetemek mellett működő szakszervezetek

Magyarországon valamennyi orvostudományi egyetem mellett működik érdekvédelmi szervezet, amely az egészségügyi felsőoktatási dolgozók munkavállalói érdekeit képviseli:

- a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudomány Területén Dolgozók Szakszervezete (DOTESZ) Debrecenben,
- a Pécsi Tudományegyetem Integrált Egészségügyi Szakszervezete (PTEIESZ) Pécsen,

- a Semmelweis Érdekvédelmi Szövetség (SÉSZ) a Semmelweis Egyetemen, Budapesten, valamint
- a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Szakszervezete (SZOTESZ) Szegeden működik.

Az egyetemek mellett tevékenykedő szakszervezetek jogosultak a munkavállalók érdekében az egyetem vezetésével kollektív szerződést, valamint egyéb megállapodásokat kötni az egyetem munkavállalóira vonatkozóan, kiemelt figyelmet fordítva arra, hogy minél többféle, garanciákkal biztosított szociális juttatásokat határozzanak meg a dolgozók részére. Országos képviselést jellemzően az Értelmiségi Szakszervezeti Tömörülésen keresztül gyakorolnak.

A fenti négy szakszervezeten kívül a Kanizsai Kórházi és Egészségügyi Dolgozói Szakszervezetének tagságával együttesen működik az Orvosegyetemek Szakszervezeti Szövetsége (a továbbiakban: OSZSZ), amely az egészségügyi és egészségügyi felsőoktatási egyenrangú és önálló személyiséggel rendelkező szakszervezetek országosan reprezentatív szövetsége.

2.4. Az egészségügyi szakszervezeti taglétszám és ennek jelentősége az érdekképviselet és munkaügyi kapcsolatok szempontjából

A Munka törvénykönyve (a továbbiakban: Mt.) nem használja a reprezentatív szakszervezet fogalmát, hiszen a kollektív szerződés-kötési képesség kellékeinek meghatározását nem az üzemi tanácsi választások eredményéhez, hanem a szakszervezeti taglétszámhoz igazítja. A hatályos törvény szerint szakszervezet abban az esetben jogosult kollektív szerződés megkötésére, ha tagjainak száma eléri a munkáltatóval munkaviszonyban álló munkavállalók létszámának tíz százalékát. Ha több olyan szakszervezet van, amely megfelel a törvényi kritériumoknak, a törvény koalíciós kényszert ír elő számukra. A tízszázalékos határ elérése nélkül a szakszervezet legfeljebb javaslatokat tehet, vagy egyéb akciókat indíthat, de a tárgyalásokba nem vonják be őket.

A KSH adatai szerint az egészségügyi és szociális ellátások ágazata egyike annak az öt nemzetgazdasági szektornak, amely a legnagyobb szakszervezeti taglétszámmal rendelkezik, a felsorolt egészségügyi dolgozókat tömörítő

szakszervezetek közül mégis csupán az EDDSZ és a MÖSZ éri el a tízszázalékos viszonyszámot, amely lehetőséget nyújt számukra, hogy részt vehessenek az érdekviták megtárgyalásában és egy esetleges kollektív szerződés megkötésének folyamatában.

Mi lehet az oka annak, hogy a szakszervezeti tagok száma évről évre csökken, és mostanra tíz egészségügyi dolgozóból csupán egy tagja valamely szakszervezetnek? Sok munkavállaló fél, hogy inkább hátránya, mint előnye származhat a tagságból. Ez azért nem helytálló, mert szakszervezeti hovatartozás az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvény szerint különleges adat, így a szakszervezet – összhangban a nemzetközi standardokkal – nem kötelezhető arra, hogy tagnyilvántartását – a tagok kifejezett, írásbeli hozzájárulásának hiányában – a munkáltatónak megtekintésre átadja. Mindemelllett a legtöbb esetben a szakszervezeti tagok sokkal kevésbé vannak kiszolgáltatott helyzetben, hiszen a szakszervezet hatékonyabban képes fellépni a munkavállaló érdekképviselőként, mint a dolgozók egyéneként. A KSH adatai alapján szembevetendő különbségek vannak a tagság korcsoportok közötti

megoszlásának vonatkozásában is: míg az 55 év feletti munkavállalók több mint tizenkét százaléka, addig a negyven év alatti munkavállalók átlagosan hat százaléka tagja valamelyik szakszervezetnek. Az egészségügyi dolgozók tagsági létszáma országos szinten jelentős, ugyanakkor arányaiban még így is alulmarad például az oktatásban, a villamosenergia-ágazatban és feldolgozóiparban foglalkoztatott munkavállalók tagsági létszámához képest.

3. Kollektív alku az egészségügyi ágazatban – a szakszervezetek szerepe az egészségügyi ágazatban felmerülő érdekviták feloldásában

A szakszervezetek célja az, hogy a munkaerőhiányt ne különböző szerződéses konstrukciókkal és túlmunkával oldják meg az egészségügyi szolgáltatók, hanem központi szinten ágazati béremeléssel, ösztöndíj pályázatokkal és a munkakörülmények javításával ösztönözzék a pályakezdőket és a szakorvosokat az itthon maradásra. A következőkben az érdekvényesítés egészségügyi

ágazatban leggyakrabban alkalmazott eszközeit igyekszünk számba venni.

Az egészségügyi dolgozók akcióképességüket tekintve igen aktívnak számítanak más munkavállalókkal összehasonlítva, s a nyomásgyakorlás különböző eszközeit alkalmazzák. Ugyanakkor abból a körülményből kiindulva, hogy az egészségügyi szektorban a többi ágazathoz képest nehezebb egy sztrájk megszervezése, a szakszervezetek igyekeznek elsősorban tárgyalások útján érvényesíteni követeléseiket. A tárgyalásokat munkakörülményekről és elvárásokról szóló elemzések előzik meg, amelyeket jogszabály-módosítási és egyéb szabályozási javaslatokkal megküldenek a nemzeti döntéshozók irányába. „Rendszeresen megküldjük követeléseinket, jobbító javaslatainkat a kormány illetékes szervezeteinek, és az országgyűlési képviselőknek is. Tesszük ezt annak érdekében, hogy javulást érzünk el az anyagi helyzetünk, erkölcsi megítélésünk, életpályánk tervezhetőségében, és ne lehessen többet a ránk jellemző hivatástudattal visszaélni.” – fogalmazta például a FESZ. Abban az esetben, ha a szakszervezetek állásfoglalásai nem hozzák meg a kívánt eredményt, a szakszervezetek figyelem felhívás céljából

jellemzően akciókat indítanak és tüntetéseket szerveznek a dolgozók körülményeinek javítása érdekében. A fokozatosság ugyan megfigyelhető az egészségügyi szférában is, a munkavállalók azonban a békés út igénybevétele mellett (vagy éppen ezek helyett) sokszor provokatív eszközök alkalmazásával keltik fel a közvélemény figyelmét, mint például a csoportos felmondások, az önkéntesen vállalt túlórák megtagadása, a 2015-ben elhíresült „fekete pólós” tiltakozás vagy a hálapénz megtagadásához kapcsolódó zöld kitűző viselése. Érdekes, hogy ezeket az eszközöket nem minden esetben szakszervezet által szervezett akciók keretében alkalmazzák. Az egészségügyi ágazatban többször előfordultak már egyéni munkavállalói kezdeményezés általi megmozdulások is, például az említett fekete pólós tiltakozás, amelyet egy közismert aktivista kezdeményezett annak érdekében, hogy felhívja a figyelmet az egészségügyben előforduló problémákra. Több esetben volt példa ezenfelül kamarák által szervezett tüntetésekre is, feladataik szempontjából azonban különösen fontos ezek szakszervezetektől történő elhatárolása.

3.1. A sztrájkbizottság megalakítása és sztrájk az egészségügyi szektorban

Abban az esetben, ha a szakszervezetek által megfogalmazott javaslatok nem vezetnek eredményre, a következő lépés egy sztrájkbizottság megalakítása lehet, amelynek elsődleges célja a vita „békés úton” történő megoldására törekedve tárgyalásokat folytatni a követelések megvalósulása érdekében. Amennyiben nem határozható meg a munkáltató – úgy, mint az egészségügyi szektorban – , abban az esetben a szakszervezetek általában az egész ágazatot érintő, egyes munkáltatók jogkörét meghaladó intézkedést várnak el, így öt napon belül a kormánynak is ki kell jelölnie egy képviselőt, aki lefolytatja az egyeztető tárgyalásokat a másik féllel. Amennyiben a tárgyalások sem vezetnek eredményre, akkor hirdethet sztrájkot a szakszervezet, az egészségügyi sztrájkra vonatkozó szigorú törvényi előírásoknak megfelelően. Az egészségügyre is érvényes az a törvényi rendelkezés, hogy annál a munkáltatónál, amely a lakosságot alapvetően érintő tevékenységet végez, csak úgy gyakorolható sztrájk, hogy az a még elégséges szolgáltatás teljesítését ne gátolja (1989. évi

VII. törvény 4. §). Ennek mértéke és feltételei a sztrájkot megelőző egyetértés tárgyát képezik, hiszen a mindenre kiterjedő munkabeszüntetés súlyosan veszélyeztetheti az életet, egészséget és testi épséget, ezért a gyakorlatban fel sem merülhet az egészségügyi ellátási tevékenység teljes felfüggesztése. Ez utóbbi követelmény az egészségügyi sztrájk esetén azt jelenti, hogy a szakszervezeti sztrájkbizottság az egészségügyi szolgáltató intézményvezetőivel tisztázza a minimumellátás feltételeit, illetve ennek meghíúsulása esetén kérelemre a közigazgatási és munkaügyi bíróság jogerős határozata állapíthatja meg a még elégséges szolgáltatás mértékét.

3.2. Az érdekérvényesítés eddigi eredményei az egészségügyi szektorban

3.2.1. A Magyar Rezidens Szövetség (MRSZ) kezdeti sikerei

2011–12-ben a pályakezdő orvosokat képviselve az MRSZ fogalmazott meg követeléseket az „Élhető Magyar Egészségügyet” kezdeményezés keretében, amelyek közül a legfontosabb a pályakezdők anyagi helyzetének javítása volt.

Az MRSZ azonban nem kizárólag ebbe a kategóriába tartozók, hanem általában az orvosok bérének nemzetgazdasági átlagának háromszorosára növelését is célul tűzte ki. A célok megvalósítása érdekében figyelemre méltó akcióba kezdtek: 2011 decemberéig több mint 2500 egészségügyi dolgozó felmondólevele gyűlt össze és került ügyvédi letétbe. Ezekre a felmondásokra azonban nem került sor, miután 2011 utolsó napjaiban a kormány olyan ajánlatot tett, amelyet az MRSZ tárgyalási alapként elfogadott, s amelyből végül megegyezés született.

Az összes érdekérvényesítési akciót nincsen lehetőségünk számba venni, azonban a fenti eseményeket azért is érdemes kiemelni a kollektív egészségügyi vita szempontjából, mert a szövetség által elért eredmények jelenthették az első lépést a kivándorlás visszaszorításában és egyben a kollektív tárgyalások előmozdításában is – annak ellenére, hogy nem szakszervezeti keretek között történtek.

3.2.2. Kollektív szerződés megkötésének lehetősége az egészségügyben

A szakszervezetek kezében lévő legfontosabb eszköz a kollektív alku és megállapodás, illetve ennek speciális formája, a bérmegállapodás, amelyek eredményeképpen létrejövő kollektív szerződés szabályozza a munkavállalók egy részének bér- és munkaviszonyait.

A kollektív szerződések megkötésére speciális szabályok vonatkoznak. A kollektív szerződés alanyaira vonatkozó követelményeket a szakszervezetek szerződéskötési képességére vonatkozó szabályoknál már röviden áttekintettük, így ennek következtében megállapítható, hogy összesen három szakszervezet tekinthető „representatívnak” az egészségügyi ágazatban: az EDDSZ, a MÖSZ és az OSZSZ. Ennek nyomán azonban érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy amennyiben a kollektív szerződést egyetlen szakszervezet kötötte, úgy a kollektívszerződés-kötési képesség elvesztése a kollektív szerződés megszűnéséhez vezet (Mt. 281. §). Amennyiben a felek között vita alakul ki a taglétszámot illetően, vagy az létszámigazolás alkalmas módjával kapcsolatosan, úgy bíróság dönti el a kollektívszerződés-kötési képesség létezését, hiszen ebben kérdésben már peres eljárásnak van helye.

3.2.3. A kollektív szerződés kiterjesztése az egészségügyi ágazatban

A kiterjesztés jogintézményének lényege, hogy a kollektív szerződést olyan munkáltatókra, illetve velük jogviszonyban álló munkavállalókra/közalkalmazottakra is alkalmazni rendeli, akik korábban nem álltak a kiterjesztett kollektív szerződés hatálya alatt, azaz a közöttük fennálló jogviszonyban a kollektív szerződéses munkafeltételeket a kiterjesztést megelőzően nem kellett alkalmazni. 2016. december 20. napi hatállyal új 19/B. § került beiktatásra az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvénybe (a továbbiakban: Eütev.), amely a „kollektív szerződés kiterjesztése az egészségügyi ágazatban” címet viseli. A szabályozás létrejöttének magyarázata, hogy a kiterjesztés egészségügyi ágazatban alkalmazott szabályai különböznek a versenyszféra kiterjesztési szabályaitól. A kiterjesztésre irányuló kérelmet a kollektív szerződést kötő felek együttesen kell hogy benyújtsák. Sajátos problémát jelent, hogy az egészségügyi ágazatban különböző jogállású

(közsféra-magánszféra) munkáltatók más-más jogviszonnyal rendelkező dolgozókat foglalkoztatnak, a kiterjesztés szabályozása azonban „szektorsemleges”, tehát a kiterjesztett kollektív szerződést valamennyi munkáltatóra alkalmazni kell. Ez idő alatt egyetlen olyan kollektív szerződés létezik, amelynek – a jogszabályi feltételek fennállása esetén – kiterjesztése szóba jöhet. Ennek tartalmáról és létrejöttének körülményeiről a továbbiakban fogunk szót ejteni.

3.2.4. Az egészségügyi ágazatban kötött kollektív szerződés

Az EDDSZ évtizedek óta jelen van az egészségügyi dolgozók érdekeinek érvényesítése terén. Követeléseik 2014-ben erősödtek fel ismét, amelynek eredményeként a lefolytatott tárgyalások keretében – a MÖSZ és a MOK közreműködésével –, 2016-ban bérmegállapodást kötöttek, megkezdték az egészségügyi életpályák kialakítását, valamint mindenek hatására került sor a többlépcsős ágazati béremelésekre. A tárgyalások különös vonása, hogy ekkor már a felek egy ágazati kollektív szerződés kötéséről adtak hírt. Tekintettel arra a körülményre, hogy az egészségügyi

ágazatban jellemzően a szervezők követeléseiket nem a különféle munkaadói szervezeteknek, hanem közvetlenül az egészségügyi kormányzatnak címezték, az elért eredményeket legtöbbször nem kollektív szerződésekben, hanem törvényben vagy rendeletben rögzítették.

Az egészségügyi ágazat első kollektív szerződését 2017. április 12-én ünnepélyes keretek között írták alá azon fejezetek vonatkozásában, amelyekben addig megállapodás jött létre a másfél évig tartó sztrájk tárgyalások során. A kollektív szerződés alanyi körére vonatkozó sajátosságokból adódóan a felek a szerződés megkötésekor képviselőre szorulnak, így a megállapodást szakszervezeti oldalon az EDDSZ, munkáltatói oldalon pedig az egészségügyi szolgáltatók helyett és nevében eljáró Állami Egészségügyi Ellátó Központ (a továbbiakban: ÁEEK) írta alá. Létrejöttében szakmai oldalról egyaránt közreműködött a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara és a Magyar Gyógyszerész Kamara is.

3.2.5. A kollektív szerződés tartalma

A kollektív szerződés célja, hogy „a Felek hozzájáruljanak a megállapodásban foglaltak végrehajtásához, ezáltal az egészségügyben dolgozók jobb megbecsüléséhez, az egészségügy hatékonyabb működéséhez [...] továbbá az egészségügy területén a dolgozók bérének rendezésével a dolgozók szakmai felelősségüknek megfelelő módon történő társadalmi elismerése”. Céljai között fogalmazza meg a kollektív szerződés Eütev. 19/D. §-ban foglaltaknak megfelelő kiterjesztését is. A szerződés az Emberi Erőforrások Minisztériuma, az EDDSZ és a MÖSZ által 2016-ban lefolytatott tárgyalások eredményeképpen a munka- és pihenőidő, illetve béremelés tárgyában létrejött megállapodások alapulvételével jött létre. A kollektív szerződés bérezéssel összefüggő rendelkezései vonatkozásában kinyilvánítja, hogy a bérfejlesztésről szóló követelések jogszabályokban lefektetett rendelkezések által valósultak meg.

A fentebb ismertetett feltételek megléte esetén kollektív szerződés megkötésére az egyes egészségügyi szolgáltatók szintjén is van lehetőség. A szolgáltatók és az érdekképviseleti szervek között kötött megállapodások jellemzően a munkaidőre, pihenőidőre, bérpótlékokra,

szociális juttatásokra, a kiküldetésre és kirendelésre vonatkozó szabályokra, illetve egyéb munkakörülményekre terjednek ki.

4. Tipikus kollektív munkaügyi konfliktusok és ezek feloldása az egészségügyi ágazatban

4.1. A jogvita és az érdekvita közti különbségek

A jogvita valamely szabály értelmezése, alkalmazása tárgyában kialakuló vita, amely elbírálásának tipikus és végső fóruma a munkaügyi bíróság. A kollektív szerződés rendelkezéseinek megsértése tipikusan jogvitát von maga után, így 2008-ban például a Legfelsőbb Bíróság négyévi pereskedés után hozott marasztaló döntést, miután a MÖSZ azért fordult bírósághoz, mert az Országos Mentőszolgálat azonnali hatállyal felbontotta a kollektív szerződés hatályú megállapodásait – számos dolgozói támogatást megszüntetve ezzel. Érdekvitában ezzel szemben a bíróságnak nincsen szerepe, mivel itt nem jogkérdések eldöntéséről, hanem ellentétes gazdasági, szociális és munkaügyi érdekek kompromisszumok útján

történő egyeztetéséről van szó. Ebben az esetben a felek közreműködésével lefolytatott egyeztetésről, eredménytelensége esetén pedig külső szereplők igénybevételevel történő közvetítésre, valamint – előzetes alávetés esetén – döntőbírói vagy bizottsági eljárásra kerül sor. Érdekvitának tekintjük tipikusan a bérezésre irányuló vitákat, azaz szabályozási vitákat, ahol a felek közötti vita kulcskérdése a felekre és a munkavállalókra vonatkozó, jövőben alkalmazandó szabályok kialakítása. Összességében az egészségügyben felmerülő vitás kérdések túlnyomórészt az érdekviták körébe esnek, hiszen jellemzően nem jogsértés történik, hanem munkakörülményekről, illetve az egészségügyben dolgozók bérezéséről szóló egyeztetések zajlanak.

4.2. Szakszervezetek célkitűzései az egészségügyi dolgozók helyzetének számba vétele tükrében

Az egyes szakszervezetek alapszabályaiban rögzített célkitűzései között az egészségügyi szektorban dolgozók munkakörülményeinek, erkölcsi és anyagi megbecsülésének növelése áll a középpontban, azonban a tisztánlátás

érdekében ennek hátterét is érdemes megismerni. Az Európai Unióhoz (a továbbiakban: EU) való csatlakozás óta a kivándorlás következtében kialakult szakemberhiány okoz komoly nehézségeket az egészségügyi ellátás során, jelentős súlyt adva az egészségügyi dolgozók bérköveteléseinek.

A kevés pihenőidő, az alacsony kereset, az önképzés kényszere mind arra ösztönzi a képzett szakembereket, hogy megpróbáljanak változtatni jelen helyzetükön és körülményeiken, e kényszermegoldások pedig pályalehagyás, illetve migráció formájában öltenek testet. Jelenleg kb. 5-6 ezer magyar orvos dolgozik külföldön. Az éves statisztikák alapján 2012 óta egyre kevesebb ember vándorol ki az országból a jobb megélhetés és a kedvezőbb munkakörülmények reményében, ennek ellenére még mindig súlyos szakemberhiány van, melynek következtében hiányszakmák alakultak ki. Az egészségügyért felelős államtitkár 2018. évre vonatkozó tájékoztatója szerint többek között az érsebészet, az aneszteziológia és intenzív terápia, az igazságügyi orvostan, a nefrológia, a radiológia és a pszichiátria is szerepel a listán, a háziorvostan pedig

nemcsak Magyarországon, de az EU legtöbb tagállamában is hiányszakma.

A szakszervezeti célkitűzéseket számba véve, érdemes megvizsgálni, hogy a fentiek fényében mennyire átfogó az ágazat jövőjével kapcsolatos szakszervezeti koncepció. Összehasonlításképpen a pedagógus-szakszervezet állammal szembeni fellépésének alapköve, hogy nem csupán a pedagógusokat érintő közvetlen ügyekben (pl. béralku, munkaidő), hanem a közoktatást érintő valamennyi kérdésben illetékes. Ehhez képest az egészségügyi ágazatban tevékenykedő szakszervezetek jellemzően a bérezéssel kapcsolatos követelésekre szorítkoznak, holott a bérek fokozatos emeléséről szóló megállapodásoknak szorosabban össze kellene kapcsolódnia olyan tényezőkkel, amelyek alapjaiban befolyásolják az egészségügyi szektor működését, például a hálapénz visszaszorításával, az egészségügyben dolgozók munkakörülményeivel, ezzel összefüggő egészségi állapotukkal és pihenőidejükkel. Az egészségügy szélesebb értelemben vett működésére is kiterjedő igényérvényesítés köztudottan költséges és időigényes, a kellően megalapozott állásfoglalások elkészítéséhez pedig nagyobb létszámú apparátus

szükséges, amelynek hiánya visszafoghatja a pedagógusokéhoz hasonló kiterjedt érdekérvényesítést.

4.3. A vita állása jelenleg – a szakszervezetek intézkedései a konfliktusok megoldása érdekében

Az ágazati kollektív szerződés kiterjesztésére mind ez ideig nem került sor, s a bérezéssel kapcsolatos előrelépések sem bizonyultak elegendőnek a FESZ tagjai számára. A FESZ – miután taglétszámukból adódóan nem léphettek az ágazati érdekegyeztetők közé – egy másik kisebb létszámú szakszervezettel, a Magyarországi Mentődolgozók Szövetségével (a továbbiakban: MOMSZ) 2018 februárjában 15 pontos követeléslistával és sztrájkfenyegetéssel állt elő. A kormányzat ennek következtében módosította az ágazati szakszervezettel, az EDDSZ-szel és a szakmai kamarákkal aláírt bérmegállapodást: a 8 százalékos pluszpénzt tíz hónappal előrehozva fizetik meg a szakdolgozóknak. A legújabb fejlemények szerint azonban egyelőre úgy tűnik, hogy a béremelés előrehozatalával nem sikerült lecsillapítani a kedélyeket, ugyanis a FESZ és a MOMSZ

sztrájkbizottságot alapított, majd a 15 pontos követelés miniszterelnöknek történő megküldése után, a követelés elmaradása esetére sztrájkot helyezett kilátásba. A FESZ képviselője útján hangsúlyozta ugyanakkor, hogy a kilátásba helyezett munkabeszüntetésre nem feltétlen kerül sor, csupán az azt megelőző tárgyalások eredménytelensége esetén. A sztrájkkal kapcsolatban fentebb ismertetett szabályok természetesen ebben a helyzetben sem kerülhetők meg, sőt, a hatályos szabályozás szerint az EDDSZ – tekintettel arra, hogy a hatályos kollektív szerződésben félként szerepel, és a követelések az ebben lefektetett megállapodás megváltoztatására irányulnak – nem vehet részt a sztrájkkal kapcsolatos mozgalmak szervezésében, ellenkező esetben a szituáció kimerítené a jogellenes sztrájk fogalmát.

4.4. Ágazati párbeszéd bizottság lehetősége az egészségügyben

Az ágazati párbeszéd bizottságokról és a középszintű szociális párbeszéd egyes kérdéseiről szóló 2009. évi LXXIV. törvény szerint az ágazati párbeszéd bizottság (a

továbbiakban: ÁPB) munkaügyi kapcsolatokat és a munkaviszonyt érintő ágazati jelentőségű kérdésekben kétoldalú szociális párbeszédet folytató testület. Az ÁPB az ágazat helyzetét, fejlődését, gazdasági és munkaügyi folyamatait érintő kérdésekkel foglalkozik, úgy, hogy az érdekképviseltek ezen keresztül egymás tájékoztatják, konzultációt folytatnak, állást foglalnak, stb. Az egészségügyi szektorban mind ez ideig nem került sor ÁPB megalakulására, holott ez lehetőséget nyújtana egy megfelelő intézményi keretek között zajló, szakértői elemzéseken nyugvó, hatékony ágazati érdekegyeztetésre.

4.5. Az alternatív vitarendezés feltérképezése az egészségügyi ágazatban – az MTVSZ funkciójának lehetőségei

A fentieket mérlegelve megállapítható, hogy az egészségügyi munkaügyi vitákról való egyeztetések eredménytelensége esetén sem merült fel annak a lehetősége, hogy a felek közreműködése mellett külső szereplők igénybevételével történő közvetítést vagy – előzetes alávétés esetén – döntőbírói vagy bizottsági eljárást

vegyenek igénybe. Pedig a konfliktusok vonatkozásában különösen fontos megmutatni, hogy a konfliktus nem okozója különbözőségeinknek, hanem eredménye annak, és eszköz arra, hogy a mélyben rejlő sérelmeket, érzelmeket, érdekeket, rejtett személyiségjegyeket felszínre hozzassuk és az „állóvizet” felfrissíthessük, hogy munkakapcsolataink őszinteségen alapuljanak, tehermentesek és fenntarthatóak maradjanak a közös célok mentén. Bármely szervezeti egység megfelelő működésének feltétele volna a tekintélyelvű vitafeloldás helyett a békés konfliktusrendezés ismert technikáinak számtalan előnyt hordozó alkalmazása, mely egy-egy sikeres feloldás után a munkatársak számára mintául is szolgálhatna kommunikációs eszközeikre, konfliktusaik megelőzésére, kezelésére.

Jellemzően a sajtó sem képvisel egységes álláspontot a fent említett vitás kérdésekben, és nem szolgáltat egyértelmű információkat a közvélemény számára, így ezekben a helyzetekben különösen fontos volna egy olyan fél közreműködése a vitában, amely objektív szempontok alapján képes mérlegelni a fennálló körülményeket és javaslatokat kínálni a vitában álló feleknek. A közelmúltban – a Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat

nyomdokain – megalakult Munkaügyi Tanácsadó és Vitarendező Szolgálat (a továbbiakban: MTVSZ) elsődleges célja, hogy hozzájáruljon a kollektív munkaügyi kapcsolatok működéséhez, közvetítés és tanácsadás keretében segítséget nyújtva a munkaviszonyban álló felek közti érdekviták rendezésében. A kölcsönösen előnyös megállapodások létrejötte érdekében célszerű egy harmadik fél bevonása a tárgyalásokba, s egy olyan eljárás keretében egyezségekre jutni, amely gyorsabb, költséghatékonyabb és professzionálisabb vitarendezést kínál. Amennyiben sikerül jelentős eredményeket elérni az egészségügyi dolgozók bérezésével kapcsolatban, hosszabb távon jelentős előrehaladás érhető el a kivándorlás visszaszorítása és a hálapénzzel kapcsolatosan tendenciák újragondolásával összefüggésben is. Az MTVSZ által nyújtott szakszerű vitarendezési eljárások egészségügyi szektorban történő alkalmazása pozitív irányba terelheti a szakszervezetek és a kormány közti vitát: ennek keretében a szakszervezetek által megfogalmazott célok és az érvényesíteni kívánt követelések közvetlen tárgyalások útján kerülhetnének egyeztetésre, valamint a tanácsadó funkció segítségével a

már létrejött megállapodások gyakorlati megvalósulása is gördülékenyebbé válna.

5. Nemzetközi kitekintés

Tekintettel arra, hogy az Európai Unión belül több mint 23 millió ember dolgozik az egészségügyi szektorban, az EU is egyre nagyobb hangsúlyt fektet az ágazati szociális párbeszéd szabályozására. A European Public Service Union (a továbbiakban: EPSU) egy olyan munkavállalói oldalon működő szervezet, amely Európa-szerte képviseli az egészségügyi és szociális ágazatban dolgozókat, köztük orvosokat, ápolókat, szülésznőket, egészségügyi asszisztenseket, szociális munkásokat, stb. Munkáltatói részről a European Hospital and Healthcare Employers Association (a továbbiakban: HOSPEEM) emelhető ki, amely 2005-ös megalakulása óta európai szinten képviseli a kórházi és egészségügyi ágazatban működő munkaadói szervezeteket. Az EPSU és a HOSPEEM folyamatos együttműködésben igyekeznek biztosítani az Európa-szerte magas színvonalú egészségügyi szolgáltatások előmozdítását, legutóbb közösen kiadva egy, az

egészségügyi dolgozók élethosszig tartó tanulását célzó deklarációt.

Ami a vitarendezési módokat illeti, különböző országokban különféle eljárásokat alkalmaznak: Németországban például az egészségügyi ágazatban kialakult viták során a közvetítőknak joguk van a munkahelyi akciók elhalasztására, ami azt jelenti, hogy jó néhány kollektív szerződés tartalmaz olyan kitételeket, amelyek szerint a feleknek tartózkodniuk kell a munkaügyi akcióktól az érdekvitákban mindaddig, amíg a közvetítés tart. Németországban három nagy szakszervezeti szövetség működik, amelyek közül a DGB (az 1949-ben alapított Német Szakszervezeti Szövetség) is tömörít egészségügyi szférában dolgozó munkavállalókat, ugyanakkor Németországban a Marburgi Szövetség (Marburger Bund) – a Német Közalkalmazott és Köztisztviselő Orvosok Szövetsége – a legnagyobb közalkalmazotti orvos szakszervezet. A Marburgi Szövetség 2005-ig a DGB tagszervezeteivel együtt vett részt a klinikák bértárgyalásain. Azóta az MB önállóan tárgyal, taglétszáma mára meghaladja a 110 ezer főt és így látványos sztrájkok segítségével 2006-ban több kollektív szerződést is ki tudott harcolni a klinikán dolgozó egészségügyi dolgozók számára.

Az Egyesült Államokban nagy népszerűségnek örvendő vitarendezési módszernek tekinthető az ún. tényfeltárás, amelynek az a lényege, hogy a vitamegoldáshoz szükséges releváns tényeket semleges harmadik fél állapítja meg. Az eljárást többek között az egészségügyi szolgáltatások területén alkalmazzák, valamint azokban a helyzetekben, amikor a létrejött konfliktus potenciálisan veszélyezteti a nemzeti egészségügyet.

A vitarendezés módszerei eltérőek lehetnek tehát, ugyanakkor az azokat kiváltó körülmények nagyrészt mindenhol egyformák. Az egészségügyi dolgozók béremelésére és munkakörülményeinek javítására vonatkozó szakszervezeti követelések mellett azonban Franciaországban előfordult például, hogy – miután érzékelték az ún. „extra díjtételek” negatív hatását az ellátás megkülönböztetés nélküli elérhetőségére –, az egészségbiztosítás 2012 októberében megállapodást kötött az orvosszakszervezetekkel az extra díjtételek korlátozására, így tehát nem az egészségügyben dolgozók, hanem a szolgáltatást igénybe vevők malmára hajtva a vizet. Ez utóbbi rendelkezés különösen azon földrajzi területek lakosságának szempontjából bírt jelentőséggel, ahol

legfőképpen ilyen díjtételekkel dolgozó orvosok tevékenykednek. Franciaországban az egészségügyi szektornak domináns szerepe van, így nagy befolyást gyakorolnak más szakmák stratégiájára. Számos orvosi szakszervezet működik, szakmai vonalak mentén tagozódva szakorvosok, míg másokban az általános orvosok vannak nagyobb számban jelen. A legnagyobb szervezet a Confédération syndicale des médecins de France, amely a maga 13 ezres taglétszámával általános orvosokat és szakorvosokat egyaránt tömörítő szakszervezet. A hagyományos szakszervezetekkel ellentétben tehát az 1980-as években induló tendencia szerint a francia szakmabeliek inkább szakmai, mint érdekvédelmi csoportokba tömörülnek – a szűkebb szakmai érdekek előmozdítása azonban nagyfokú feszültséget kelt a szélesebb kollektív érdekek érvényesítésével szemben.

II. Rész

Kollektív munkaügyi viták és az alternatív vitarendezés lehetőségei a szociális ágazatban

1. A szociális ágazat rövid bemutatása

A szociális szabályozás alapjait az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, illetve az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló jogszabályok határozzák meg. Magyarországon a szociális ágazatot sokszínű, összetett kapcsolatrendszer és törvények, illetve rendeletek általi nagymértékű beszabályozottság jellemez. Az ágazat jelentős mértékben alulfinanszírozott, alacsony bérekkel és munkaerőhiánnyal küzd, mindemellett a legnagyobb problémát a dolgozók túlterheltsége, életkora, a munkahelyi stressz, a magas fluktuáció okozza.

A kínált szolgáltatások köre, azok mennyisége és minősége ugyanúgy, mint a szociális szükségletek és a demográfiai helyzet földrajzilag nagyon egyenlőtlen. Az ágazat több

mint 60-féle szolgáltatást foglal magában. A szolgáltatások iránti kereslet jelentősen nő (2016-ban a KSH adatai alapján az ellátottak száma 686 936, 20%-kal több, mint 3 évvel ezelőtt). Jelentős a kereslet a bölcsőde, illetve az idősgondozás férőhelyeit illetően, elsősorban a demenciával és pszichiátriai problémákkal küszködők részéről. A szolgáltatást nyújtók vagy fenntartók – függetlenül attól, hogy állami, vagy önkormányzati, egyházi fenntartásúak, nonprofit civilszervezetek, vagy profitorientáltak – működési engedéllyel kell rendelkezzenek és ellenőrzés alatt állnak. A szociális szolgáltatások integrációját (családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok összevonása) és a járási székhelyeken (kistérségi központokban) a szakosított és gyermekvédelmi ellátás önkormányzati biztosításának kötelezőségét követően, jelenleg a fogyatékosokat ellátó intézmények kitagolása, a gyermekotthonok kiváltása és a különféle szociális intézmények egyházi fenntartásba való átadása zajlik.

1.1. Szociális ágazat TEÁOR meghatározása, intézmények/szolgáltatások

Statisztikai szempontból a szociális szolgáltatásokat - a TEÁOR-nak (Gazdasági Tevékenységek Egységes Ágazati Osztályozási Rendszere) megfelelően - a „Q” Humán-egészségügyi, Szociális ellátáson belül, a 87-es (Bentlakásos, nem kórházi ápolás) és a 88-as (Szociális ellátás bentlakás nélkül) ágazatok tartalmazzák. A szociális szolgáltatások tevékenységük és célcsoport szerinti felsorolását a 4. sz. mellékletben foglaltuk össze.

1.2. A szociális ágazat mérete

A szociális szolgáltatások 2016-ban négy ellátási formában 31 ellátási típusban és 77 altípusban nyújtanak ellátást havonta közel 700 ezer főnek. A szolgáltatók száma több mint 14 500. A havonta regisztrált ellátási aktusok száma mintegy 13 millió, csak a jelentésre kötelezett ellátásokban. [Mester Dániel főosztályvezető, EMMI].

1.3. Humánerőforrás (nemek közötti létszám megoszlás, kormegoszlás, szakdolgozók iskolai végzettségének megoszlása)

Több mint 92 ezer dolgozót foglalkoztat az ágazat, szakmai és technikai munkakörökben. Az ágazatban döntő többségében nők dolgoznak, mindösszesen 9% a férfi. A gyermekvédelem és hajléktalanellátás területén több a férfi. A szociális területen dolgozók átlagéletkora 45,7 év, az ország átlagéletkora, csak kicsivel fiatalabb: 44,4 év. Az ágazatban foglalkoztatott szakdolgozók 95%-a rendelkezik a munkaköréhez szükséges szakképesítéssel. A szakmaszerkezet tekintetében felsőfokú szakképesítéssel rendelkezők aránya az ágazatban 13,17%, a középfokú szakképesítéssel rendelkezők aránya 54,31%, az alacsonyfokú szakképesítéssel rendelkezők aránya 32,52%. [Mester Dániel főosztályvezető, EMMI].

A dolgozók 1/3-a – nonprofit, vagy egyházi fenntartású munkahelyeken – a Munka Törvénykönyve hatálya alatt, a 2/3-uk viszont állami, vagy önkormányzati fenntartású intézményekben a Kjt. hatálya áll alkalmazásban. Az ágazatban évek óta számos álláshely betöltetlen.

1.4. A szolgáltatást nyújtó „ellátók” és méretük

A szociális ágazatban általában az intézmények „fenntartóiról” vagy a szolgáltatások „ellátóiról” beszélünk, mint foglalkoztatókról. Minden szolgáltató – típusától függetlenül – be kell, hogy szerezze a működési engedélyét, amelyet az illetékes kormányhivataloktól kérhet. A szociális ágazatban a legnagyobb munkáltatók az önkormányzatok, melyek az ágazatban dolgozók 45,7%-át foglalkoztatják; majd a Szociális és Gyermekvédelemi Főigazgatóság (SZGYF) a dolgozók 22%-ával, az egyházi fenntartású intézmények a dolgozók 17,8%-ával és a civil szervezetek a dolgozók 14,5 %-ával. 1990-től megjelentek a piacon a profitorientált ellátók is (leginkább a tartós bentlakásos idősgondozás, időotthonok területén). [Borbély Szilvia: PESIS III. „A szociális szolgáltató intézmények munkaadóinak támogatása a szociális párbeszédben” Országtanulmány: Magyarország 2017.]. Az önkormányzatok a munkavállalók többségét a gyermekjóléti alapellátás (beleértve a bölcsődéket is) körében alkalmazzák. Az SZGYF a szakosított szociális ellátások és a gyermekvédelem területén alkalmazza a legtöbb dolgozót. Az egyházi fenntartású intézmények által foglalkoztatottak döntő része szakosított szociális ellátásban dolgozik.

1.5. Bérhelyzet a szociális ágazatban (bruttó/nettó átlagkereseti adatok)

A szociális ágazat bérpozíciója a nemzetgazdasági ágakat tekintve a kétféle pótlék (szociális ágazati összevont pótlék, bölcsődei pótlék) bevezetése után is sereghajtó. A havi bruttó átlagkereset a 2018. februári KSH-adatok alapján bruttó 223 394 Ft, nettó: 148 558 Ft, ami továbbra is alacsonyabb, mint a szintén rosszul fizetett egészségügyi szektorban. A kormányzat próbálkozása a kétféle pótlék bevezetésével nem okozott radikális változást az ágazat bérhelyzetét illetően, valamelyest mérsékelte, de nem állította meg a dolgozóknak az ágazatból való elmenekülését pl.: a kereskedelembe, az egészségügybe, vagy külföldre.

1.6. A szociális ágazatot meghatározó jogszabályi háttér

A szociális ágazatot Magyarországon a törvények messzemenően szabályozzák. Az ellátást nyújtók –

függetlenül attól, hogy állami, egyházi, civil, nonprofit, vagy profitorientáltak – ellenőrzés alatt működnek és rendelkezniük kell működési engedéllyel. A szociális ágazatot szabályozó legfontosabb jogszabályokat, rendelkezéseket, illetve a szociális ágazatban dolgozók foglalkoztatásra vonatkozó főbb jogszabályokat az 5. sz. mellékletben foglaltuk össze.

2. A szociális ágazat munkaügyi kapcsolatának jellemzői

A szociális ágazatban foglalkoztatottaknak joguk van szakszervezetbe tömörülni, sztrájkjuk is van. Az önkormányzatok a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény (Kjt.) szerint főleg a helyi költségvetéssel kapcsolatos tárgyalások érdekében működtetik a helyi érdekegyeztetési fórumot, mint a szociális párbeszéd helyi intézményét. A tapasztalatok alapján ez a fajta érdekegyeztetés inkább formális jelleggel bír. Meghívást kap a munkavállalói oldalról a reprezentatív szervezetek helyi szakszervezeti képviselője, azonban gyakran a napirendhez tartozó dokumentumokat

mindössze 24–48 órával előtte, vagy közvetlenül a helyszínen osztják szét, annak ellenére, hogy ezeket a dokumentumokat az üléseket jóval megelőzően kellene eljuttatni az érdekeltekhez. Másik gyakori hiba az, hogy a dolgozók képviselői, a szakszervezeti képviselők, nem szakemberei a témának. Így mindez után a szociális párbeszéd eredménye, hatékonysága helyi szinten sokszor kétséges.

A szociális ágazatban az önkormányzati szövetségeken kívül – akikre mint intézményfenntartókra tekinthetünk –, mivel nem alakult szociális munkáltatókat tömörítő szövetség az elmúlt húsz évben, így a bipartit párbeszéd tulajdonképpen leszűkül a helyi fenntartókkal, önkormányzatokkal való érdekegyeztetésre. Az ágazatban szereplő szakmai civil szervezetek, még ha tagjaik között vannak munkáltatói jogkört betöltő szakemberek is, nem definiálják magukat szociális munkáltatói szövetségként, amely érthető, hiszen az intézmények finanszírozásában, és a munkáltatói státuszuk gyakorlásában inkább közvetett szerepük van azzal, hogy az anyagi forrásokat igénylő döntésekben ki vannak szolgáltatva az intézményfenntartóknak, illetve az államnak.

2.1. Szociális Ágazati Érdekegyeztető Fórum (SZÁÉF)

A szociális ágazati érdekegyeztetés újraélesztése a Szociális Ágazati Érdekegyeztető Fórum (SZÁÉF) létrehozásával 2015 decemberében valósult meg. [A szocialista kormányok alatt Szociális Ágazati Érdekegyeztető Tanácsként - SZÁÉT – működő tripartit intézmény megújítását a kormány annak ellenére nem tette meg, hogy az újrászabályozandó testületek között említi, 2012. I. félévi határidővel, a jogszabállyal vagy közjogi szervezetszabályozó eszközzel létrehozott testületek felülvizsgálatáról szóló 1158/2011 (V.23.) Korm. határozatban meghatározott feladatok végrehajtásáról szóló 1452/2011 (XII.22.) Korm. határozatban.]

Az évekig érdekegyeztetés nélkül maradt szociális ágazatban, a Szociális Ágazati Sztrájkbizottság működése és az ágazati érdekegyeztetés szükségességének sztrájkkövetelésként való megfogalmazása kényszerítette ki az ágazati párbeszéd újraindulását.

2015. december 9-től 2018. május 1-jéig összesen tizenkét

alkalommal (átlag 4-5 ülés/év) ülésezett a SZÁÉF. Minden évben az oldalak által elfogadott munkaterv készült, de az abban szereplő egyes témáktól eltekintve, a legtöbb napirendre tűzésére azonban nem került sor. Az egyeztetések inkább formálisak, a kormány vagy az ülést 24–48 órát megelőzően, vagy egyáltalán nem készít írásbeli előterjesztést. A munkavállalói oldal előterjesztései több esetben is élvezték a másik két oldal támogatását, de egyetlen témában sem született ágazati megállapodás, vagy jogszabálmódosítás.

2.2. Szociális ágazat munkaügyi kapcsolatának szereplői, azaz a SZÁÉF tagjai a – jelen kiadvány megírásakor – hatályos ügyrend szerint

A kormányzati oldal tagjai:

- Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI)
- Nemzetgazdasági Minisztérium (NGM)
- A napirendi pontban – esetlegesen – érintett további központi államigazgatási szervek.

Munkavállalói/szakszervezeti oldal tagjai:

- Bölcsődei Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (BDDSZ)
- Magyar Köztisztviselők, Közalkalmazottak és Közszolgálati Dolgozók Szakszervezete (MKKSZ)
- Pedagógusok Szakszervezete (PSZ)

Fenntartói oldal tagjai:

- Magyar Önkormányzatok Szövetsége (MÖSZ)
- Megyei Jogú Városok Szövetsége (MJVSZ)
- Települési Önkormányzatok Szövetsége (TÖOSZ)
- Szociális Intézmények Országos Szövetsége (SZIOSZ)
- Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF)
- A szociális ellátásra is kiterjedő átfogó megállapodással rendelkező egyházak képviselői

2.3. A szereplők rövid bemutatása, jellegzetességeik

A szociális ágazatot szétaprózott szakszervezeti szervezettség jellemez azzal, hogy egyes szakszervezetek csak néhány vagy egyetlen munkahelyen vannak jelen. A munkavállalói oldalon a 2014-es közalkalmazotti reprezentativitási felmérés szerint, a TEÁOR szerinti 87-es

és 88-as ágazatokban reprezentatívnak minősülő szakszervezetek kaptak helyet. A reprezentativitás kiszámításának sajátosságai (amely ágazati, alágazati és szakágazati szinten történik) és a szakszervezetek széttöredezettsége miatt, számos szakszervezet egyszerűen kimaradt a SZÁÉF-ből [mint pl.: az SZTDSZ (Szociális Területen Dolgozók Szakszervezete) és az SZMDSZ (Szociális Munkások Demokratikus Szakszervezete), vagy az MSZ EDDSZ (Magyarországi Munkavállalók Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete)]. Jelenleg a következő szakszervezetek képviselik a szociális ágazat dolgozóit:

- *BDDSZ (Bölcsődei Dolgozók Demokratikus Szakszervezete)* (MKIR 2014, 88-as szociális ellátás bentlakás nélkül ágazatban és alágazataiban 2584 igazolt közalkalmazotti taggal). Vannak tagjai a bölcsődéken túl, a gyermekvédelem, az idős- és a fogyatékosellátás területéről is. A BDDSZ a SZEK, a jellemzően közszférás szakszervezeteket tömörítő konföderáció tagja.

- MKKSZ (*Magyar Köztisztviselők, Közalkalmazottak és Közszolgálati Dolgozók Szakszervezete*) (MKIR 2014, 879020 Gyermek átmeneti otthonában elhelyezett ellátása szakágazatban 19 taggal nyert reprezentativitást). Az MKKSZ-en belül 2015-ben újjáalakult a Szociális Dolgozók Országos Szakmai Tanácsa (MKKSZ Szociálisok), amelynek keretén érdekképviseleti tevékenységet végeznek. Az MKKSZ a SZEFG tagja.

- PSZ (*Pedagógusok Szakszervezete*) (MKIR 2014, 879050 Javítóintézetben elhelyezett ellátása szakágazatban 70 taggal nyert reprezentativitást). Külön Gyermekvédelmi Tagozattal rendelkezik). A PSZ a SZEFG tagja.

A szociális ágazati érdekegyeztetés egyik nagy problémája az, hogy a klasszikus tripartizmus munkaadói oldalán helyet foglalók nem a szó szoros értelmében munkáltatók, hanem a fenntartók szervezetei. Valamennyiüket a kormány hívta meg a részvételre.

Állami részről a *Szociális Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF)*, amely a szociál- és nyugdíjpolitikáért felelős miniszter irányítása alá tartozó, központi hivatalként

működő központi költségvetési szerv, melyet a 316/2012. (XI.13.) kormányrendelet hozott létre, 2012 decemberében kezdte meg működését. A 2015. december 31-i adatok alapján az SZGYF-hez tartozó intézmények 176 székhelyen, 332 gondozási helyen, 32 557 férőhelyen idős, fogyatékos, szenvedélybeteg és egyéb nappali szociális ellátást nyújtanak, és 15 352 férőhelyen gyermekvédelmi szakellátást, összesen 25 662 engedélyezett álláshellyel. [Bátori Zsolt: Állami fenntartású szociális és gyermekvédelmi intézményrendszer bemutatása, SZÁÉF, 2016. március 23.]. A szociális intézmények 45,7%-át a helyi (településszintű) önkormányzatok tartják fent, ezért találjuk a SZÁÉF fenntartói oldalának résztvevői között a *Települési Önkormányzatok Országos Szövetségét (TÖOSZ)* és a *Megyei Jogú Városok Szövetségét (MJVSZ)*.

További résztvevők a *Szociális Intézmények Országos Szövetsége (SZIOSZ)*, valamint az *egyházak*. A kormánnyal a szociális ellátásra is kiterjedő megállapodással rendelkező *történelmi egyházak (katolikus, evangélikus, baptista, református, zsidó)* is képviseltethetik magukat a fórumon.

2.4 Érdekegyeztetésen kívüli ágazati szereplők

- *SZTDSZ (Szociális Területen Dolgozók Szakszervezete)*
országos lefedettségű ágazati szakszervezet, 2014-ben 1629
közalkalmazotti tagot igazolt, de egyházi és nonprofit
munkáltatóknál is rendelkezik alapszervezettel. A MASZSZ
(Magyar Szakszervezeti Szövetség) tagja.

- *SZMDSZ (Szociális Munkások Demokratikus Szakszervezete)*
elsősorban fővárosi intézmények szociális dolgozóit
szervezi, mintegy 250 taggal rendelkezik. 2014 óta az
SZTDSZ tagja.

- *MSZ EDDSZ (Magyarországi Munkavállalók Egészségügyi és
Szociális Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete)*
többnyire az egészségügyi dolgozókat szervezi, de van 1772
tagja (MKIR 2014) a szociális ágazatban is.

- *ATESZ (Autonóm Területi Szakszervezet)* vegyes profilú
szervezet, Miskolc szociális dolgozóit szervezi, 179 tagot
igazolt (MKIR 2014). Korábban az Autonóm
Szakszervezeti Szövetség tagja volt.

- *FESZ (Független Egészségügyi Szakszervezet)* elsősorban az egészségügyben szerveződik, de a szociális területen is vannak tagjai, a 2014-es reprezentativitás-méréseken nem vett részt.

- *SZÁD (Szociális Ágazatban Dolgozók Szakszervezete)* 2015-ben alakult, saját közlésük szerint 80-100 fő tagja van és 10-11 munkahelyen van jelen, a SZEF tagja.

- *PDSZ (Pedagógusok Demokratikus Szakszervezete)* néhány taggal rendelkezik a szociális ágazatban is (34 fő). (MKIR 2014) A LIGA tagja.

- *SZDM (Szociális Dolgozók Munkástanácsa)* munkahelyi szervezetként jött létre, létszámadatairól, szerveződési köréről nincs információ.

3. Kollektív alku a szociális ágazatban, valamint a Munkaügyi Tanácsadó és Vitarendező Szolgálat funkciójának lehetőségei

3.1. Kollektív szerződések a szociális ágazatban

A szociális ágazatban jellemzően egymunkáltatós kollektív szerződések születnek. A Kollektív Szerződések Elektronikus Nyilvántartó Könyve szerint az ágazatban hozzávetőleg 125 kollektív szerződés van hatályban, a nyilvántartás azonban nem ad hiteles képet. Egyrészt nem történik meg minden megállapodás nyilvántartásba vétele, másrészt a megszűnt kollektív szerződések kivezetése is számos esetben elmarad, erre utal legalábbis, hogy több, azóta megszűnt szakszervezetet is találunk az adatok között. Harmadrészt számos olyan megállapodás lehet, amely a 2012-es munkajogi változások előtt született, és a szakszervezet kollektívszerződés-kötő képességének elvesztésével hatályát veszítette.

A kollektív szerződések létrejöttét több tényező is nehezíti. A szakszervezeti szervezettség rendkívül alacsony, szakszervezet hiányában pedig kollektív szerződés nem köthető. Az ágazat dolgozóinak mintegy kétharmada közalkalmazott, a közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény (Kjt.) hatálya alatt pedig a kollektív szerződés szabályozási köre meglehetősen szűkre szabott. A szociális ágazatban jellemző, hogy a munkáltató nem rendelkezik

tényleges döntési jogkörrel, az anyagi forrásokat illetően a fenntartótól (önkormányzat, Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság stb.) függ, amelynek viszont nincs kollektívszerződés-kötési képessége. Előfordul továbbá a közalkalmazotti tanács és a szakszervezet versengése is: ha működik közalkalmazotti tanács, az önmagában is akadály lehet a dolgozók szervezkedésének, míg másutt a munkáltató hozza helyzetbe a közalkalmazotti tanácsot, és – a törvényi tilalom ellenére – a kollektív szerződésre tartozó kérdéseket a közalkalmazotti tanáccsal egyetértésben közalkalmazotti szabályzatban rendez.

3.1.1. Ágazati kollektív szerződés lehetősége a szociális ágazatban

Bár az ágazat munkaügyi kapcsolatainak egyes szereplői részéről időről időre mutatkozik igény egy ágazati kollektív megállapodás kötésére, álláspontunk szerint a hatályos jogi szabályozás mellett ágazati kollektív szerződés kötése, illetve valamely kollektív szerződésnek az ágazatra való kiterjesztése nem lehetséges.

Az első probléma az ágazat határainak kijelölésénél jelentkezik. Amikor általánosságban (vagy jelen

kiadványban is) szociális ágazatról beszélünk, valójában két külön ágazatról van szó: 87 – *Bentlakásos, nem kórházi ápolás* és 88 – *Szociális ellátás bentlakás nélkül*.

A két ágazatban, összességében a dolgozók mintegy kétharmada közalkalmazott, esetükben állnak adatok rendelkezésünkre a szakszervezetek reprezentativitásáról. A Kjt. szerint a reprezentativitást országos, ágazati (alágazati, szakágazati) és területi (megyei) vagy települési szinten háromévente kell megállapítani. Az utolsó reprezentativitásmérésre 2014-ben került sor, a 2017. évben esedékes mérést elhalasztották, a 2014. évi eredmények 2019. december 30-ig maradnak hatályban. Ezek alapján jelenleg a *Bentlakásos, nem kórházi ápolás* ágazatban nem működik reprezentatív szakszervezet, míg a *Szociális ellátás bentlakás nélkül* ágazatban a Bölcsődei Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (BDDSZ) reprezentatív. Szakágazati szinten további két szakszervezet reprezentatív. A reprezentativitási eredmények jól mutatják a rendszer gyenge pontjait, az egyik szakágazat reprezentatív szakszervezete például a 92 fős összdolgozói létszámból 19 főt igazolt, míg a másik szakágazatban mindösszesen 32 fő dolgozik, itt 10 taggal 31,25%-os szervezettséget ért el egy

szakszervezet. (Megjegyezzük, hogy ezen eredmények alapján a szakágazati szintű reprezentativitással bíró szakszervezetek az ágazati érdekegyeztetés fórumának tagjai lettek, míg a jelentősebb taglétszámmal bíró, de „népesebb” szakágazatokban szerveződő szakszervezetek ott nem kaptak helyet.)

A Kjt. 2012-ig maga szabályozta a kollektív szerződés megkötését, külön említve az ágazati kollektív szerződést is. Az új Mt. hatálybalépésével a Kjt. vonatkozó rendelkezéseit hatályon kívül helyezték, így jelenleg a közalkalmazotti jogviszonyban állókra kiterjedő kollektív szerződés is az Mt. szabályai alapján köthető meg. Az Mt. azonban nem szabályozza az ágazati kollektív szerződés megkötését, sem a kollektív szerződés kiterjesztését. Ezekről az ágazati párbeszéd bizottságokról és a középszintű szociális párbeszéd egyes kérdéseiről szóló törvény (ÁPB tv.) rendelkezik, amelynek személyi hatálya nem terjed ki a Kjt. hatálya alatt álló közalkalmazottak és munkáltatók érdekképviselőire. A Kjt. hatálya alatt tehát ágazati párbeszéd bizottság nem hozható létre, következésképp ágazati kollektív szerződés nem köthető.

Ugyan lehetséges olyan kollektív szerződés hatályának kiterjesztése is, amelyet nem az ÁPB-ben kötöttek, de a munkáltatókra vonatkozó feltételnek ekkor is teljesülnie kell, a szakszervezeteknek pedig az ÁPB tv. szerinti reprezentativitással kell rendelkezniük. Alágazat vagy szakágazat esetén a megfelelő szinten kell a feltételeknek megfelelni.

Tovább nehezíti a helyzetet, és torzítja a szakszervezetek reprezentativitásáról kapott képet, hogy a szociális szférában munkaviszonyban dolgozók nem vehetők számba a közalkalmazotti reprezentativitás mérésénél. A két eltérő jogállás kezelése egy kollektív szerződésen belül szintén nehézséget jelentene.

Ugyancsak jelentős probléma mind a közszférában, mind az egyházi vagy civil fenntartású intézményeknél a munkáltatói oldal hiánya. A kormány vagy a fenntartó nem vehet részt félként a kollektív szerződés megkötésében, munkáltatói érdekképviselői szervezetek pedig nincsenek vagy nem jelentősek az ágazatban.

A jogi háttér részletezett hiánya esetlegesen pótolható lenne, amire az egészségügyi ágazatban láthatunk példát. A jogalkotó itt 2016. december 20-i hatállyal lehetővé tette az

ágazati kollektív szerződés megkötését. A törvénymódosítás lényege, hogy az egészségügyi ágazatban kötött, érvényes és hatályos kollektív szerződés hatályának az egészségügyi ágazatban főtevékenység alapján besorolt munkáltatókra való kiterjesztését a szerződést kötő két oldal együttesen kérelmezheti. A kiterjesztésről a foglalkoztatáspolitikáért felelős miniszter dönt, a Nemzeti Gazdasági és Társadalmi Tanácsról szóló 2011. évi XCIII. törvény szerinti országos munkáltatói és munkavállalói érdekképviselők, illetve érdekképviselési szövetségek képviselői, valamint az egészségügyért felelős miniszter véleményének kikérése után. A kiterjesztés feltétele, hogy a kollektív szerződést kötő munkáltatók vagy a munkáltatói érdekképviselési szervezet tagjai az egészségügyi ágazatban közalkalmazotti jogviszonyban és munkaviszonyban állók többségét foglalkoztassák, valamint a kollektív szerződést kötő szakszervezet, szakszervezetek között legyen legalább egy, amely az egészségügyi ágazatban közalkalmazotti jogviszonyban és munkaviszonyban foglalkoztatottak körében legalább 10 %-os tagsággal rendelkezik. A kiterjesztés iránti kérelem a TEÁOR '08 szerinti ágazatra, alágazatra, szakágazatra vonatkozhat, és a fenti feltételeket

ennek megfelelően kell teljesíteni. Úgy véljük azonban, a reprezentativitási problémákat, illetve az eltérő jogállásból fakadó nehézségeket egy ehhez hasonló megoldás sem orvosolhatja.

3.2. A Munkaügyi Tanácsadó és Vitarendező Szolgálat bevonásának lehetőségei

A szociális ágazatban az alternatív vitarendezési eszközök igénybevétele nem terjedt el. Sok esetben pedig célszerű lehet a független és szakértelemmel rendelkező Munkaügyi Tanácsadó és Vitarendező Szolgálat bevonása a kollektív alku folyamatába is.

A Szolgálathoz akár a munkáltató, akár a munkavállalói érdekképviselő vagy szövetség fordulhat. A Szolgálat segíthet abban, hogy a felek kölcsönösen előnyös megállapodást kössenek, támogathatja a kommunikációt, a közös álláspont kialakítását, hozzájárulhat a konfliktushelyzet megszüntetéséhez, a munkahelyi béke helyreállításához, megtartásához. A Szolgálat kizárólag kollektív munkaügyi viták (vagy más néven érdekviták) esetében járhat el.

A Szolgálat tanácsadó funkcióját külön is kiemelnénk. Tanácsadásért valamely fél akkor is fordulhat a Szolgálathoz, ha egyébként annak bevonásától a másik fél elzárkózik.

A Szolgálat eljáró tagja a tanácsadást személyes megbeszélés útján, vagy a Szolgáltató által biztosított elektronikus felületen keresztül nyújtja.

4. Tipikus, illetve potenciális kollektív munkaügyi konfliktusok, viták a szociális ágazatban, illetve az alternatív vitarendezés lehetőségeinek feltérképezése

4.1. A jogvita és az érdekvita fogalma

A munkaügyi konfliktus a tárgya szerint jogvita, illetve érdekvita lehet. Aszerint pedig, hogy kit érint, egyéni, illetve kollektív vitáról beszélhetünk.

A munkaügyi jogvita tárgya valamely, munkaviszonyra vonatkozó szabályban rögzített jogosultság vagy kötelezettség, amely bírósági úton is kikényszeríthető. A munkáltatóval szemben az egyéni jogvita alanya a munkavállaló, míg a kollektív jogvita alanya a szakszervezet

vagy az üzemi (közalkalmazotti) tanács. Akkor is egyéni jogvitáról van szó, ha a munkajogi igényt több munkavállaló érvényesíti a munkáltatóval szemben.

Ha a vita nem valamely szabályban rögzített jog vagy kötelezettség megsértése miatt alakult ki, hanem épp arra irányul, hogy ilyen szabályozás létrejöjjön, érdekvitáról beszélünk. Egyéni érdekvitára példa a munkaszerződéses béralku. Jellemzőbb viszont a kollektív érdekvita (vagy másként kollektív munkaügyi vita), például a kollektív szerződés, a bérmegállapodás vagy a cafetéria-szabályzat kialakítása kapcsán. Alanya a munkáltatóval szemben a szakszervezet, illetve az üzemi (közalkalmazotti) tanács lehet.

4.2. Érdekvita ágazati szinten: a Szociális Ágazati Sztrájkbizottság tevékenysége és eredményei

Az ágazat egészét érintő érdekvitát jelenített meg a Szociális Ágazati Sztrájkbizottság, amely 2013-ban, a korábban létrejött Szociális Ágazati Demonstrációs Bizottság szakszervezeti tagjaiból alakult. A részt vevő szakszervezetek és szakmai szervezetek a szociális ágazat

munkavállalóinak érdekeiért együtt, a szervezetek erejét összefogva léptek fel, az ágazati bérrendezés, a munkakörülmények javítása, a minőségi ellátás feltételeinek kiharcolása érdekében, különféle nyomásgyakorló eszközöket alkalmazva. Első lépésként az ágazati miniszternek írt levélben követelték az egészségügyben megvalósuló bérfeljesztés szociális ágazatra történő kiterjesztését, valamint az érdemi egyeztetés és ágazati párbeszéd megkezdését.

A Szociális Ágazati Demonstrációs Bizottság aláírásokat gyűjtött szakszervezeti petíciókhoz, amelyekben a szociális ágazat bérrendezését, a munkakörülmények javítását és az érdemi érdekegyeztetést követelték. A mintegy 32 ezer aláírással támogatott petíciókat október 7-én, a Tisztes Munka Napján adták át az EMMI képviselőjének, demonstráció keretében. November 12-én, a Szociális Munka Napján tartott demonstráción pedig bejelentették, hogy a szociális szféra szakszervezetei megkezdik a sztrájkjal kapcsolatos előkészületeket.

A Szociális Ágazati Sztrájkbizottság végül 2013. november 21-én alakult. A Sztrájkbizottság tagjai lettek: az Autonóm Területi Szakszervezet (ATESZ), a Bölcsődei Dolgozók

Demokratikus Szakszervezete (BDDSZ), a Független Egészségügyi Szakszervezet (FESZ), a Szociális Dolgozók Munkástanácsa (SZDM), a Szociális Területen Dolgozók Szakszervezete (SZTDSZ), valamint a Szociális Munkások Demokratikus Szakszervezete (SzMDSz). A Sztrájkbizottság az alábbi három követelést fogalmazta meg:

1. Az egészségügyi dolgozói illetmény-, illetve bértábla kiterjesztése a szociális ágazatban foglalkoztatottakra (mind a szakdolgozókra, mind a kisegítő dolgozókra), jogállástól függetlenül, 2014. január 1-től.
2. A szociális ágazatot érintően rendszeres érdekegyeztető tárgyalások megkezdése és folytatása a kormányzat és az ágazatban érintett érdekképviselői szervezetek közt.
3. A Kjt. 59. § (1) bekezdés b) pontjában foglalt felhatalmazás alapján, a szociális ágazat egészére kiterjedően jogszabály írja elő, hogy a munkaközi szünet a munkaidő része.

A Kormány a sztrájktörvényben foglaltak szerint kijelölte képviselőjét, és megkezdődtek az egyeztetések. Rövid időn belül a kormányzat bejelentette, hogy 2014-től az ágazat valamennyi dolgozójának ún. szociális ágazati pótlékot

vezet be, fizetési kategóriától függően 6 000–17 000 Ft közti összegben, ami 5–11%-os béremelést jelent. (Az intézkedésről a Kormány egyoldalúan döntött, egyeztetésére nem került sor, ez jellemző maradt a későbbi eredmények esetében is.)

A Sztrájbizottság 2014. november 12-ére, majd 2015. május 29-ére is demonstrációt szervezett a Parlament elé. 2015 májusában az SZTDSZ és az SzMDSz létrehozta az *Állj ki magadért! – Szociális szelfi* oldalt, amelyre a terület dolgozói, szociális gondozók, szociális munkások, kisgyermeknevelők tölthették fel fotóikat, a munkakör, életkor vagy a szakmában töltött idő és nettó fizetésük megjelölésével, felhívva ezzel a döntéshozók figyelmét a szakma tarthatatlan helyzetére. A szelfiket övező figyelem és a május 29-i tüntetés hírére a Kormány bejelentette, hogy bevezeti az ún. szociális ágazati kiegészítő pótlékot.

Eközben munkaügyi bíróság elé került az ágazati sztrájk idején biztosítandó még elégséges szolgáltatás mértékének és feltételeinek megállapítására irányuló kérelem. A bíróság első és másodfokon is a Sztrájbizottság javaslatát fogadta el, majd a jogerős végzést a Kúria is helybenhagyta. A sztrájktörvény módosítása óta először fordult elő, hogy a

bíróság ágazati sztrájk idején irányadó még elégséges szolgáltatás ügyében döntést hozott.

2016. április 20-ra az ATESZ, a BDDSZ, az SZTDSZ és az SzMDSz az ágazatra kiterjedő sztrájkot hirdetett (időközben az SZDM és a FESZ is kihátrált), amelyben mintegy 200 intézmény, tagintézmény 4 000 dolgozója vett részt. Annak ellenére, hogy két nappal a sztrájk előtt a Kormány bejelentette, a középfokú végzettségű bölcsődei kisgyermeknevelők bérrendezését – amire a módosított sztrájkkövetelés irányult – biztosítja. 2016 nyarán ezenfelül újabb pótlékemelést jelentettek be, ami eredetileg a felsőfokú végzettséggel nem rendelkező szociális dolgozók helyzetét javította volna, a két évre kötött, országos minimálbér-megállapodásra tekintettel azonban a forrást teljes egészében a bérminimumok emeléséből kimaradó diplomások ágazati pótlékának emelésére fordították, 2017. január 1-től.

A Szociális Ágazati Sztrájkbizottság ugyan nem oszlott fel, de további nyomásgyakorló eszközök alkalmazására nem került sor. A munkaharc több jelentős, bár felemás eredményt hozott: Az ágazat bérrendezésére évi mintegy 30 milliárd forint többletforrást biztosít a mindenkori

költségvetés, az ágazat valamennyi dolgozóját megillető szociális ágazati összevont pótlék formájában, ami besorolástól függően 6 000–154 000 Ft közötti eltérést jelent a Kjt. garantált illetménytételéhez képest. A diplomás bölcsődei kisgyermeknevelők bére a pedagógus-bértáblákban rögzített illetményeknek felel meg, míg a középfokú végzettséggel rendelkezők ún. bölcsődei pótlékban részesülnek. Az ágazati érdekegyeztetést a Kormány életre hívta, a fórumból azonban kimaradtak az ágazat egyes jelentős szakszervezetei. A munkaközi szünetet érintő sztrájkkövetelés kapcsán a minisztérium több ízben egyetértését fejezte ki, a jogszabály-módosítás mégsem jutott túl az előkészítés fázisán.

A KSH közzétett adatai szerint hiába javult a szociális ágazat bérhelyzete, az ágazat továbbra is jelentős leszakadásban van a többi ágazattól.

4.3. Tipikus kollektív munkaügyi viták a munkahelyeken

Kollektív munkaügyi viták helyben, a szociális, gyermekvédelmi intézményekben is előfordulnak különösen az alábbi, tipikus helyzetekben:

Gyakran konfliktust okoz már a szakszervezet létrehozására, szervezésére, vagy a közalkalmazotti tanács, illetve a munkavédelmi képviselő megválasztására irányuló igény. Tipikus, hogy a munkáltató nem ismeri el egyenrangú, tárgyaló félként a szakszervezetet, akadályozza a kapcsolatfelvételt. Nem ritka az érdekképviselő vagy a közalkalmazotti tanács ellehetetlenítésére, megszüntetésére tett erőfeszítés a munkáltató részéről.

Jellemzőek az érdekviták a szakszervezeti jogosítványok gyakorlásával, terjedelmével kapcsolatban. A szakszervezet tájékoztatási, közzétételi jogával összefüggésben vita tárgyát képezi különösen a közzétett tájékoztatások, felhívások tartalma, formája, a tartalom előzetes jóváhagyáshoz kötése a munkáltató részéről, a közzététel módja, időzítése. A helyiséghasználattal kapcsolatban annak módja, célja, előzetes bejelentése, míg a tájékoztatási és konzultációs jogokkal kapcsolatban különösen az, mire terjedhetnek ki egyáltalán ezek a jogok. A munkaidő-kedvezmény érvényesítése körében ugyancsak számos konfliktus alakul

ki, így különösen a taglétszám, illetve az érdekképviselési cél igazolása, a felhasználás módja, továbbá az igénybevétel bejelentésének módja és határideje tekintetében. Ritkábban előfordulhat munkaügyi konfliktus a munkáltató területére való belépés kapcsán is.

Különösen kiéleződnek a viták, ha a munkahelyen több szakszervezet működik, és azok között a munkáltató különbséget tesz.

A kollektív szerződés megkötésére irányuló tárgyalások keretében tipikus a bérvita, láthattuk azonban, hogy a közsférában igen szűk a szakszervezet mozgástere. Az érdekvita gyakori tárgya az illetménypótlékok mértéke, munkahelyi pótlék rögzítése, a jogosultak körének meghatározása; a keresetkiegészítés intézményének alkalmazási köre, a keresetkiegészítés mértéke; a jutalmazási formák meghatározása; a béren kívüli juttatások, szociális támogatások összege, a támogatások formái, feltételei. Tipikus a munkaruha-juttatás szabályozása körében felmerült érdekvita. Gyakoriak a költségterítések (például utazás, telefonhasználat) körüli szabályozási viták is.

A munka- és pihenőidő szabályozását illetően ugyancsak jellemzőek a szakszervezeti törekvések, így különösen a

munkaközi szünet munkaidő részeként való elismertetése, a munkarenddel, a munkaidő beosztásával, a rendkívüli munkaidővel, a szabadság kiadásával kapcsolatos részletkérdések megvitatása mentén történik az érdekek ütköztetése.

Említhetjük ezek mellett a jogviszony megszüntetésének egyes kérdéseit, a fegyelmi felelősség vagy a képzési támogatások szabályozását.

Az e kérdések körüli konfliktusok a munkáltatói szabályzatok tartalmának kialakítása, a munkáltatói egyoldalú kötelezettségvállalások módosítása, visszavonása, de akár egyes munkáltatói döntések, utasítások kapcsán is kiéleződhetnek. Jelentős érdekvita alakulhat ki az adatvédelem vagy a munkavédelem, munkabiztonság szabályozása, érvényesítése kapcsán is.

4.4. Az alternatív vitarendezés lehetőségei

Az Mt. a kollektív munkaügyi vita megoldására az egyeztetést és a döntőbíráskodást kínálja fel.

Az Mt.-ben nem nevesített alternatív vitarendezési módok is a felek rendelkezésére állnak, amelyeket akár a Munkaügyi

Tanácsadó és Vitarendező Szolgálat bevonásával is igénybe vehetnek.

Ilyen a békéltetés, amelynek során a felek a vita rendezése érdekében tőlük független, a vitában nem érintett békéltetőt vesznek igénybe, aki megegyezés létrehozását kísérli meg.

Ettől eltérő vitarendezési eljárás a közvetítés, amely során a felek a kollektív munkaügyi érdekvita rendezése érdekében tőlük független, a vitában nem érintett közvetítőt vesznek igénybe, aki megegyezés létrehozását kísérli meg, és ezt saját javaslat kidolgozásával is segíti.

A fenti technikák közös jellemzője, hogy a felek önkéntes alávetésének elvére épülnek, az eljárás pedig gyors, olcsó, és a felek igényeihez igazodóan rugalmas.

5. Nemzetközi kitekintés – startvonalnál az Európai Szociális Párbeszéd a Szociális Ágazatban

2017. október 20-án, Brüsszelben megalakult az *Európai Szociális Munkaadói Szövetség (Federation of European Social Employers – FESE)*.

A szociális ágazat több mint 10 millió dolgozót foglalkoztat Európában. 2008 óta több mint 1,7 millió új munkahely

létesült a szektorban, így nem túlzás azt állítani, hogy az egyik legnagyobb munkahely-létesítő szektor Európában. Az egészségügyi és a szociális ágazat együtt 7%-át adja az EU-28 teljes gazdasági teljesítményének [Federation of European Social Employers <http://socialemployers.eu/>].

Szereplők rövid bemutatása:

A FESE mint újonnan alakult európai munkaadói szövetség 6 alapító szervezet által jött létre. (Az alapítók között van az osztrák, Sozialwirtschaft Osterrich, a francia NEXEM, a belga Union of Social Profit Enterprises, a cseh Association of the Providers of Social Services, a spanyol CEDDD, és a német Employers' Association AWO). A FESE törekszik arra, hogy biztosítsa a szociális szolgáltatások munkaadóinak a hatékony képviseletét európai szinten. A FESE ismeri a szociális szolgáltatásokat, amelyek magukban foglalják az összes gondozási és támogatási szolgáltatást, különösen az idősek, a fogyatékkal élők és a gyermekek számára nyújtott, valamint a kirekesztett és hátrányos helyzetű csoportok elérését szolgáló szolgáltatásokat. Célja, hogy közös megoldásokat találjon a szektor kihívásaira az európai szakszervezetekkel és az európai intézményekkel és egy szociálisabb Európa

felé vezessen. A FESE várja a szociális munkaadók csatlakozását. Jelenleg magyar tagszervezete nincs.

Európai Közszolgálati Szakszervezeti Szövetség (European Public Service Union – EPSU), egyesíti a közszolgálatban szerveződő szakszervezeteket Európa-szerte, tagszervezetei révén 8 millió közszolgálati dolgozót képvisel európai szinten. Az EPSU keményen dolgozik azon, hogy jobb munkakörülményeket, jobb egészségvédelmet és biztonságot, valamint tagjai számára jobb jogokat biztosítson. A munkáltatókkal európai szinten tárgyal. A munkáltatók, a kormányok és az európai intézmények politikáit és döntéseit befolyásolja, amelyek hatással vannak a közszolgálati dolgozókra és családjaikra. Elkötelezett egy szociális Európa megvalósításában. Az EPSU a PSI globális közszolgálati szövetségének tagja, és tagja az Európai Szakszervezeti Szövetségnek (ETUC) is. Az EPSU várja további tagszervezetek csatlakozását. Jelenleg az európai szintű szociális ágazati érdekegyeztetésben, az EPSU tagszervezetei közül Magyarországról a BDDSZ vesz részt. Az első tematikus találkozót 2018. április 24-én tartották három témában a felek: digitalizáció a szociális gondozásban, munkahelyteremtés és munkafeltételek,

szociális szempontok a közbeszerzéseknél. A munkát 2018
ősszén közösen folytatják.