



PROJEKT ZÁRÓJELENTÉS

A zárójelentés a HOSPEEM – EPSU „A szociális párbeszéd erősítése a kórházi ágazatban Kelet-, Dél- és Közép-Európában” című közös projekt keretében készült (2019-2021). A projekt az Európai Uniótól kapott pénzügyi támogatást (projektszám: VS/2019/0008).

Szerző:



A kiadványban szereplő információk nem feltétlenül tükrözik az Európai Bizottság hivatalos álláspontját.

Tartalomjegyzék

1. Bevezető.....	2
2. A kórházi és egészségügyi ágazat tényekben és számokban.....	3
3. Szociális partnerek a kórházi és egészségügyi ágazatban.....	5
4. A szociális partnerek részvétele az EU szociális párbeszéd struktúráiban.....	11
5. A szociális partnerek részvétele az európai szemeszterben.....	12
6. A szociális partnerek uniós szinten ismertetendő prioritásai.....	14
7. Következtetés.....	19
Melléklet.....	I
A. Módszertan.....	I
B. Európai szemeszter – Országspecifikus ajánlások.....	III
C. A terjesztéssel kapcsolatos munkaértekezlet résztvevője.....	VIII

Táblázatok mutatója

Táblázat1: Egészségügyi kiadások (összes pénzügyi rendszer, 2018).....	3
Táblázat2: Kórházakban alkalmazott egészségügyi személyzet (2018).....	4
Táblázat3: Az uniós szintű szociális párbeszédben való részvétel hiányának okai (% , N= 57).....	12
Táblázat4: Az uniós szinten ismertetendő prioritások.....	15
Táblázat5: A szervezetek által legmagasabbra értékelt prioritások (% , N = 101).....	17

Grafikonok mutatója

1 grafikon: Közvetlen részvétel az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráinak bizottsági ülésein 2015 óta (% , N = 76).....	11
2 grafikon: A szociális partnerek bevonásának módja az európai szemeszter eljárásába (% , N=124).....	13
3 grafikon: Elégedettség a prioritások uniós szintű szociális párbeszéd keretében történő kezelésének lehetőségével (% , N = 101).....	18

Rövidítések

CSR-ek	Országspecifikus ajánlások az európai szemeszter keretében
EGSZB	Európai Gazdasági és Szociális Bizottság
EO	Munkáltatói érdekképviselői szervezet
EPSU	Közszolgálati Szakszervezetek Európai Szövetsége
EU	Európai Unió
GDP	bruttó hazai termék
HOSPEEM	Európai Kórházi és Egészségügyi Munkáltatói Szövetség
MS	tagállam
SD	szociális párbeszéd
SSD	ágazati szociális párbeszéd
TU	szakszervezetek

Országok rövidítései

BG	Bulgária	HU	Magyarország
CZ	Cseh Köztársaság	MT	Málta
EL	Görögország	PL	Lengyelország
ES	Spanyolország	PT	Portugália
HR	Horvátország	RO	Románia
IT	Olaszország	SI	Szlovénia
CY	Ciprus	SK	Szlovákia

1. Bevezető

A kórházi és egészségügyi rendszerek hatékonysága, hozzáférhetősége, jó minőségű ellátása és rugalmassága még jelentősebbé vált a nemrégiben lezajlott egészségügyi válság során. Annak ellenére, hogy az ágazat lényegi fontosságát mindenki elismeri, a kórházi és egészségügyi ágazat hosszú távú kihívásokkal küzd, amelyek a világválság kitörése óta csak tovább súlyosbodtak. A válság világossá tette, hogy az egészségügyi rendszerek gyengeségei milyen mélyrehatóan befolyásolhatják a közegészségügyet és a gazdasági fejlődést az EU tagállamaiban.

A világválság azt is megmutatta, hogy a kihívások hatékony kezelése érdekében fokozottan szükség van a nemzeti és európai szintű összehangolt és inkluzív intézkedésekre. Ezért a szociális partnereknek az **európai ágazati szociális párbeszédben (SD) való képviselete, valamint az európai szemeszterben és a nemzeti helyreállítási és rezilienciaépítési tervekben való részvételük stratégiai jelentőségűvé vált** a munkakörülmények és a piaccal kapcsolatos reformok uniós szintű végrehajtásának és kezelésének biztosítása érdekében.

Az európai szociális partnerszervezetek képviseletét az egészségügyi ágazatban és az ágazati szociális párbeszédben azonban hátráltatja az egészségügyi szolgáltatók nagyfokú széttagoaltsága, amely a különböző közigazgatási szinteken működő közzféra szerveitől a nonprofit és magánintézményekig terjed¹. A szolgáltatók széttagoaltsága a szociális partnerek struktúráját is befolyásolja; a munkavállalók és a munkáltatók foglalkozási ágazatuk, alágazataik és magán/állami szektorok szerint szerveződnek.

A szociális partnerek uniós szintű szerepének megerősítése érdekében az Európai Kórházi és Egészségügyi Munkáltatói Szövetség (HOSPEEM) és a Közszolgálati Szakszervezetek Európai Szövetsége (EPSU) közös projektet rendelt meg. A projekt célja a) **az ágazati szociális partnerek kapacitásépítési igényeinek** felmérése és kezelése (b) mennyiségi és minőségi adatok szerzése **az európai szemeszterben való jelenlegi részvételükről**, és erősíteni szerepüket ebben a tekintetben. A projekt különösen a szociális partnerek prioritásainak felmérésével foglalkozott, valamint azzal, hogy ezek a prioritások hogyan jelenhetnének meg jobban a HOSPEEM és az EPSU jövőbeli tevékenységeiben. A zárójelentés tizennégy tagországból jövő összehasonlítható adatokat és országspecifikus információkat tartalmaz. Ezen országok a következők: Bulgária, Magyarország, Lengyelország, Románia, Ciprus, Görögország, Olaszország, Málta, Portugália, Spanyolország, Horvátország, Csehország, Szlovákia és Szlovénia. A végleges jelentés a kelet-európai országok (BG, HU, PL és RO), a dél-európai országok (ES, EL, CY, MT, PT, IT) és a közép-európai országok (SK, SI, CZ és HR) három regionális jelentéséből áll össze.²

Az e jelentésben szereplő megállapítások **a kombinált módszertan eredményei**, amely a következőket foglalja magában:

- A kórházi és egészségügyi ágazatban folytatott szociális párbeszédhez készült, az adott igényekre szabott online felmérés, amelyet 2019 áprilisa és 2020 augusztusa között végeztek (az országok egyes csoportjaihoz igazított három hullámban);
- 2019 áprilisa és 2020 augusztusa között végzett másodelemzés;
- A 14 célország nemzeti szociális partnerszervezeteivel és érintett szervezeteivel három regionális webináriumon (2019 júniusában Bukarestben, 2019 novemberében Rómában, 2021 áprilisában online workshopon) folytatott megbeszélések eredményei.

A jelentés a következőképpen épül fel:

- Az első fejezet az Eurostat összehasonlító adatain alapuló vezető **statisztikai mutatókat** vázolja fel a 14 ország kórházi és egészségügyi ágazatára vonatkozóan;
- A második fejezet felsorolja az **azonosított szociális partnereket** – szakszervezeteket és munkaadói érdekképviseleti szervezeteket, illetve egyéb szervezeteket a 14 célországban;
- A harmadik és a negyedik fejezet azt elemzi, hogy a **szociális partnerek részt vesznek-e és ha igen, milyen módon az EU szociális párbeszéd struktúráiban és az európai szemeszterben**;
- Az ötödik fejezet feltárja, hogy a szociális partnerek milyen prioritásokat és témákat kívánnak közölni az uniós szintű ágazati szociális párbeszédrel, mennyire elégedettek a problémáik uniós szintű kezelésének lehetőségeivel, és milyen elvárásokat támasztanak az EU-val szemben.

A jelentést módszertani és további információk egészítik ki az európai szemeszter folyamatának tizennégy célországa számára kiadott 2020-as országspecifikus ajánlásokról (CSR-ek).

¹ Eurofound (2020), Az európai szociális partnerek szervezeteinek képviselete: Humán-egészségügyi ágazat, Ágazati szociális párbeszéd sorozat, Dublin.

² Az országokat kizárólag e projekt céljaira sorolták csoportokba, és ezek a csoportok nem feltétlenül egyeznek meg más európai területi osztályozással.

2. A kórházi és egészségügyi ágazat tényekben és számokban

A jelentés összeállításához az országok egészségügyi kiadásaira és a kórházakban foglalkoztatottakra vonatkozó statisztikai mutatókat adták meg. Emellett az Eurostat legfrissebb, rendelkezésre álló adatain alapuló szabványosított mutatókat használtuk. Az összehasonlító adatokat a szociális partnerek szolgálati bizonyítványának kontextusába helyeztük, és összevetettük őket a valós körülményekkel.³

A célországokban az egészségügyi kiadások változóak. A bruttó hazai termék százalékos aránya a romániai 5,56%-tól a portugáliai 9,45%-ig terjed. Az országokat a következő csoportokba lehet sorolni: ahol az egy lakosra 1000 euró alatti (BG, HR, HU és PL), ahol 1000-2000 euró közötti (CZ, EL, CY, CY, PT, SI és SK) és ahol 2000 euró feletti összeg jut (IT és MT). Ha ezeket az intézkedéseket más országokhoz viszonyítjuk, akkor az egy lakosra jutó átlagos kiadások Romániában kb. 6,5-szer alacsonyabbak, az egy lakosra jutó egyéni nyugdíjrendszer hatszorosa, és a GDP százalékos aránya 1,5-szer kisebb, mint például Németországban. A vizsgált országok közös jellemzője, hogy az egy lakosra jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritásban kifejezve az EU-28 átlaga (3067,80 euró/2018) és a bruttó hazai termék EU-28 átlaga (9,89%/2018) alatt vannak.⁴

Az egészségügyi kiadásokról és finanszírozásról szóló vonatkozó statisztikák a szociális partnerek kihívásaihoz kapcsolódnak, és a nemzeti és uniós szintű szociális párbeszédet célozzák. Az ágazatban történő korlátozott beruházások és a pénzeszközök elosztása azonban néhány országban, különösen Romániában, Bulgáriában, Lengyelországban és Magyarországon kedvezőtlen munkakörülményekhez vezet.⁵ Továbbá az állami egészségügyi ágazatban a beruházáskorlátozás és a kiadáscsökkentések miatt az ágazat nem elégíti ki a keresletet, ami hosszú várólistákat eredményez a szükséges beavatkozások esetében.

A Covid19-világjárvány idején az egészségügyi szolgáltatások költségei minden országban megnövekedtek, mivel új Covid19-egységeket kellett létrehozni, illetve a régeiket átalakítani. Ezért a szociális partnerek, rámutatva az egészségügyi ágazatnak a világjárvány során betöltött döntő szerepére, további beruházásokat sürgetnek, amelyet a helyreállítási és rezilienciaépítési tervből származó pénzeszközök nagyobb aránya tud biztosítani.⁶

Táblázat1: Egészségügyi kiadások (összes pénzügyi rendszer, 2018)

Ország	Millió euró	Euró/lakos	Vásárlóerő-paritás/lakos	GDP %-a
BG	4 120,53	586,55	1 268,51	7,35
CZ	15 871,89	1 493,13	2 278,56	7,65
EL	14 251,47	1 327,83	1 628,35	7,72
ES	108 109,70	2 310,15	2 464,77	8,99
HR	3 524,46	861,54	1 347,75	6,83
IT	153 085,00	2 533,61	2 504,41	8,67
CY	1 430,98	1 644,67	1 843,76	6,77
HU	8 963,50	916,93	1 544,86	6,70
MT	1 109,70	2 289,79	2 754,27	8,95
PL	31 501,68	829,54	1 518,98	6,33
PT	19 303,39	1 877,06	2 225,83	9,45
RO	11 371,07	583,95	1 211,69	5,56
SI	3 797,15	1 830,93	2 186,27	8,30
SK	5 991,41	1 099,99	1 539,37	6,69

Forrás: Eurostat, Healthcare expenditure by financing scheme (Egészségügyi kiadások finanszírozási rendszer szerint) [online kód: hlth_sha11_hf]

³ A három regionális munkaértekezleten zajlott megbeszélések alapján

⁴ Eurostat, Healthcare expenditure by financing scheme (Egészségügyi kiadások finanszírozási rendszer szerint) [online kód: hlth_sha11_hf]

⁵ A 2019. június 14-i regionális munkaértekezleten folytatott megbeszélések alapján

⁶ A 2021. április 20-i regionális munkaértekezleten folytatott megbeszélések alapján

Az egészségügyi rendszereken belül a további lényeges tényezők, amelyek az egészségügyi szolgáltatások nyújtására és a növekvő és változó ellátási igények kielégítésére irányuló kapacitásukat befolyásolják, a munkaerő, a rendelkezésre állás és a szakértelem. Az Európai Unióban a következő külső és belső erők alakítják az egészségügyi munkaerő ellenálló képességét, és jelentenek kihívást a számukra: elvándorlási minták, technológiai innováció, változó igények az ellátásban (külső) és a munkaerő elöregedése, munkaerő-toborzás és -megtartás, rossz földrajzi eloszlás és a strukturális munkaerőhiány (belső).⁷

A 2018-ban a kórházakban foglalkoztatott egészségügyi személyzetet alapul véve a 100 000 lakosra jutó orvosok száma Portugáliában a legmagasabb (261) és Cipruson a legalacsonyabb (96)⁸. Másrészt a 100 000 lakosra jutó diplomás ápolók és szülésznők száma óriási eltéréseket mutat: a Cseh Köztársaságban 531, Horvátországban pedig 131 fő.⁹

Az egészségügyi szakemberek elvándorlása a célországokból, főként a nyugati és az északi országokba, gazdasági és társadalmi problémát jelent. Romániában például 2007 és 2017 között 35 000 ápoló és 15 000 orvos hagyta el az országot. Az egészségügyi szakemberek nyugati országokba történő elvándorlása következképpen növeli a vizsgált országok munkaterhelését, miközben aggodalmakat vet fel a betegek és a munkaerő biztonságával kapcsolatban.

Táblázat2: Kórházakban alkalmazott egészségügyi személyzet (2018)

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

Megjegyzés: A lengyelországi adatok 2017-ből származnak, Szlovákia – kizárólag a teljes munkaidős egyenérték (FTE) mérései állnak rendelkezésre

Forrás: Eurostat 2018, Health personnel employed in hospital (Kórházakban alkalmazott egészségügyi személyzet) [online kód: hlth_rs_prshp1]

Minden célországban hasonló problémák merülnek fel, amelyek kölcsönösen erősítik az országspecifikus kihívásokat. Görögországban például az egészségügyi ellátás hosszú távú tendenciáit a népesség elöregedése,

⁷ Európai Bizottság, Egészségügyi munkaerő, Áttekintés; Elolvasható itt: https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en

⁸ Ezt a számot a közkórházakban szolgáltató teljesítő orvosok száma alapján számították ki, amelybe nem számították bele a ciprusi egészségügyi rendszer jelentős részét alkotó magánkórházakat. Az orvosoknak a lakossághoz képesti tényleges aránya magasabb, de a hiányos adatok miatt nem lehet pontosan kiszámítani.

⁹ Az Eurostat adatai alapján a 100 000 lakosra jutó ápolók száma Romániában a legalacsonyabb (57 ápoló és szülésznő 1 000 000 lakosra). Az egészségügyi foglalkoztatási adatok azonban aszerint változnak, hogy milyen meghatározásokat alkalmaznak rájuk (mint ahogyan a romániai ápolókra és szülésznőkre vonatkozó mutató esetében is), emellett néhány ország esetében az adatok nem állnak rendelkezésre.

¹⁰ A kórházakban foglalkoztatott orvosokra vonatkozó adatok csak az állami szektorban dolgozó kórházi munkaerőt fedik. A ciprusi egészségügyi rendszer jelentős részét a magánszektor teszi ki.

¹¹ az adatok az állami szektor kórházaira, valamint a magánszektor összes ágyszámára vonatkoznak

a bevándorlás és a közegészségügyi ágazat vonzereje befolyásolja. A nem megfelelő számú munkaerő és a nyugdíjbizonytalanság az egészségügyi szakemberek előregedésével függ össze. Például Magyarországon a 65-74 éves orvosok aránya 14%, Bulgáriában pedig 13%. Az alacsony bérek és a munkaerőhiány miatt sok orvos és ápoló másodállást is vállal. Továbbá az egészségügyi személyzet 70-80%-a nő.

Az egy betegre jutó ápolószemélyzet alacsony aránya az emberek biztonságának veszélyeztetéséhez vezet. A szakszervezetek a személyzet létszámának növelését követelik, hogy elérjék a megfelelő, az igényekhez igazodó személyzeti szintet, és javítsanak a munkakörülményeken. A munkaerőhiány bizonytalan munkakörülményeket eredményez, amit hosszú munkaidő, sok éjszakai műszak és a nyugdíjasok visszahívása jellemez. Emellett az alacsony bérek arra kényszerítik a munkavállalókat, hogy további jövedelemforrásokat keressenek, ami a munka és a család összeegyeztetésének nehézségeihez vezet.

Az egészségügyi szakemberek általános hiánya ellenére, amely a Covid19-világjárvány idején még sürgetőbb problémává vált, az egészségügyi válságok néhány országban pozitív fejleményeket is hoztak. Néhány országban 2021-ben egyre többen kívántak egészségügyi pályára lépni (pl. CZ). Ez a fejlemény részben az egészségügyi dolgozóknak a világjárvány idején nyújtott kormányzati extra kifizetéseknek és juttatásoknak köszönhető, amelyeket a nemzeti szociális partnerek alkudtak ki és mozdítottak elő. Horvátországban a válság idején további kifizetéseket is eszközöltek az egészségügyi szakemberek számára. Az egészségügyi dolgozók általános és hosszú ideje tartó kedvezőtlen gazdasági helyzete miatt azonban ez nem hozott anyagi elégtételt az ápolási szakemberek számára. Néhány országban az orvosok száma viszonylag kielégítő, itt viszont a regionális különbségek akadályozzák a munkát (CZ, SK, HR).

3. Szociális partnerek a kórházi és egészségügyi ágazatban

A másodelemzés és a HOSPEEM, az EPSU és a CELSI megosztott adatbázisa alapján a tizennégy ország kórházi és egészségügyi ágazatában a következő, a munkavállalókat és munkáltatókat képviselő szociális partnereket azonosították. Amennyiben a nemzeti és uniós szociális párbeszéd szempontjából releváns, más típusú szervezeteket is bevontak.

A legtöbb vizsgált országban közös jellemző a szétagoltság és az, hogy a szociális partnerek többszörösen szétválnak a foglalkozások és a magán- és közegészségügyi ágazatok mentén. Mivel az egészségügyi minisztériumok a közegészségügyi ágazat munkáltatói, valamint a nemzeti szociális párbeszéd és a háromoldalú struktúra releváns szereplői, ezek az állami szervek a következő táblázatokban munkáltatói érdekképviselői szervezatként szerepelnek. Néhány országban a szakmai szövetségek, például az ápolói kamarák váltak fontossá, és gyakran helyettesítik vagy kiegészítik a szakszervezetek szerepét (például HU, PL, és SK). Ezek a kamarák azonban általában nem hivatalos tagjai a kétoldalú vagy háromoldalú szociális párbeszédnek, így nem jogosultak részt venni a tárgyalásokon, ezért nem szerepelnek a listán.

A szakszervezetek általában bizonyos alágazatokra és foglalkozásokra összpontosítanak, mint például az orvosok, ápolók és szakterületek (pl. radiológusok). A munkáltatói érdekképviselői szervezetek egy része ágazatközi, míg mások a szakszervezetekhez hasonlóan a kórházi és egészségügyi ágazaton belül meghatározott területeket fednek le. Az azonosított szociális partnerek többsége legalább egy szinten (nemzeti, ágazati vagy szervezeti szinten) részt vesz a szociális párbeszédben és a tárgyalásokban.

	Bulgária	Magyarország	Lengyelország	Románia
Szakszervezetek				
	Federation of Trade Unions - Healthcare Services, CITUB (Szakszervezetek Szövetsége – Egészségügyi szolgáltatások) ¹²	Egészségügyi Szakszervezet – Magyarország	Federation of Trade Unions of the Health Care and Social Assistance Employees (Az Egészségügyi és Szociális Segítségnyújtásban Dolgozók Szakszervezeteinek Szövetsége)	Romanian Trade Union Federation SANITAS (Romániai Szakszervezetek Szövetsége – SANITAS)
	Medical Federation Podkrepa, MF Podkrepa (Podkrepa Orvosi Szövetség) ¹²	Semmelweis Érdekvédelmi Szövetség ¹³	National Trade Union of Nurses and Midwives in Poland, NTUNMP (A lengyelországi ápolók és szülésznők országos szakszervezete)	HIPOCRAT
		Szakszervezetek Együttműködési Fóruma	Health Protection Secretariat of NSZZ Solidarność (Az NSZZ Solidarność Egészségvédelmi Titkársága)	Health Solidarity Trade Union, FSSR (Egészségügyi Szolidaritási Szakszervezet)
				Central National Trade Union of Health and Social Care (Egészségügyi és Szociális Ellátás Központi Nemzeti Szakszervezete)
Munkáltatói érdekképviseleti szervezet				
	National Union of Private Hospitals, NUPH (Magánkórházak Országos Szövetsége)	Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete	Lengyelországi munkáltatók ¹⁴	National Business Association of Family Doctors (Háziorvosok Országos Üzleti Szövetsége) ¹⁵
	Bulgarian Association of Employers in Healthcare (Egészségügyi Munkaadók Bolgár Szövetsége) ¹⁶	Magyar Kórházszövetség	Business Centre Club, BCC (Üzleti Központ Klub) ¹⁷	National Union of Romanian Employers (Romániai Munkaadók Országos Szövetsége)
	Association of Municipal Hospitals in Bulgaria (Bolgár Önkormányzati Kórházak Szövetsége)	Állami Egészségügyi Ellátó Központ	Polish Confederation of Private Employers 'Lewiatan' (Lengyel Magánmunkáltatók „Lewiatan” Szövetsége)	Romanian National Federation of Health and Pharma Employers (Egészségügyi és Gyógyszeripari Munkáltatók Romániai Nemzeti Szövetsége)
			Nationwide Union of Private Healthcare Employers (Egészségügyi Magánmunkáltatók Országos Szövetsége)	PALMED

¹² Kizárólag a közintézményekben dolgozó munkavállalókat képviselik

¹³ Célja a munkavállalók érdekeinek védelme

¹⁴ 7000 munkáltatót képvisel minden ágazatban, köztük 113, az egészségügyi ágazatban tevékenykedő, többnyire nem állami munkáltatót

¹⁵ Nem vesz részt sem a kollektív tárgyalásokban, sem az országos szociális párbeszédben

¹⁶ Branch of the Bulgarian Chamber of commerce (A Bolgár Kereskedelmi Kamara kirendeltsége)

¹⁷ 26 vállalatot tömörít a nem állami szektorban.

			Polish Association of Private Hospitals (Lengyel Magánkórházak Szövetsége)	Employers of Private Medical Service Providers (Magán Egészségügyi Szolgáltatók Munkaadói)
Szakmai szervezetek / egyéb				
		Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara ¹⁸		Egészségügyi Minisztérium
		Magyar Orvosi Kamara ¹⁸		Szociális és Munkaügyi Minisztérium

Cseh Köztársaság	Horvátország	Szlovénia	Szlovákia
-------------------------	---------------------	------------------	------------------

Szakszervezetek			
------------------------	--	--	--

Trade Union of Health Service and Social Care in Czechia, OSZSP ČR (Egészségügyi és Szociális Szolgáltatók Szakszervezete Csehországban)	Croatian Trade Union of Nurses and Medical Technicians, HSSMS-MT (Horvát ápolók és egészségügyi szakemberek szakszervezete)	Trade Union of Doctors and Dentists of Slovenia, FIDES (Szlovéniai Orvosok és Fogorvosok Szakszervezete)	Slovak Trade Union of Health and Social Services, SOZZASS (Szlovák Egészségügyi és Szociális Szolgáltatók Szakszervezete)
Czech Doctors' Trade Union, LOK-SČL (Cseh Orvosok Szakszervezete)	Trade Union of Health of Croatia, SZH (Horvátország Egészségügyi Szakszervezete)	Trade Union of Health and Social Services of Slovenia, SINDIKAT-ZSVS (Szlovén Egészségügyi és Szociális Szolgáltatók Szakszervezete)	Labour Union of Physicians, LOZ (Orvosok Szakszervezete)
	Autonomous Trade Union in Health Service and Social Protection Service, SSZSSH (Autonóm Szakszervezet az Egészségügyi és Szociális Védelmi Szolgálatban)	Healthcare and Social Care Union of Slovenia, SZSSS (Szlovén Egészségügyi és Szociális Ellátási Unió)	Trade Union of Nurses and Midwives, OZSaPA (Ápolók és Szülésznők Szakszervezete)
	Croatian Medical Union, HLS (Horvát Orvosi Unió)	Union of Healthcare Workers of Slovenia, SDZNS (Szlovéniai Egészségügyi Dolgozók Uniója)	
		Confederation of Trade Unions in Health – PERGAM, SZS PERGAM (Egészségügyi Szakszervezetek Szövetsége)	
		Slovenian Dental Trade Union, DENS (Szlovén Fogorvosi Szakszervezet)	

Munkáltatói érdekképviseleti szervezet			
---	--	--	--

Association of Czech and Moravian Hospitals, ACMN (Cseh és Morva Kórházak Szövetsége)	Croatian Health Employers' Association, UPUZ-HR (Horvát Egészségügyi Munkaadók Szövetsége)	Egészségügyi Minisztérium és Munkaügyi, Családi és Szociális Minisztérium	Association of Hospitals of Slovakia, ASN (Szlovákiai Kórházak Szövetsége)
---	--	---	--

¹⁸Kötelező tagság

The Confederation of Industry Czech Republic, SP (Csehországi Ipari Szövetség)	Croatian Employers' Association-Branch Association of Polyclinics, Hospitals, Medical and Health Care Facilities, CEA (Horvát Munkaadók Szövetsége – Poliklinikák, Kórházak, Orvosi és Egészségügyi Létesítmények Ágazati Szövetsége)	Slovenian Association of Private Doctors and Dentists, ZZZS (Szlovén Magánorvosok és Fogorvosok Szövetsége) – nem vesznek részt a szociális párbeszédben	Association of State Hospitals of Slovak Republic, AŠN (Szlovák Köztársaság Állami Kórházainak Szövetsége)
			Association of Private Physicians of Slovak Republic, ASL SR (A Szlovák Köztársaság Magánorvosainak Szövetsége)

Szakmai szervezetek / egyéb

		Medical Chamber of Slovenia, ZSS (Szlovén Orvosi Kamara)	Slovakian Chamber of Nurses and Midwives, SKSaPA (Szlovákiai Ápolók és Szülésznők Kamarája)
--	--	--	---

Ciprus¹⁹

Görögország

Olaszország

Málta

Portugália

Spanyolország

Szakszervezetek

Pancyprian Public Servants Trade Union, PASYDY (Pánciprusi Közalkalmazottak Szakszervezete)	Pan-Hellenic Federation of Public Hospital Workers, POEDIN (Pánhellén Közkórházi Dolgozók Szövetsége)	Public Service Union, FP-CGIL (Közszolgálati Szakszervezet)	Voices of the Workers, UHM (A munkavállalók hangja)	Union of Portuguese Nurses, SEP (Portugál Ápolók Uniója)	Federation of Health Sectors and Socio-Sanitary Sectors of the Trade Union Federation of Workers' Commission and Sectoral Health Sectors, FSSS – COO (Egészségügyi Ágazatok és a Szakszervezet Szociális és Egészségügyi Ágazatainak Szövetsége, Munkavállalói Bizottság Szövetsége és Ágazati Egészségügyi Szektorok)
Pancyprian Union of Government Nurses, PASYNO (Kormányzati Ápolók Pánciprusi Uniója)	Confederation of Civil Servants, ADEDY (Közalkalmazottak Szövetsége)	Local Authorities Federation, FPL UIL (Helyi Hatóságok Szövetsége)	General Workers Union, GWU (Munkavállalók Általános Szakszervezete)	Union of Nurses of the Autonomous Region of Madeira, SERAM (Madeira Autonóm Régió Ápolóinak Szakszervezete)	General Union of Workers, UGT (Munkavállalók Általános Szakszervezete)
Pancyprian Union of Government Doctors,		Federation of Public Workers and Services,	Malta Union for Midwives and Nurses, MUMN	Union of Nurses, SE (Ápolók Uniója)	Federation of Public Services of the General

¹⁹ A szakszervezetek sorrendje az ágazatban aktív tagok számát jelöli (az Eurofound Representativeness of the European social partner organisations in hospitals and health care (2020) (Az európai szociális partnerek szervezeteinek képviselete a kórházakban és az egészségügyben) alapján).

PASIKI (Pánciprusi Kormányzati Orvosok Szakszervezete)		FPS-CISL (Közalkalmazottak és Közszolgáltatók Szövetsége)	(Szülésznők és Ápolók Máltai Szakszervezete)		Workers Union, FSP – UGT (Munkavállalók Általános Szakszervezete Közszolgálatának Szövetsége)
Cyprus Trade Union of Workers-Employees in Governmental (Ciprusi Munkavállalók Szakszervezete – Kormányzati Alkalmazottak Szakszervezete) Military and Social Institutions, PASYEK – PEO (Katonai és szociális intézményekben dolgozók)		Federation of Autonomous Health Workers, FIALS (Autonóm Egészségügyi Dolgozók Szövetsége)	General Workers Union - Government and Public Entities Section (Munkavállalók Általános Szakszervezete – Kormányzati és állami szervek szekciója)	Independent Union of Nursing Professionals, SIPE (Diplomás Ápolók Független Szakszervezete)	Spanish Trade Unions of Nursing Professionals, SATSE (Spanyol Diplomás Ápolók Szakszervezetei)
Cyprus Federation of Private Employees, OIYK-SEK (Ciprusi Magánalkalmazottak Szövetsége)		Federation of Independent Unions - Health Care, FSI (Független Szakszervezetek Szövetsége – Egészségügy)		Independent Union of Doctors, SIM (Orvosok Független Uniója)	Spanish Central Independent and Public Employees' Trade Unions, CSIF (Spanyol Független és Közalkalmazotti Szakszervezetek Központi Szervezete)
		Association of medical and executive staff of the NHS, ANAAD ASSOMED (Az NHS Orvosi és Vezetői Személyzetének Szövetsége)		Union of Portuguese Nurses, SEP (Portugál Ápolók Uniója)	

Munkáltatói érdekképviselői szervezetek

Cyprus Employers & Industrialists Federation, OEB (Ciprusi Munkaadók és Gyáriparosok Szövetsége) – Magánsektor (ágazatközi)	Egészségügyi Minisztérium: Közsféra	Agency for the contractual representation of the Public Administration, ARAN (A közigazgatás szerződéses képviselői ellátó ügynökség)	Malta Employers' Association, MEA (Máltai Munkáltatók Szövetsége)	Portuguese Association of Private Hospitals, APHP (Magánkórházak Portugál Szövetsége)	Spanish Private Health Alliance, ASPE (Spanyol Magánegészségügyi Szövetség)
Egészségügyi Minisztérium: Az állami egészségügyben dolgozók fő munkáltatója	Panhellenic Union of Private Hospitals, PEIK (Magánkórházak Pánhellén Uniója)	Italian Federation of Hospitals and Health Agencies, FIASO (Olasz Kórházak és Egészségügyi)	Egészségügyi Minisztérium: Közsféra	Employers Confederation of Commerce and Services, CCP (Kereskedelmi és Szolgáltatói Munkaadói Szövetség)	Egészségügyi Minisztérium: Közsféra

Állami egészségügyi szolgáltató szervezet: Közszféra		Ügynökségek Szövetsége)		National Confederation of Institutions of Solidarity, CNIS (Szolidaritási Intézmények Nemzeti Szövetsége)	
--	--	----------------------------	--	---	--

4. A szociális partnerek részvétele az EU szociális párbeszéd struktúráiban

Az európai szociális párbeszéd fontosságát az Európai Unió működéséről szóló szerződés (EUMSZ) több cikkében is gyökerezik.²⁰ Számos példa van arra, hogy a **szociális partnerek aktív szerepet játszottak az uniós szintű megállapodásokban.**

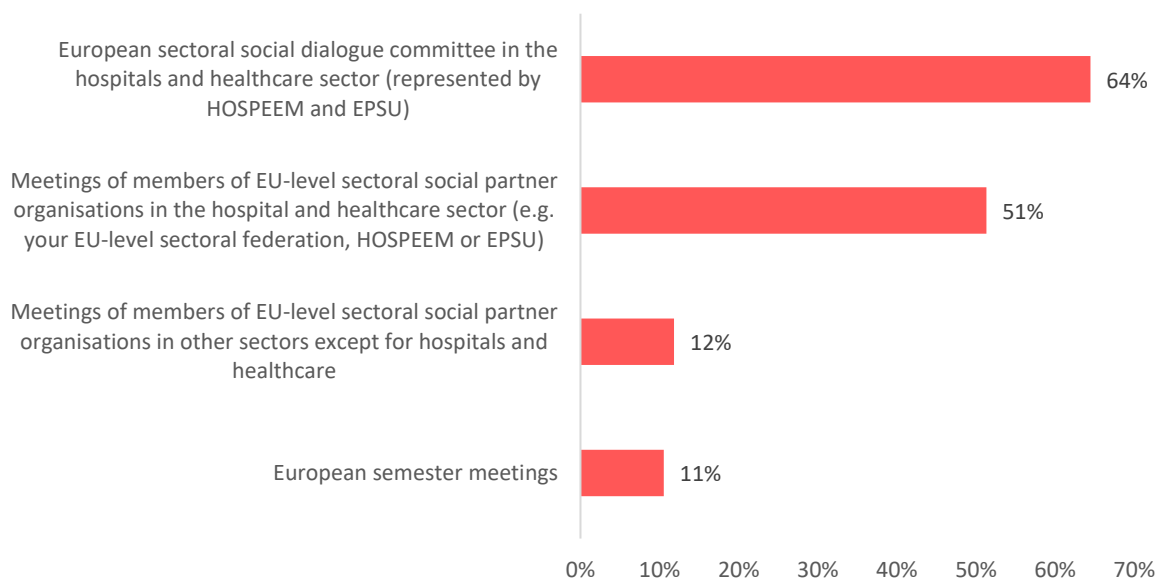
A szociális partnereknek az uniós szociális párbeszédben való részvételével kapcsolatos, alább bemutatott megállapítások a tizennégy célország érintett szociális partnerei/szervezetei számára 2019 áprilisa és 2020 augusztusa között szétküldött online felmérésen alapulnak. A felmérésben érintett legtöbb szociális partner közvetlenül részt vesz az EU szociális párbeszéd struktúráinak keretében tartott üléseken. Fontos megjegyezni, hogy a válaszadók többsége szakszervezeti képviselő²¹.

Szilárdan hiszek a munkaadók és a szakszervezetek közötti szociális párbeszéd értékében, hiszen ők ismerik legjobban az ágazatukat és a régiójukat.

Ursula von der Leyen, Az Európai Bizottság elnöke

Az érintettek közül **a legtöbb célország szervezete részt vett az uniós szintű SD struktúrákban, amelyeket az EPSU és a HOSPEEM, illetve az ágazatközi európai szervezetek képviseltek.** Az érintettek 64%-a közvetlenül részt vesz az EU kórházi és egészségügyi ágazati szociális párbeszéd bizottságában (SSDC HS) az EPSU vagy a HOSPEEM révén, 51%-a pedig a két uniós szintű SSD partnerszervezet tagjainak ülésein vett részt az elmúlt négy évben. 12%-uk, általában munkaadói szövetségek, részt vett az egyéb ágazatokban működő uniós szintű ágazati szociális partnerszervezetekkel való találkozókban. A válaszadók mindössze 11%-a vett részt az európai szemeszter ülésein.

1. grafikon: Közvetlen részvétel az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráinak bizottsági ülésein 2015 óta (% , N = 76)



Forrás: Felmérés a szociális párbeszédéről a kórházi és egészségügyi ágazatban
Megjegyzés: több válasz lehetséges

Az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráiban való részvétel hiányának leggyakoribb oka a pénzügyi kapacitás hiánya (30%). A személyes kapacitások hiánya, az üléseken való részvételhez szükséges idő hiánya és a belépés korlátozása (a képviselési kritériumoknak való meg nem felelés) a válaszadók 26%-a, illetve 23%-a esetében az uniós szintű szociális párbeszédben való részvétel hiányának oka. Emellett néhányan a hosszú távú uniós szervezeti tagságot követően sem látnak hozzáadott értéket és előrelépést a társadalmi és gazdasági helyzet javításában (18%). A célországok szociális partnereinek távolmaradását **a nemzeti szintű széttagoltságuk és/vagy a jelenleg korlátozott számú független munkaadói szervezet is akadályozhatja.**

²⁰ 152. cikk: Az Unió elismeri és támogatja a szociális partnerek uniós szintű szerepvállalását; önállóságuk tiszteletben tartása mellett; 154. cikk: Az uniós szintű szociális partnerekkel folytatott bizottsági konzultáció; 154. cikk: A szociális partnerekkel kötött megállapodások.

²¹ Lásd a Módszertani mellékletet.

Táblázat3: Az uniós szintű szociális párbeszédben való részvétel hiányának okai (% , N= 57)

Távolmaradás okai	Százalék
Pénzügyi források hiánya (magas utazási költségek, magas tagdíjak)	30%
Személyes kapacitások hiánya, nincs ideje részt venni az üléseken	26%
belépés korlátozása (a képviseleti kritériumoknak való meg nem felelés)	23%
Az uniós szintű szociális párbeszéd csekély jelentősége szervezetünk tevékenységében	18%
Nehézségek az EU-szintű szociális párbeszéd szerepének és működésének megértésében	12%
Nyelvi korlátok	11%

Forrás: Felmérés a szociális párbeszédéről a kórházi és egészségügyi ágazatban

Megjegyzés: több válasz lehetséges

A legtöbb szakszervezetet az EPSU képviseli európai szinten, és az egyetlen elismert szociális partner a kórházi ágazatban. Bár léteznek más európai kórházi szövetségek is, a HOSPEEM az egyetlen elismert európai ágazati szociális partner, amely a nemzeti kórházi munkaadói szervezetek érdekeit képviseli. **A munkaadók részvétele az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráiban jelenleg korlátozott.** A nemzeti szakszervezetek képviselői felhívást intéztek a nemzeti munkáltatói érdekképviselői szervezetekhez, hogy váljanak a HOSPEEM tagjává, hogy hatékony uniós szintű szociális párbeszéd alakuljon ki, mivel a régió célországjaiban számos szakszervezet nem képviselteti magát az uniós szintű eszközök megvitatása és egyeztetése érdekében⁶.

Egyes országokban (pl. CZ) a nemzeti szociális párbeszéd lelassult a Covid19-járvány idején, míg más országokban a szociális partnerek közötti kommunikáció és tárgyalások minimálisra csökkentek. Ez a felelős kormányzati szerveken belüli viszonylag gyakori személycseréknek is betudható. Horvátországban és Szlovéniában azonban a minisztériummal folytatott szociális párbeszéd viszonylag magas színvonalú volt⁶.

5. A szociális partnerek részvétele az európai szemeszterben

Az európai szemeszter egy éves kormányzati ciklus, amelynek célja a szigorú költségvetési és strukturális reformok betartásának ellenőrzése és kikényszerítése. **Az európai szemeszterben a szociális szempontok a közelmúltban még inkább előtérbe kerültek azáltal, hogy az európai szemeszter összekapcsolódott a szociális jogok európai pillérével²².** Különösen annak nyolcadik és tizenhatodik alapelve kimondja, hogy „a nemzeti gyakorlatnak megfelelően konzultálni kell a szociális partnerekkel a gazdasági, foglalkoztatási és szociális politikák kialakításáról és végrehajtásáról” és, hogy „szorgalmazni kell a támogatást a szociális partnerek kapacitásának növelésére a társadalmi párbeszéd előmozdításához”, valamint, hogy „Mindenkinek joga van ahhoz, hogy kellő időben megfizethető és jó minőségű megelőző és gyógyító egészségügyi ellátáshoz jusson.”

Az európai szemeszter országspecifikus ajánlásai tükrözik az egészségügyi ágazat és a szociális párbeszéd jelentőségét a költségvetési konszolidáció, a társadalmi kohézió, a (dolgozói) szegénység kezelése, valamint az egészségügyi rendszer rezilienciájának és működésének növelése szempontjából. **Ennek eredményeképpen nő az egészségügyi ellátással kapcsolatos országspecifikus ajánlásokban részesülő uniós tagállamok száma:** 2017-ben 10 tagállam, 2019-ben 15 tagállam²³. A 2020 márciusában kitört világjárvány óta az európai szemeszter mechanizmusai alkalmazkodtak a válsághoz, és létrehoztak egy helyreállítási és rezilienciaépítési eszközt, hogy a tagállamok számára iránymutatást nyújtsanak az egészségügyi válságok kezeléséhez. A tagállamokat arra ösztönözték, hogy nyújtsák be helyreállítási és rezilienciaépítési terveiket. A jelenlegi, országspecifikus ajánlásokat tartalmazó értékelési eljárás helyébe 2021-ben a helyreállítási és rezilienciaépítési tervek értékelési eljárása fog lépni.²⁴.

A válság felerősítette annak szükségességét, hogy a szociális párbeszéd fejlesztése révén elkötelezzük magunkat a szociális Európa és a szociális jogok európai pillérének megerősítése mellett. A szociális párbeszéd szerepe az unión belüli különböző szinteken alapvető elemként elismert, az uniós és nemzeti szociális partnerek párbeszédbe való bevonása révén. Az uniós szociális párbeszéd előmozdításának támogatása a szociális jogok európai pillérének cselekvési tervében konkrét kezdeményezésekben is megjelenik, mint például a szociális partnerek uniós szintű megállapodásainak új támogatási kerete, az innovatív szociális párbeszéd gyakorlataért

²² A szociális jogok európai pillére (2017) https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_hu.pdf

²³ Az egyes országspecifikus ajánlásokat lásd a B. mellékletben.

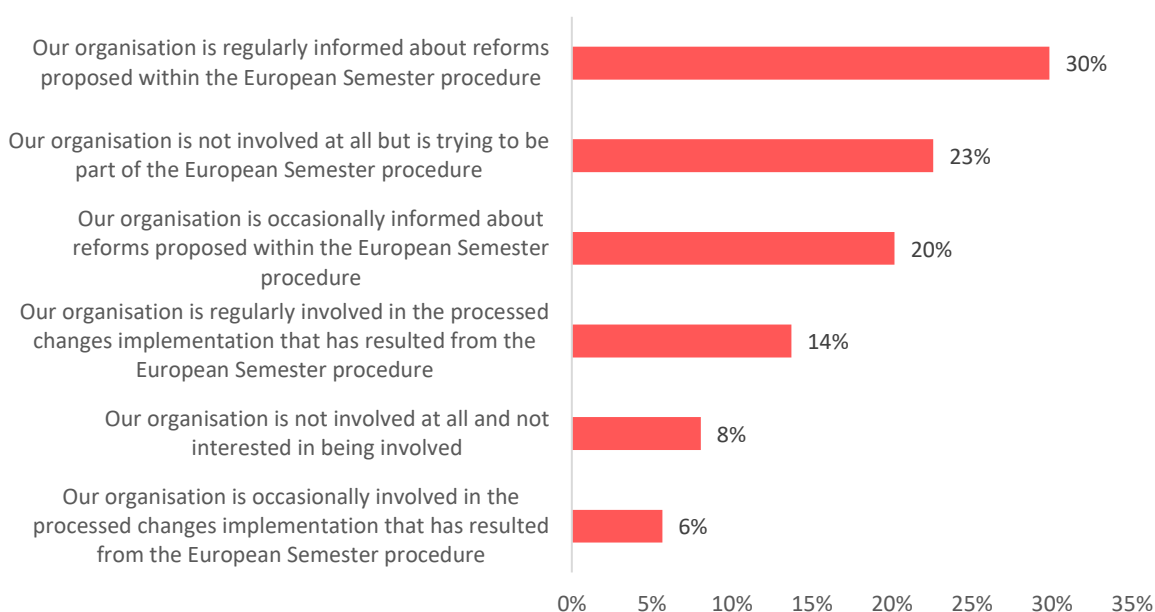
²⁴ Egbert Holthuis, Európai Bizottság, The European Semester process: actions to develop and foster the involvement of national sectoral social partners; contribution at the Regional Webinar 20 April 2021. (Az európai szemeszter eljárása: a nemzeti ágazati szociális partnerek bevonásának fejlesztésére és előmozdítására irányuló intézkedések; hozzászólások a 2021. április 20-i regionális webináriumon)

járó új díj, valamint a munkahelyi biztonság és egészségvédelem új stratégiai kerete. Az Európai Bizottság új eszközöket javasolt, amelyekkel jobban fel tudják mérni az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályait és hiányosságait, és amelyek segítségével benyújthatnak egy, az alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférésről szóló uniós jelentést, miközben arra ösztönzi a tagállamokat, hogy fektessenek be az egészségügyi munkaerőbe, javítsák a munkakörülményeket és a képzéshez való hozzáférést.²⁵

Az Európai Bizottság nagyfokú elkötelezettsége és a szociális jogok európai pillérének több kezdeményezésbe átültetett alapelvei új lehetőségeket és inspirációt biztosítanak a nemzeti szociális partnerek számára, hogy a forrásokat felhasználják a stratégiák kidolgozásához és a szociális párbeszéd megerősítéséhez a tagállamokban, például a tervek kezdeményezéseinek a mindennapi munkájukba való átültetéséhez és az érdekek felfelé történő kifejezéséhez, a munkakörülményekkel, a kórházi egészségügyi és biztonsági kérdésekkel, az egészségügyi dolgozók elvándorlásával és a kollektív tárgyalásokkal kapcsolatos nehézségekhez fűződő kihívások uniós szinten történő kezeléséhez és beépítéséhez a további tervekbe, valamint az uniós szintű szociális párbeszéd megerősítésével a kórházi ágazatban²⁶.

Az európai szemeszter mechanizmusai olyan platformot jelentenek, ahol a tényeken alapuló hiányosságokat fel lehet tárni, és tovább lehet kommunikálni az illetékes uniós szintű bizottságok felé a megoldások keresése érdekében. Ebben az eljárásban kulcsfontosságú a szociális partnerek elkötelezettsége. Az Európai Bizottság pénzügyi támogatása felkarolja a szociális partnerek azon erőfeszítéseit, hogy uniós szinten megfogalmazzák prioritásaikat.²⁷ Bár a **szociális partnerek jelenlegi részvétele az európai szemeszter eljárásában korlátozott**, a szervezetek 30%-át rendszeresen tájékoztatják az ajánlott reformokról. A többi 23% érdeklődik vagy akár meg is próbál részt venni az európai szemeszter folyamatában. A szociális partnerek 20%-a alkalmanként kap tájékoztatást, és mindössze 14%-nál rendszeres a tájékoztatás, és 6%-uk néha részt vesz a folyamatban. Ezeket a megállapításokat alátámasztja az Eurofound által a nemzeti szociális partnerek politikai döntéshozatalba való bevonásáról végzett ismétlődő kutatás.²⁸

2. grafikon: A szociális partnerek bevonásának módja az európai szemeszter eljárásába (% , N= 124)



Forrás: Felmérés a szociális párbeszédéről a kórházi és egészségügyi ágazatban

A regionális webináriumon folytatott megbeszélések során kiderült, hogy a nemzeti szintű részvételért való elsődleges felelősség továbbra is a tagállamokra hárul. Néhány országban azonban a szociális partnereknek csak korlátozott lehetőségük van arra, hogy közreműködjenek az európai szemeszter folyamatában, és panaszkodnak is arra, hogy kiesnek a folyamatból⁶. A HOSPEEM és az EPSU teret biztosít a jó gyakorlatok megosztásának és megerősítésének; így a nemzeti és az uniós szintű szociális párbeszédnek. E tekintetben a szlovén szociális partnerek arra kérik az EPSU-t, hogy intenzívebben támogassa a nemzeti partnereket az uniós szemeszter folyamatába való bekapcsolódásban.

²⁵ Jan Behrens prezentációja (DG EMPL A2 Szociális párbeszéd): Szociális párbeszéd uniós szinten, a 2021. április 20-i regionális webináriumon.

²⁶ A 2021. június 16-i terjesztéssel kapcsolatos munkaértekezleten folytatott megbeszélés alapján.

²⁷ Jan Behrens, az Európai Bizottság szakpolitikai tisztviselője a terjesztéssel kapcsolatos munkaértekezleten 2021. június 16-án.

²⁸ Eurofound (2020), Involvement of national social partners in policymaking (A nemzeti szociális partnerek bevonása a politikaformálásba) – 2019, Az Európai Unió kiadványa, Luxembourg.

6. A szociális partnerek uniós szinten ismertető prioritásai

A szociális partnerek felsorolták azokat a prioritásaikat, amelyeket uniós szinten kívánnak kifejezni. Ehhez többek között segítségül veszik a kórházi és egészségügyi ágazatban működő megfelelő uniós szintű szociális partneri szervezetben való tagságukat. A felmérés során a szociális partnerek feltárták azokat a prioritásaikat, amelyeket az uniós szintű szociális párbeszédben szeretnének kommunikálni. A témák az átfogó, általános strukturális problémáktól kezdve, mint például az egészségügyi beruházások növelése, a munkahelyi biztonságon és egészségvédelmen, a munkakörülményeken és a munkaerő megtartásán keresztül a munka és a család összeegyeztetéséig tartanak. Az egészségügyi munkaerőhiány, az ágazatok vonzeréjének fokozása, valamint az összes egészségügyi dolgozót érintő munkaerő-felvételi és -megtartási politikák javítása azonban a legtöbb megkérdezett célország szociális partnerei számára közös témák. Mivel sokféle válasz született, a következő három táblázatban hitelesen felsoroljuk az összes feltárt prioritást.

Táblázat4: Az uniós szinten ismertető prioritások

Ország	Prioritások	
	Szakszervezetek	Munkáltatói érdekképviseleti szervezetek
Románia	<ul style="list-style-type: none"> Munkakörülmények – bérek és a prémiumok szabályozása; Munkaidő, személyzeti normák; Orvosi személyzeti képzés egységesítése; A szociális partnerek képviselőinek és kollektív megállapodásainak javítása 	Nem áll rendelkezésre információ
Magyarország	<ul style="list-style-type: none"> Uniós szintű bérek, különösen a minimálbér; A munkaidő szabályozása a túlterheltséggel összefüggésben; Munka és a család összeegyeztetése 	Munkaerő-elvándorlás és az ezzel kapcsolatos munkaerőhiány*
Lengyelország*	<ul style="list-style-type: none"> A kórházi ápolók létszámának növelése a betegek biztonságának garantálása érdekében; Pénzügyi követelések a bérek emelésével kapcsolatban, különösen az ápolók esetében; A személyzet megtartása a kórházi ágazat szervezetében végbemenő változásokat tekintve; 	<ul style="list-style-type: none"> Az orvosok és az ápolók közötti bérnövekedési egyenlőtlenségek mérséklése; Az egészségügyi beruházások fokozása
Bulgária	<ul style="list-style-type: none"> A szakorvosok bére – az egységes uniós minimálbér támogatása; Egészségügyi és biztonsági problémák - harmadik fél által elkövetett erőszak és pszichoszociális kockázatok; Munkaerő megtartása 	<ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való határokon átnyúló hozzáférés Több lehetőség az uniós szinten történő részvételre.
Ciprus	<ul style="list-style-type: none"> Ápolószemélyzet és források hiánya (különösen a magánkórházakban); Egészségügyi ágazat megreformálása (a közegészségügyi rendszer és az állami kórházak autonómiája); Az egészségügyi ágazat csökkentett állami költségvetése az EU-28 tekintetében; Szakmai előmenetel és élethosszig tartó tanulás. 	<ul style="list-style-type: none"> Ápolószemélyzet hiánya Az állami egészségügyi rendszer fenntarthatósága; Az állami kórházak funkcionális és pénzügyi autonómiája; Közös jogi és szabályozási keret megvalósítása az állami és a magánegészségügyi ágazatban.
Görögország	<ul style="list-style-type: none"> Személyzethiány és munkaerő-problémák; Az elsődleges struktúrák megfelelő felszereléshez való jutásának akadályoztatása; Szakorvosok a központba; strukturális-orvostechnológiai felszerelések; Hasonló külföldi rendszerekkel való összeköttetés; Egészségügyi ellátás a kockázatos foglalkozásokban. 	<ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi rendszer finanszírozásának növelése a GDP 5%-áról 8%-ra; A magánszektorral és a közszférával való egyenlő bánásmód az állam részéről; Bürokrácia minimalizálása Költségszámítási módszer (DRG-k, ICD 10), a meglévő magánkórházakba történő beruházások finanszírozása; Minimális működési szabványok a biztonságos egészségügyi szolgáltatások nyújtásához.
Olaszország	<ul style="list-style-type: none"> Kollektív tárgyalás; Foglalkoztatás az egészségügyi ágazatban; Párbeszéd az ágazati szakszervezetekkel; Munkakörülmények; Munkahelyi biztonság és egészségvédelem; A munka és a családi élet összeegyeztetése; Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája. 	<ul style="list-style-type: none"> Egész életen át tartó tanulás és folyamatos szakmai fejlődés; Munka szervezése; A munkahely digitalizálása / digitális készségek; Szakoktatás és -képzés; Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája.
Málta	<ul style="list-style-type: none"> Kollektív tárgyalás; Magán partnerség; Munkavállalói jogok az egészségügyben; Munkahelyi kiegészítés; A munka és a családi élet összeegyeztetése; 	<ul style="list-style-type: none"> A munkavállalók kiküldetése; Az ágazat vonzóvá tétele a fiatal munkaerő számára.
Portugália	<ul style="list-style-type: none"> Kollektív tárgyalás; Az ápolók szaktudásának fejlesztése; Karrierépítés; A szakmai képesítések határokon átnyúló elismerése. 	<ul style="list-style-type: none"> EU konvergencia; Munkahelyi biztonság és egészségvédelem; Munkakörülmények; A munkaerő előregedése; Szakoktatás és -képzés; A szaktudás nemzeti szinten való elismerése;

Ország	Prioritások	
	Szakszervezetek	Munkáltatói érdekképviseleti szervezetek
		<ul style="list-style-type: none"> Folyamatos szakmai fejlődés és élethosszig tartó tanulás.
Spanyolország	<ul style="list-style-type: none"> Munka- és foglalkoztatási feltételek, különösen a munkanap és a fizetések; Munkahelyi egészségvédelem és biztonság a nemek dimenziójának figyelembevételével; Az egészségügyi személyzet aránya; ápoló-beteg és betegbiztonsági arány; Digitalizálás; Toxikus és biológiai anyagoknak való kitettség, kockázatmegelőzés; A személyzet szakmai fejlődése és megtartása; Tanulmányok és szakmák validálása. 	<ul style="list-style-type: none"> Végrehajtási technológia; * Egyes egészségügyi szakemberek, például embrióológusok elismerésére vonatkozó jogszabályok; Hosszú várólisták a szűrésekhez.
Horvátország	<ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája Munkahelyi biztonság és egészségvédelem Fizetés az egészségügyi ellátásban, különös tekintettel az ápolókra Munkakörülmények A személyzet képzése Az egészségügyi szakemberek anyagi jogai Jogok és kötelezettségek Túlóra Kollektív szerződések Az egészségügyi dolgozók hiánya 	<ul style="list-style-type: none"> A felmérésben szereplő összes téma; A magán- és állami egészségügy szinergiája Munkahelyi biztonság
Cseh Köztársaság	<ul style="list-style-type: none"> Egészségügyi és szociális szolgáltatásokban dolgozók díjazása Munkahelyi biztonság és egészségvédelem A személyzet védelme és biztonsága Szociális párbeszéd a munkáltatókkal és megállapodások és iránymutatások létrehozása Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája Munkakörülmények 	<ul style="list-style-type: none"> A munkafeltételekről szóló irányelv; Európai minimálbér; Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája; Az ágazat vonzóvá tétele a fiatal munkaerő számára.
Szlovákia	<ul style="list-style-type: none"> Munkakörülmények és A munka és a családi élet összeegyeztetése Folyamatos szakmai fejlődés és élethosszig tartó tanulás Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája Személyzet hiánya és az ápolók által végzett munka értékének fokozása 	<ul style="list-style-type: none"> Az EU strukturális alapjainak elosztása során a tagok érdekeinek előmozdítása (ASN); Tisztességes feltételek megteremtése a munkavállalók számára (ASN); Az állam által biztosított fizetések növelése (ASL SR)²⁹.
Szlovénia	<ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája Munkahelyi biztonság és egészségvédelem Munkakörülmények Az ágazat vonzóvá tétele a fiatal munkaerő számára A közegészségügy hatékonyságának biztosítása Ápoló személyzetre vonatkozó normák az egészségügyi ellátásban Bérezési rendszer az egészségügyben Munkaidő 	Nem áll rendelkezésre információ

Forrás: Felmérés a szociális párbeszédéről a kórházi és egészségügyi ágazatban*A másodelemzés alapján

²⁹ Másodelemzés alapján (2021 februárjától)

A válaszadóknak lehetőségük volt arra, hogy a felsorolt, az EU-szintű szociális párbeszéd által kezelendő témákat 1-től 5-ig terjedő skálán rangsorolják (az ötös jelenti a legmagasabb prioritást). A legmagasabb pontszámot elért témák a munkafeltételek általában (súlyozott átlag 4,7) és a munkahelyi biztonság és egészségvédelem (súlyozott átlag 4,6). A szakmai továbbképzés és az egész életen át tartó tanulás, a valamennyi egészségügyi dolgozóra vonatkozó felvételi és megtartási politika, valamint a munka és a család összeegyeztetése kapta a harmadik legmagasabb értékelést (súlyozott átlag 4,3). A felsorolt prioritások egyike sem kapott 3 pontnál kevesebbet, ami azt jelzi, hogy valamennyi téma releváns.

Néhány országban a munkáltatók által legmagasabbra értékelt témák némileg eltérnek a szakszervezetektől. A munkáltatóknak például a szakképzésre (súlyozott átlag 4,8), a folyamatos szakmai fejlődésre és az egész életen át tartó tanulásra (4,6), valamint a déli országokban a munkaerő elöregedésének problémájára kell összpontosítaniuk. Másrészt a szakszervezetek a munkakörülményekkel (4,5), a munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel (4,5), valamint a munka és a családi élet összeegyeztetésével (4,3) szeretnének foglalkozni.

Táblázat5: A szervezetek által legmagasabbra értékelt prioritások (% , N = 101)

Prioritás	4-re értékelt	5-re értékelt	Súlyozott átlag
Munkakörülmények	12%	78%	4,7
Munkahelyi biztonság és egészségvédelem	15%	74%	4,6
Folyamatos szakmai fejlődés és élethosszig tartó tanulás	29%	54%	4,3
Az egészségügyi dolgozók felvételének és megtartásának politikája	22%	57%	4,3
A munka és a családi élet összeegyeztetése	31%	51%	4,3
Szakoktatás és képzés	29%	49%	4,2
A szaktudás nemzeti szinten való elismerése	28%	49%	4,1
A munkahely digitalizálása / digitális készségek	29%	47%	4,1
A szakmai képesítések határokon átnyúló elismerése	28%	42%	4,0
Az ágazat vonzóvá tétele a fiatal munkaerő számára	26%	43%	4,0
A munkaerő elöregedése	24%	38%	3,9
Az egészségügyi szakemberek mobilitása az EU-ban	31%	29%	3,7

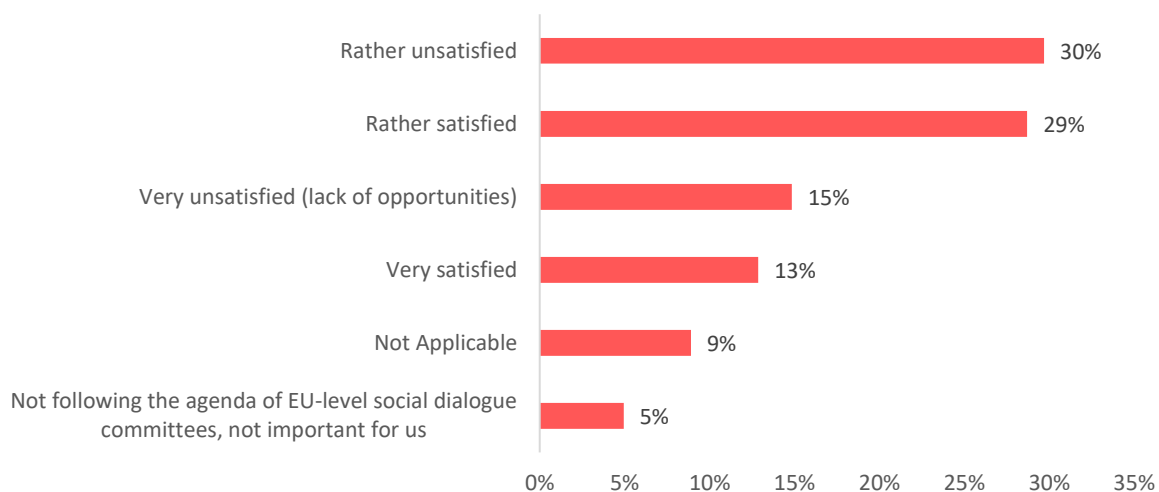
Forrás: Felmérés a szociális párbeszédéről a kórházi és egészségügyi ágazatban

Megjegyzés: A kérdés így szólt: „Az alábbiakban felsorolt témák közül bármelyiket prioritásnak tekinti-e az Ön szervezete számára? Kérjük, értékelje az egyes lehetőségeket 1-től 5-ig, ahol az 1 a legalacsonyabb prioritást, az 5 pedig a legmagasabbat jelenti.”

Az uniós szintű szociális párbeszéd prioritásainak kezelésével kapcsolatos lehetőségekkel való elégedettséget vizsgálva az eredmények azt mutatják, hogy a nemzeti szervezetek bevonásával kapcsolatban még van mit javítani, és ezáltal elkötelezettebb és részvételi környezetet teremteni a nemzeti partnerek számára uniós szinten. A válaszadók egyharmada elégedetlen a lehetőségekkel, 15%-uk pedig úgy látja, hogy nincs lehetőségük arra, hogy prioritásaikat uniós szinten közöljék. Másfelől a válaszadók 42%-a inkább elégedett, illetve nagyon elégedett (29% és 13%).

Annak oka, hogy a prioritások uniós szintű szociális párbeszédrel való közlésének lehetőségével elégedetlenek, a pénzügyi források (58%) és az emberi/személyzeti erőforrások (51%) hiányában keresendő. A válaszadók negyven százaléka azt válaszolta, hogy nincs kapcsolata az uniós szintű szervezetekkel. A válaszadók 18%-a azonban úgy véli, hogy prioritásaik eltérnek a kórházi és egészségügyi ágazat uniós szintű szociális partnereinek prioritásaitól.

3. grafikon: Elégedettség a prioritások uniós szintű szociális párbeszéd keretében történő kezelésének lehetőségével (% , N= 101)



Forrás: Felmérés a szociális párbeszédéről a kórházi és egészségügyi ágazatban

Megjegyzés: A kérdés így szólt: „Mennyire elégedett az Ön által az előző kérdésben a legmagasabb prioritásként (4-es és 5-ös jellel) értékelt témák kezelésének jelenlegi lehetőségeivel az uniós szintű ágazati szociális párbeszéd bizottságában a kórházak és az egészségügy területén? Kérjük, válasszon ki egy lehetőséget.”

A felmérés alapján a szociális partnerek a következőket várják uniós szinten: 1) támogatást az egészségügyi ágazat nemzeti szakpolitikáira gyakorolt nagyobb hatás eléréséhez (78%) és 2) támogatást a hazai kollektív tárgyalásokhoz (pl: bérrel kapcsolatos tárgyalás) (65%). Ez a két legnagyobb hangú elvárás azt mutatja, hogy a nemzeti szociális partnereknek növelniük kell befolyásukat nemzeti szinten. Az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráktól e tekintetben támogatást várnak. A válaszadók 55%-a vár kapacitásépítést – konkrét útmutatást a szociális párbeszéd és a kollektív tárgyalások megerősítésére vonatkozóan országunk kórházaiban és az egészségügyben –, 52%-a pedig szervezetünk érdekeinek nagyobb mértékű elismerését és a szociális párbeszéd uniós szintű menetrendjébe való beillesztését várja el.

5. táblázat: A szervezetek elvárásai az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráival szemben (% , N= 95)

Elvárások	Százalék
Az uniós szintű szociális partnerek támogatása szervezetünk számára, hogy nagyobb hatást gyakorolhassunk az országunk egészségügyi ágazatának szakpolitikáira.	78%
Támogatnak minket a hazai kollektív tárgyalásokon (pl: bérrel kapcsolatos tárgyalás)	65%
Kapacitásépítés - konkrét útmutatás nyújtása arra vonatkozóan, hogyan erősítsük a szociális párbeszédet és a kollektív tárgyalásokat országunk kórházaiban és az egészségügyben	55%
Szervezetünk érdekeinek nagyobb mértékű elismerése és beillesztése a szociális párbeszéd uniós szintű menetrendjébe.	52%
Teret biztosítani a hálózatépítésre és a tapasztalatcserére	47%

Forrás: Felmérés a szociális párbeszédéről a kórházi és egészségügyi ágazatban

Megjegyzés: a kérdés így szólt: „Milyen elvárásai vannak az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráival szemben a kórházi és egészségügyi ágazatban? Kérjük, válassza ki az alábbi lehetőségek közül azt a hármat, amely Ön szerint a legrelevánsabb.”

A Covid19-világjárvány megváltoztatta a szociális partnerek prioritásait, még inkább felerősítve bizonyos, már a válság előtt is azonosított problémák sürgősségét. A horvátországi, szlovéniai, csehországi és szlovákiai szociális partnerek, akiknek lehetőségük volt megvitatni prioritásaikat a világjárvány második hulláma alatt és után, feltárták, hogy a világjárvány alatt felerősödtek azok a nehézségek, amelyeket régóta elhanyagoltak. Különösen a személyzet hiánya vált kritikussá. Az egészségügyi és biztonsági kérdések újabb dimenziókkal bővültek a fertőzések megelőzésében és ellenőrzésében, valamint az egyéni védőeszközök elérhetőségében. Horvátországban és Szlovéniában a válság alatt a mentális egészség jelentősége felerősödött.⁶

A közép-európai országokkal folytatott regionális munkaértekezlet során új témát hoztak elő, amelyet uniós szinten kell kommunikálni. Mindkét szociális partner a nemzeti szinten kommunikált helyreállítási és rezilienciaépítési tervekből (HR, SK) származó nagyobb beruházásokra szólít fel. A munkaértekezlet résztvevői

úgy vélték, hogy a helyreállítási terv konzultációs folyamatába nincsenek kellőképpen bevonva. Nem használták ki a méltányos részesedésről szóló tárgyalások lehetőségét a nemzeti szintű szociális párbeszédben. A szociális partnereket gyakran kizárták a folyamatból. A nemzeti szinten meghatározott beruházási százalékkal kapcsolatos elégedetlenség az uniós szintű szociális partnerek számára cselekvési teret biztosít.

A romániai szakszervezetek képviselői feltárták, hogy a jelenlegi kormány mellett minimálisra csökkentek a lehetőségek a világvjárvány idején hozott intézkedések befolyásolására és az egészségügyben uralkodó bizonytalan munkakörülmények kezelésére. A szakszervezeteket figyelmen kívül hagyták, amikor az egyéni védőfelszerelésekkel való megfelelő ellátást, az oltóanyaghoz való hozzáférést és a bérek emelését követelték. Szinte az összes kórházat Covid-kórházzá alakították át, veszélyeztetve a többi beteg egészségét²⁴.

Spanyolország is megerősítette, hogy a szociális párbeszédben való korlátozott a részvétel és alacsony szintű az egészségügybe történő beruházás, ami több hiányossághoz vezet. Másfelől Horvátország elégedett a járvány alatti szociális párbeszédrel, ami 10%-os béremeléshez vezetett. Olaszországban emellett a világvjárvány ellenére tárgyalások folynak a szociális partnerekkel. A kollektív tárgyalásokat nem érintette a Covid19. Az ARAN-nak sikerült lezárnia különböző közbeszerzési szerződéseket, például a „helyi feladatokra” és az „egészségügyi ellátásra” vonatkozó nemzeti kollektív szerződéseket, és jelenleg a „központi feladatokra” vonatkozó nemzeti kollektív szerződéseken dolgozik²⁶.

7. Következtetés

A zárójelentés bemutatta a szociális partnereknek az uniós szintű szociális párbeszédben való részvételéről és az uniós szinten kezelendő prioritásokról szóló megállapításokat Bulgária, Magyarország, Lengyelország, Románia, Ciprus, Görögország, Olaszország, Málta, Portugália, Spanyolország, Horvátország, Csehország, Szlovákia és Szlovénia esetében.

A célországok közös jellemzője, hogy egészségügyi kiadásai hosszú távon az EU-27 átlaga alatt vannak, a munkaerőhiány pedig a munkaterhelés növekedését okozza, és veszélyezteti a betegek és a személyzet biztonságát. Emellett az egészségügyi szakemberek – főként a nyugati és északi országokba történő – elvándorlása valamennyi célország számára gazdasági és társadalmi kihívást jelent. A munkaerőhiány a bizonytalan munkafeltételekhez vezet, amelyet a hosszú munkaidő, az éjszakai műszakok számának növekedése és a nyugdíjas munkaerő visszahívása jellemez. A Covid19-világvjárvány alatti munkafeltételek azt is megmutatták, hogy a kihívások hatékony kezelése érdekében fokozottan szükség van a nemzeti és európai szintű összehangolt és inkluzív intézkedésekre. Ennek eredményeképpen alapvető fontosságúvá vált a szociális partnerek képviselete az európai ágazati szociális párbeszédben és részvételük az európai szemeszterben.

A nemzeti szintű szociális partnereket arra ösztönzik, hogy kövessék az Európai Bizottság szociális Európa iránti nagyfokú elkötelezettségét, és járuljanak hozzá az egészségügyben felmerülő sürgető kihívások megoldásához. Másfelől az uniós szintű kezdeményezések információ- és inspirációs forrásként szolgálhatnak ahhoz, hogy stratégiákat dolgozzanak ki és megerősítsék a szociális párbeszédet a tagállamokban.

A szociális partnerek képviselete szétagoltnak, a foglalkozások és a magán- és közegészségügyi ágazatok szerint széttartónak bizonyul. A legtöbb célországban ezeket a közös jellemzőket kiegészíti a hivatalos képviselet hiánya. A célországok legtöbb szervezete részt vett az uniós szintű szociális párbeszéd struktúrákban, amelyeket vagy az EPSU és a HOSPEEM, vagy más ágazatközi európai szervezet képviselt. A munkaadók jelenleg korlátozottan vesznek részt az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráiban.

Bár az európai szemeszterek keretében számos uniós tagállam kap országspecifikus ajánlásokat az egészségügyi ellátással kapcsolatban, a szociális partnerek részvétele korlátozott. A szociális partnerek feltárták azokat a prioritásaikat, amelyeket az uniós szintű szociális párbeszédben szeretnének kommunikálni. A témák az átfogó, általános strukturális problémáktól kezdve, mint például az egészségügyi ellátásba való magasabb szintű beruházások általában, a munkahelyi biztonság és egészségvédelem, a munkakörülmények, a munkaerő megtartása és a munka és a család összeegyeztetése, egészen az európai minimálbérről szóló irányelvvel kapcsolatos vitáig terjednek. A legmagasabb pontszámot kapott témák a munkakörülmények, valamint a munkahelyi biztonság és egészségvédelem, amelyek az egészségügyi munkaerőhiány és a romló munkakörülmények hosszú távú kihívásaihoz kapcsolódnak.

A nemzeti szervezetek bevonását illetően van még mit javítani, és az uniós szintű nemzeti partnerek számára elkötelezettebb és részvételi környezetet kell teremteni. A felmérés alapján a szociális partnerek elvárásai egyértelműek az uniós szintű szociális párbeszédrel szemben. A nemzeti szociális partnereknek növelniük kell befolyásukat nemzeti szinten, hogy érdemibb hatást gyakorolhassanak az egészségügyi ágazat nemzeti szakpolitikáira. Az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráitól azt várják, hogy támogassák őket.

Az uniós szintű szociális partnerek következő lépései a munkaerő-felvételi és -megtartási kezdeményezésekkel kapcsolatos további munkához vezetnek, és jobban feltárják a kapacitásépítési programokat, amelyek segítenék a szociális párbeszéd politikai támogatásának növelését.

Melléklet

A. Módszertan

Kombinált módszertani megközelítést alkalmaztak:

- a) A másodelemzés a kórházi és egészségügyi ágazatban működő szociális partnerek azonosítására, jellemzőikre, valamint a nemzeti szociális párbeszédéről és az európai szemeszterről szóló tanulmányokra összpontosított.
- b) Az egészségügyi ágazatban folytatott szociális párbeszédhez készült, az adott igényekre szabott online felmérés, amely 4 területre felosztva, összesen 23 kérdést tartalmazott. A négy terület a következő:
 - (1) A szervezetek azonosítása;
 - (2) Részvétel a nemzeti és uniós szintű szociális párbeszédben és az európai szemeszterben;
 - (3) Az uniós szinten ismertető prioritások és témák;
 - (4) Elégedettség a prioritások kezelésének lehetőségeivel és az uniós szintű szociális párbeszéd struktúráival szembeni elvárások.

A felmérést lefordították a nemzeti nyelvekre, és online terjesztették a Survey Monkey rendszeren keresztül. Körülbelül különböző szervezetet, mind a szakszervezeteket, mind a munkáltatói érdekképviseleti szervezeteket ismételtelen felkérték a felmérés kitöltésére. A felmérésben részt vevő válaszadók a következőképpen strukturálódtak:

Összes minta	Százalék	Szám
A válaszadók teljes száma	100%	181
Szervezet típusa		
Munkáltatói érdekképviseleti szervezet	6,6%	12
Szakszervezet	87,9%	159
Egyéb	5,5%	10
A válaszadó pozíciója a szervezetben belül		
Elnök	20,7%	35
Alelnök	4,7%	8
Főtitkár	4,7%	8
Az Elnökség tagja	29,0%	49
Személyzet tagja	16,0%	27
Egyéb	25,0%	42
Ország		
Bulgária	1,20%	2
Horvátország	5,99%	10
Ciprus	1,80%	3
Cseh Köztársaság	2,40%	4
Görögország	5,39%	9
Magyarország	2,99%	5
Olaszország	3,59%	6
Málta	2,40%	4
Lengyelország	2,40%	4
Portugália	2,40%	4
Románia	59,88%	100 ³⁰
Szlovákia	4,19%	7
Szlovénia	2,40%	4

³⁰A romániai válaszadók magas száma annak köszönhető, hogy a felmérést regionális szintű szakszervezeteknek osztották ki.

Spanyolország	2,99%	5
---------------	-------	---

- c) A regionális munkaértekezleteken folytatott megbeszélések elemzése: A munkaértekezlet lebonyolítását egy előkészítő munka segítette; jegyzeteket készítettek, amelyeket összefoglaló megállapításokba foglaltak, kiegészítve a felmérés és a másodelemzés eredményeit.

A kutatási szakaszok egyes országcsoportokra vonatkozó időszakai

Országok	Másodelemzés	A felmérés adatainak összegyűjtése	A webinárium munkaértekezlet elemzése
BG, HU, PL, RO	2019. áprilistól júliusig	2019. áprilistól júniusig	Regionális munkaértekezlet Bukarestben 2019 júniusában
CY, EL, IT, PT, MT, ES	2019. júliustól novemberig	2019. júliustól novemberig	Regionális munkaértekezlet Rómában 2019 novemberében
HR, CZ, SK, SI	2020. februártól augusztusig	2020. februártól augusztusig	Online regionális munkaértekezlet 2021 áprilisában

B. Európai szemeszter – Országspecifikus ajánlások

Az alábbi táblázat a négy célországra vonatkozó országspecifikus ajánlásokat és az egészségügyi és szociálpolitikai területekre vonatkozó egyéb szöveges ajánlásokat tartalmazza. Fontos megjegyezni, hogy az alábbi információk az ország 2020 júliusában elfogadott ajánlásainak kivonatai.

Az ajánlásban megnevezett területek	Bulgária	Magyarország	Lengyelország	Románia
Egészségügyi politika				
Egészségügyi rendszer és infrastruktúra	<ul style="list-style-type: none"> Közkiadások jellemzik; Az egészségügyi ellátáshoz való korlátozott hozzáférés, amit a korlátozott erőforrások egyenlőtlen elosztása és az alacsony egészségbiztosítási lefedettség okoz; Jelentős az igénybe vevő általi közvetlen fizetés. 	<ul style="list-style-type: none"> Nem megfelelő szűrés és alapellátás; Az állami ráfordítások az uniós átlag alattiak; A polgárok az igénybe vevő általi közvetlen fizetésre hagyatkoznak, hogy minőségi szolgáltatásokhoz juthassanak; A rendszer erősen kórházcentrikus, az alapellátás gyenge 	<ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi szolgáltatások iránti kielégítetlen igény ugyan csökkent, de továbbra is magas az EU-ban; 2010 óta a várakozási idő lényegesen megnőtt; Kidolgozták az egészségügyi szükségletek térképét, de ezek nem váltak a döntések támogatásának eszközévé; Az egészségügyi rendszer túlságosan a kórházi ellátásra összpontosít; Az alapellátás és az ambuláns ellátás továbbra is fejletlen. 	<ul style="list-style-type: none"> Az alacsony finanszírozás, az állami források nem hatékony felhasználása és a reformok hiánya korlátozza az egészségügyi rendszer hatékonyságát; Magas a hálapénz elterjedtsége; A vidéki területeken élők és a veszélyeztetett csoportok csak korlátozottan férnek hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz;
	<p>Országspecifikus ajánlások: Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása, beleértve az igénybe vevő általi közvetlen fizetések csökkentését és az egészségügyi szakemberhiány kezelését.</p>	<p>Országspecifikus ajánlások: Az egészségügyi eredmények javítása a megelőző egészségügyi intézkedések támogatásával és az alapellátás megerősítésével.</p>		<p>Országspecifikus ajánlások: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és az egészségügyi ellátás költséghatékonyságának javítása, többek között a járóbeteg-ellátás áthelyezésével.</p>
Az egészségügyi dolgozók hiánya	<ul style="list-style-type: none"> A szakorvosok nehezen érhetők el, ami korlátozza az alapellátás nyújtását; Jelentős hiány van ápolókból, az egy főre jutó ápolók száma az egyik legalacsonyabb az EU-ban. <p>Ajánlás: A nemzeti egészségügyi stratégia gyorsabb és hatékonyabb végrehajtása segítene e hiányosságok felszámolásában.</p>	<p>Az egészségügyi személyzet, különösen a háziorvosok és ápolók jelentős hiánya akadályozza az ellátáshoz való hozzáférést a szegényebb területeken</p>	<ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférést és annak hatékonyságát az alacsony ráfordítások és a munkaerőhiány befolyásolja; A gyakorló orvosok és ápolók lakosságszámhoz viszonyított aránya az egyik legalacsonyabb az EU-ban, az egészségügyi személyzet ¼-e a nyugdíjkorhatár felett van; 	<p>Az egészségügyi munkaerőben hiány van, különösen az orvosok és ápolók elvándorlása miatt.</p>
Szociálpolitika				
Készségek	<p>Ajánlás: A foglalkoztathatóság erősítése a készségek, köztük a digitális készségek megerősítésével.</p>	<p>Ajánlás: A digitális készségek fejlesztése segíthet a foglalkoztathatóság javításában</p>	<p>Gyenge digitális készségek, hiányos írástudás és számolási készség</p> <p>Országspecifikus ajánlások: A munkaerőpiac szempontjából releváns minőségi oktatás és készségek előmozdítása, különösen a felnőttoktatás révén</p>	<p>Nem a bővülő gazdasági ágazatok igényeinek megfelelően fejlődik³¹</p>

³¹ A munkáltatók 81%-ának nehézséget okoz az üres álláshelyek betöltése

Az ajánlásban megnevezett területek	Cseh Köztársaság	Horvátország	Szlovénia	Szlovákia
Egészségügyi politika				
<p>Egészségügyi rendszer és infrastruktúra</p>	<p>A jelenlegi válság rámutatott arra, hogy az egészségügyi ágazatban szükség van válsághelyzetekre való felkészülési tervek, beleértve a jobb beszerzési stratégiákat, a diverzifikált ellátási láncokat és az alapvető ellátási cikkek stratégiai tartalmait. Ezek kulcsfontosságú elemei a válsághelyzetekre való szélesebb körű felkészülési tervek kidolgozásának.</p> <p>Ajánlás: Az egészségügyi rendszer rezilienciájának biztosítása, az egészségügyi dolgozók rendelkezésre állásának, az alapellátásnak és az ellátás integrációjának megerősítése, valamint az e-egészségügyi szolgáltatások kiépítése.</p>	<p>Az egészségügyi rendszer rezilienciájának fokozása. Az egészségügyi dolgozók és létesítmények kiegyensúlyozott földrajzi eloszlásának, a közigazgatás minden szintje közötti szorosabb együttműködésnek és az e-egészségügybe történő beruházásoknak az előmozdítása.</p>	<p>Az egészségügyi és a tartós ápolási-gondozási rendszer rezilienciájának biztosítása, beleértve a kritikus fontosságú gyógyászati termékekkel való megfelelő ellátottság biztosítását és az egészségügyi dolgozók hiányának kezelését.</p>	<p>Az egészségügyi rendszer rezilienciájának megerősítése az egészségügyi munkaerő, a kritikus orvostechnikai felszerelések és az infrastruktúra terén. Az alapellátás biztosításának és az ellátási típusok közötti koordinációnak a javítása.</p>
Szociálpolitika				
<p>Készségek</p>	<p>A készségek biztosításának támogatása, beleértve a digitális készségeket és a digitális tanuláshoz való hozzáférést.</p>	<p>A digitális infrastruktúrához és szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása. A készségek elsajátításának előmozdítása.</p>	<p>A vállalkozások digitális kapacitásának előmozdítása, valamint a digitális készségek, az e-kereskedelem és az e-egészségügy megerősítése.</p>	<p>Digitális készségek megerősítése. A minőségi oktatáshoz való egyenlő hozzáférés biztosítása.</p>
<p>Munkaerő</p>	<p>A foglalkoztatás támogatása aktív munkaerőpiaci politikákkal</p>	<p>A munkaerőpiaci intézkedések és intézmények megerősítése, valamint megfelelőbb munkanélküli ellátások és minimáljövedelem-rendszerek bevezetése.</p>	<p>Megfelelő jövedelempótlás és szociális védelem biztosítása. A válság foglalkoztatást érintő hatásainak enyhítése, beleértve a rövidített munkaidős rendszerek és a rugalmas munkarendek szélesebb körűvé válását. Biztosítani kell, hogy ezek az intézkedések megfelelő védelmet nyújtsanak az atipikus munkavállalók számára.</p>	<p>Megfelelő jövedelempótlás, valamint a szociális védelemhez való hozzáférés biztosítása. Alapvető szolgáltatások mindenki számára</p>

Az ajánlásban megnevezett területek	Ciprus	Görögország	Olaszország	Málta	Portugália	Spanyolország
<p>Egészségügyi politika</p> <p>Egészségügyi rendszer és infrastruktúra</p>	<p>Előrelépés az egészségügyi ellátás terén az új nemzeti egészségügyi rendszer létrehozásáról szóló jogszabály elfogadásával:</p> <ul style="list-style-type: none"> a hozzáférés javítását célozza; általános egészségügyi ellátást vezet be; csökkenti az igénybe vevő általi közvetlen fizetés magas fokát; növeli a közszférában nyújtott ellátás hatékonyságát; biztosítja az állami kórházak pénzügyi és működési autonómiáját. <p>Országspecifikus ajánlások: Intézkedések meghozatala annak biztosítására, hogy a nemzeti egészségügyi rendszer a terveknek megfelelően 2020-ban működőképesse váljon, ugyanakkor megőrizze hosszú távú fenntarthatóságát.</p>	<p>Az egészségügyi alapellátási rendszer 2017-ben megkezdett mélyreható reformja:</p> <ul style="list-style-type: none"> a hozzáférés biztosítása szempontjából releváns; folyamatos beruházás szükséges a helyi egészségügyi egység bevetése révén. <p>Országspecifikus ajánlások: A fenntartható egészségügyi ellátásra irányuló, beruházásokkal kapcsolatos gazdaságpolitika középpontba állítása, figyelembe véve a regionális egyenlőtlenségeket és a társadalmi befogadás biztosításának szükségességét;</p>	<p>Összességében jó eredmény, de az egészségügyi ellátásban mutatkozó regionális egyenlőtlenségek hatással vannak a következőkre:</p> <ul style="list-style-type: none"> hozzáférés; méltányosság; hatékonyság; <p>Lehetőség a javításra:</p> <ul style="list-style-type: none"> megfelelőbb adminisztrációval; a szolgáltatások színvonalának ellenőrzése által. <p>Ajánlások:</p> <ul style="list-style-type: none"> Több otthoni, közösségi alapú és tartós ellátás-gondozás a fogyatékkal élők és más hátrányos helyzetű csoportok számára; A földrajzi egyenlőtlenségek figyelembevétele az egészségügyi és a hosszú távú gondozási szolgáltatások elérhetőségében. <p>Országspecifikus ajánlások: Az egészségügyi ellátás hatékonyságának, hozzáférhetőségének és fenntarthatóságának javítása</p>	<p>Jelenlegi helyzet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Az egészségügyi ellátórendszerekben az életkorral összefüggő közkiadások növekedése; Az adósság felhalmozásának kockázata hosszú távon; Folyamatos intézkedések a szolgáltatások kórházakból az alapellátásba történő decentralizálására; A hosszú várakozási idő kezelése a közkórházi járóbeteg-ellátás kapacitásának bővítésével; Növekvő igények a tartós ápolás-gondozásra; Új típusú, közösségi alapú és otthoni szolgáltatások bevezetése; A meghozott intézkedéseknek eddig nincs hatása a költségvetési fenntarthatóságra. <p>Országspecifikus ajánlások: Az egészségügyi rendszer költségvetési fenntarthatóságának biztosítása, többek között a következők révén:</p> <ul style="list-style-type: none"> a korengedményes nyugdíjazás korlátozása; a törvényes nyugdíjkorhatár kiigazítása, tekintettel a 	<ul style="list-style-type: none"> Az államháztartásra a kedvezőtlen demográfiai tendenciák miatt folyamatosan nehezedő nyomás; A költséghatékonyság előmozdítása a központosított beszerzés növelésével és a generikus gyógyszerek használatával; Nem megfelelő költségvetési tervezés és számviteli ellenőrzés, ami magas kórházi hátralékokat eredményez; új irányítási modell bevezetése az állami kórházak számára, amellyel 2019-ben strukturáltan kezelhették a hátralékokat. <p>Országspecifikus ajánlások: Az államháztartás minőségének javítása a növekedésösztönző kiadások előtérbe helyezésével, az általános kiadásellenőrzés, a költséghatékonyság és a megfelelő költségvetés-tervezés megerősítése mellett, a kórházi hátralékok tartós csökkentésére összpontosítva.</p>	

				várható élettartam növekedésére.		
Szociálpolitika						
Készségek	<p>A minőségi oktatáshoz és képzéshez való hozzáférés a jövőbeli igényeket figyelembe vevő, egész életen át tartó perspektívákkal.</p> <p>Ajánlások:</p> <ul style="list-style-type: none"> A szakoktatás és -képzés kapacitásának növelése; A munkaadók elkötelezettségének és a tanulók részvételének növelése a szakoktatásban és -képzésben. <p>Országspecifikus ajánlások: Az oktatási és képzési rendszerek munkaerőpiaci relevanciájának javítása.</p>	<p>Növekvő készséghiány és a strukturális munkaerő hiánya, valamint a munka világának változása.</p> <p>Ajánlások:</p> <ul style="list-style-type: none"> A szakoktatás és -képzés kapacitásának növelése Az oktatási és képzési rendszerek megerősítése és korszerűsítése. 	<p>A készségek jövőorientált elsajátításának megfontolása, beleértve a felnőttkori tanulást elősegítő intézkedéseket.</p> <p>Ajánlások:</p> <ul style="list-style-type: none"> A tanári hivatás vonzerejének növelése; Különösen a digitális készségek terén van szükség továbbképzésre. <p>Országspecifikus ajánlások: Az oktatási eredmények javítása</p> <ul style="list-style-type: none"> megfelelő és célzott beruházások révén is; a továbbképzés elősegítése a digitális készségek terén. 	<p>További erőfeszítések az oktatási és képzési rendszerek minőségének és inkluzivitásának javítására, különös tekintettel a hátrányos helyzetű csoportokra.</p>	<p>A készségek szintje számos népességcsoport esetében továbbra is alacsony. A foglalkoztathatóság és a társadalmi mobilitás javítása az oktatásba, képzésbe és infrastruktúrába való beruházás által.</p> <p>Országspecifikus ajánlások: A lakosság készség szintjének, különösen a digitális jártasságuknak a javítása, többek között azáltal, hogy a felnőttkori tanulás jobban összhangban legyen a munkaerőpiac igényeivel.</p>	<p>A készséghiány és a strukturális munkaerő hiánya akadályozzák a fejlett technológiák kidolgozását és alkalmazását, különösen a kis- és középvállalkozásoknál.</p> <p>Az oktatási rendszer reformjára irányuló erőfeszítések elakadása.</p> <p>Országspecifikus ajánlások: A korai iskolaelhagyás csökkentése, valamint az oktatás és a vállalkozások közötti együttműködés fokozása a munkaerőpiac szempontjából releváns készségek és képesítések javítása érdekében, különösen az információs és kommunikációs technológiák terén.</p>
Munkabér		<p>Ajánlás: a jóléti juttatások átfogóbb reformjának kiegészítése.</p>	<p>A jövedelmi egyenlőtlenségek és a szegénység kockázata magas, nagy regionális és területi különbségekkel.</p> <p>A nemek között a foglalkoztatás tekintetében fennálló különbségek változatlanul a legnagyobbak közé tartoznak az EU-ban.</p> <p>Továbbra is hiányzik egy, a nők munkaerőpiaci részvételét elősegítő átfogó stratégia.</p>		<p>Bár csökkentek a jövedelmek közötti egyenlőtlenségek, még mindig jelentősen meghaladja az uniós átlagot. Minimumjövdelmi rendszere az egyik legkevésbé megfelelő az Unióban.</p> <p>Ajánlás: A szociális biztonsági háló lefedettségének, megfelelőségének vagy hatékonyságának javítása, beleértve a minimumjövdelmi rendszereket is</p>	<p>A regionális minimumjövdelmi rendszerekben kimutatott regionális egyenlőtlenségek; A régiók közötti korlátozott hordozhatóság csökkenti a munkaerő mobilitásának ösztönzését.</p> <p>Ajánlások:</p> <ul style="list-style-type: none"> A területfejlesztési stratégiák integrálása, beleértve a vállalkozást, a digitalizációt és a szociális gazdaságot támogató intézkedéseket. A regionális minimumjövdelmi rendszerek hiányos lefedettségének kezelése.

<p>Szociális párbeszéd</p>		<p>A hatékony szociális párbeszéd és a felelős szociális partnerség támogatja</p> <ul style="list-style-type: none"> • a végrehajtáshoz szükséges környezetet; • a fenntartható reformok iránti felelősségvállalást. 	<p>A kollektív tárgyalási keret eredetileg tervezett reformjának célja az volt, hogy a bérek és fizetések regionális és vállalati szinten jobban összhangban legyenek a gazdasági feltételekkel.</p> <p>A három legnagyobb olasz szakszervezettel aláírt keretmegállapodás célja</p> <ul style="list-style-type: none"> • a másodszintű tárgyalások kiterjesztése; • a jogbiztonság növelése a szociális partnerek tárgyalásokon való képviselőletére vonatkozó pontosabb szabályok meghatározásával; • a bérminimumok meghatározására szolgáló továbbfejlesztett algoritmus létrehozása. 		<p>Bár a háromoldalú kerekasztalok kialakítása jó lépés afelé, hogy a szociális partnerek jelentősebb mértékben vegyenek részt a szakpolitikák kialakításában, alaposabb és időszerűbb konzultációkra is szükség van.</p>
-----------------------------------	--	--	--	--	---

Forrás: Overview compiled by CELSI team based on Country-Specific Recommendations within the European Semester 2020 (A CELSI csoport által összeállított áttekintés az európai szemeszter 2020 keretében megszületett országspecifikus ajánlások alapján)

C. A terjesztéssel kapcsolatos munkaértekezlet résztvevője

Vezetéknév	Utónév	Szervezet	Társaság	Ország
Albuquerque Arenga	Margarida	Portugál állandó képviselő	Egyéb	Belgium
Avram	Adam	EPSU	EPSU	Belgium
Barecka-Bach	Anna	NSZZ „Solidarność” Fresenius Nephrocare	EPSU	Lengyelország
Bartlet	Céline	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgium
Behrens	Jan	Európai Bizottság	Egyéb	Belgium
Berislavic	Marija	Croatian Trade Union of Nurses and Medical Technicians, HSSMS-MT (Horvát ápolók és egészségügyi szakemberek szakszervezete)	EPSU	Horvátország
Bota	Ovidiu	SANITAS Cluj	EPSU	Románia
Branca	Marta	HOSPEEM	HOSPEEM	Olaszország
Břeňková	Ivana	TUHSS CR/OSZSP ČR	EPSU	Cseh Köztársaság
Cojocariu	Victoria	Eurofound	Egyéb	Írország
Das	Sarada	Standing Committee of European Doctors, CPME (Európai Orvosok Állandó Bizottsága)	Egyéb	Belgium
De Bruyn	Myriam	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgium
Dechorgnat	Elisa	FEHAP	HOSPEEM	Franciaország
Drug	Roxana	EPSU	EPSU	Belgium
Fasoli	Sara	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgium
Gae	Razvan	SANITAS Szövetség	EPSU	Románia
Gil Alonso	Yolanda	FSS-CC.OO	EPSU	Spanyolország
Goudriaan	Jan-Willem	EPSU	EPSU	Belgium
Hnykova	Jana	OSZSP ČR	EPSU	Cseh Köztársaság
Holubová	Barbora	CELSI	Egyéb	Szlovákia
Howe	Samantha	EPDU	EPSU	Belgium
Kahancova	Marta	CELSI	Egyéb	Szlovákia
Malapitan	Christopher	Grafikusművész	Egyéb	Belgium
Michelutti	Paolo	ASL Roma 3	HOSPEEM	Italia
Mohrs	Simone	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgium
Negru	Liliana	SANITAS Arad	EPSU	Románia
Oarna	Ana Maria	Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED	Egyéb	Románia
Papp	Katalin	Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Debreceni Egyetem – Egészségügyi Kar	Egyéb	Magyarország
Paun	Tanja	Croatian Health Employers' Association (Horvát Egészségügyi Munkaadók Szövetsége)	Egyéb	Horvátország
Pereira	Ana Carla	Európai Bizottság	Egyéb	Belgium
Petcu	Claudia	Sanitas	EPSU	Románia

Prasnjak	Anica	Croatian Trade Union of Nurses and Medical Technicians, HSSMS-MT (Horvát ápolók és egészségügyi szakemberek szakszervezete)	EPSU	Horvátország
Ptak-Bufkens	Katarzyna	Európai Bizottság	Egyéb	Belgium
Renouvel	Sylvain	Federation of European Social Employers (Európai Szociális Munkaadók Szövetsége)	Egyéb	Belgium
Rinversi	Silvia	ARAN	HOSPEEM	Olaszország
Robert	Alexandre	European Federation of Nurses Associations, EFN (Ápolói Egyesületek Európai Szövetsége)	Egyéb	Belgium
Rodríguez Contreras	Ricardo	Eurofound	Egyéb	Írország
Rogalewski	Adam	EPSU	EPSU	Belgium
Romeao	Sandra	Sanitas	EPSU	Románia
Scarparo	D'Emanuele	UIL FPL	EPSU	Olaszország
Schriefer	Jan	FNV Hollandia	EPSU	Hollandia
Slangen	Sylvie	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgium
Vannini	Michele	FP-CGIL	EPSU	Olaszország
Zlatanova	Slava	Federation of Trade Unions - Health Services, FTU-HS (Szakszervezetek Szövetsége – Egészségügyi szolgáltatások)	EPSU	Bulgária