

Prof. Dr. Michael Simon – Sandra Mehmecke:
Nurse to Patient Ratios. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén – egységes szerkezetben

Working Paper der Forschungsförderung
der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. (156 p.)

Kulcsszavak: ápolás, ápolószemélyzet, minimális személyzeti követelmények, nemzetközi

Forrás Internet-helye: http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf
:

Az összefoglaló a Böckler Impuls 2017. 3. számában is:

http://www.boeckler.de/107394_107417.htm ;

http://www.boeckler.de/Boeckler_Impuls_2017_03_Gesamtausgabe.pdf

Általános ismertetés

A mindennapi kórházi munka gyakran feszültségektől terhes. Ennek egyik oka az egyes osztályok gyér személyzeti lefedettsége. A megoldás az lenne, ha az ápolási szolgálatban rögzítenék a személyzettel való ellátottság kulcsát. A *Hochschule Hannover* és a *Medizinische Hochschule Hannover* kutatói annak jártak utána, hogy világviszonylatban milyen minimális személyzeti követelményeket támasztanak a kórházi ápolás területén.

A nővérek és a betegek közötti arány nemcsak a minőség és a munkakörülmények mérésének fontos eszköze, hanem az az ápolás minőségét és a betegek gyógyulását is befolyásolja. Empirikus vizsgálatok szerint a személyzet létszáma egyebek között a fertőzések, trombózisok kockázatára, valamint a túl későn felismert komplikációk miatti halálesetekre is kihat. Az egészségpolitika elsősorban kötelező minimális standardok bevezetésével korrigálhatja a helyzetet. A szerzők a szakirodalomban és Interneten fellelhető példákat kutattak fel a minimális személyzeti követelmények alkalmazására vonatkozóan.

A minimális személyzeti követelmények az Egyesült Államok és Ausztrália rendszerében vannak jelen a legpregnansabban. Kaliforniában törvény szabályozza a nővér-beteg-arányt (*Nurse-to-Patient-Ratio*) a kórházi osztályokon, a sürgősségi és a szülészeti osztályokon, Massachusetts-ben az intenzív osztályokon. Ebben a tekintetben az ellátási szint és az adott műszak szerint különböző arányokat határoznak meg. Ausztrália két szövetségi

államában jogszabály, a többi szövetségi államban a tarifaszervezők szabályozzák a személyzeti kulcsot, amelynek segítségével sikerül teljes mértékben fedezni az ápolási szolgálatok szükségleteit.

A jogszabályban rögzített személyzeti kulcsok általában minimumfeltételt jelentenek. A kórházak kötelesek felmérni minden egyes beteg szükségleteit és szükség esetén bővíteni a személyzet létszámát. Azt, hogy a szükségletfelmérés során milyen eszközök alkalmazandók, rendszerint a kórházvezetés és az ápolószemélyzet közös bizottságaiban döntenek el. Az ilyenszerű grémiumok az állami testületek mellett az előírások betartásának felügyelete tekintetében is illetékesek. Szabálysértés esetén pénzbírságtól a működési engedély visszavonásáig terjedő szankciók alkalmazhatók.

Az értékelés szerint összesen tizenkét amerikai szövetségi államban alkalmaznak a személyzeti kulcsokra vonatkozó előírásokat. A kórházak többsége kötelezettséget vállal paritásos összetételű bizottságok felállítására, amelyek kidolgozzák a kötelező személyzeti terveket. Egyébként a kutatók Japánban, Dél-Koreában, Tajvanon és Belgiumban is hasonló megoldásokon dolgoznak. Az Egyesült Államoktól eltérően Ausztráliában a kormányzati elképzelések nem nővér-beteg, hanem nővér-ágy-reláción alapulnak (*Nurse-to-Bed-Ratio*). Ez azt jelenti, hogy az álláshelyek száma az átlagosan kihasznált ágyakéhoz igazodik. Mivel azonban az átlagértékek kevés információt nyújtanak a ténylegesen rendelkezésre álló személyzetre és az ágykihasználtságra vonatkozóan, a szerzők szerint ez a megközelítés csak korlátozott mértékben alkalmazható.

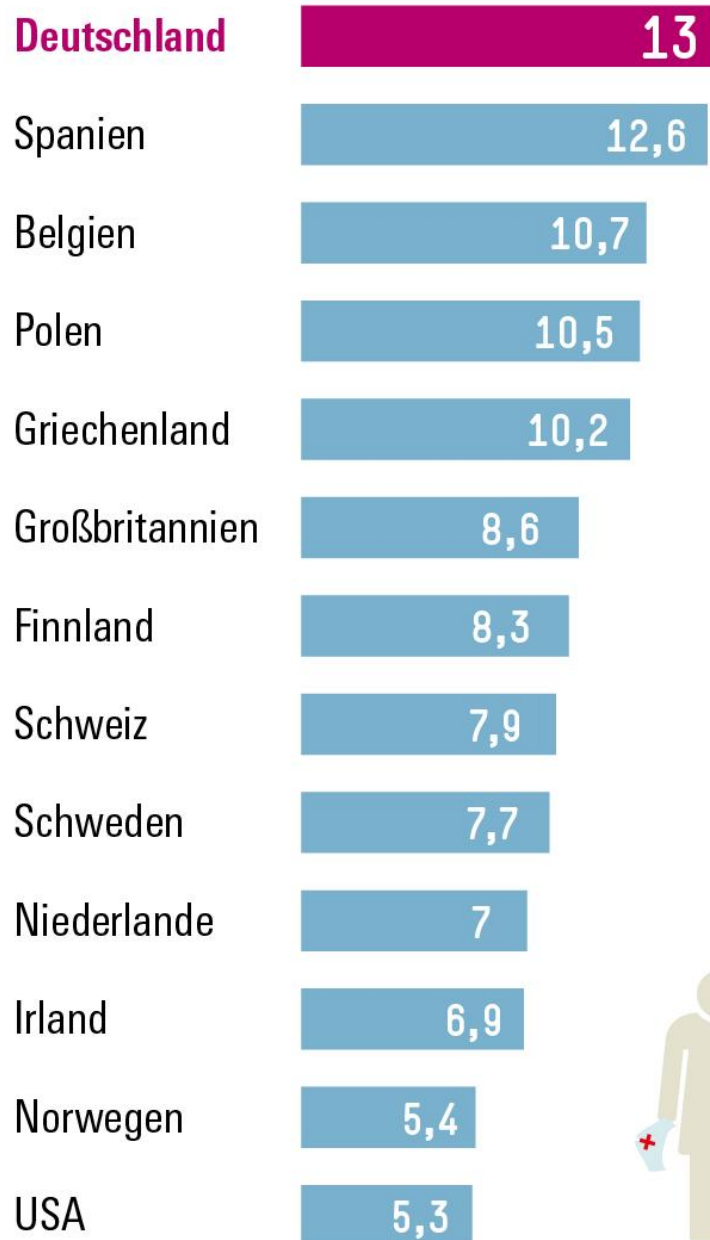
Németország ebben a tekintetben kullogónak számít. A **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss)** csak az újszülött intenzív osztályok tekintetében határozott meg minimális követelményeket a kórházfenntartók és a betegpénztárak számára, amelyek gyakorlatilag 2017 elején léptek volna hatályba. Általános kötelező jellegüket azonban az igen messzemenő végrehajtási utasítások miatt gyakorlatilag felfüggesztették.

Ebben a tekintetben tehát sürgősen kötelező irányelveket kellene bevezetni. Az RN4CAST nemzetközi összehasonlító vizsgálat szerint 2012-ben az Egyesült Államokban egy ápolóra 5,3, Hollandiában 7, Svédországban 7,7, Svájcban 7,9, Németországban 13 beteg jutott.

Ennyi beteg jut egy ápolóra:

Deutscher Pflegenotstand

So viele Patienten kommen auf
eine Pflegefachkraft in ...



Quelle: Simon, Mehmecke 2017
Grafik: bit.do/impuls0658

Hans Böckler
Stiftung 

Az Egyesült Államok szövetségi államainak szabályozási modelljei

Az ápolási szolgálat személyzeti követelményeire vonatkozóan Kaliforniában több mint egy évtizede bevezetett szabályozást nagy nemzetközi érdeklődés fogadta. A szakszervezetek és a szakmai szövetségek 1990-es években folytatott kampányának eredményeként a kaliforniai parlament 1999-ben törvényt fogadott el a kórházak ápolószemélyzettel való ellátásának minimális követelményeiről. A rendelkezések 2004-ben léptek hatályba és mind amerikai, mind szélesebb nemzetközi vonatkozásban hivatkozási ponttá váltak.

2015 végéig még 13 további amerikai államban vezettek be minimális követelményeket az ápolói állások betöltésére vonatkozóan. Az amerikai modellek három csoportra tagolhatók:

– Az első modell szerint konkrétan előírják a minimális személyzeti követelményeket az ápolók és betegek relációjában. Ezt az utat követte Kalifornia. Massachusetts államban jogszabály írja elő az intenzív osztályokon alkalmazandó minimális személyzeti feltételeket: a betegek ápolási szükségleteinek megfelelően 1:1 vagy 1:2 ápoló/beteg arány szerint.

– Nyolc szövetségi államban a kórházakat ápolói személyzeti bizottságok (*Nurse Staffing Committees*) felállítására kötelezik. A bizottságokban paritásosan vesznek részt az ápolási menedzsment és a direkt ápolótevékenységet végző személyzet képviselői, akik közösen állítják össze az osztályok személyzeti beosztását. A kórházat törvény kötelezi a státuszok tervezésére és annak betartására. Ilyen szabályozásokat alkalmaznak Connecticut, Illinois, Nevada, Ohio, Oregon, Texas és Washington államban. Maine államban ugyancsak törvény írja elő a *Core Staffing Plan* összeállítását, amely a *Joint Commission* által megszabott standardoknak megfelelően szabja meg a minimális személyzeti követelményeket.

– A harmadik modell jogszabály alapján kötelezi a kórházakat a státuszok tényleges betöltésének nyilvánosságra hozatalára vagy az illetékes hatóság felé való bejelentésre. Ilyen szabályozásokat alkalmaznak New Jersey, New York, Rhode Island és Vermont államban. Illinois személyzeti bizottság (*Nurse Staffing Committee*) felállítását és személyzeti terv (*Staffing Plan*) összeállítását is megköveteli.

Az Amerikai Ápolók Szövetsége (American Nurses Association – ANA) már hosszú ideje követeli egy megfelelő szövetségi törvény elfogadását, a képviselőház azonban 2015 áprilisában elutasította a „***Registered Nurse Safe Staffing Law***“ tervezetét.

Kalifornia

Kalifornia állam már 1975-ben 1:2 arányban szabályozta az ápoló/beteg viszonyt az intenzív osztályokon. Az 1990-es évek elején felmerült, hogy ezt az aktív kórházak többi területére is kiterjesszék, erről azonban lemondtak. Ehelyett egy beteg-klasszifikációs rendszer bevezetésére került sor, amely a

betegek individuális ápolási szükségleteinek felmérésére kötelezi a kórházakat. Az erre vonatkozó rendelet 1997. január 1-én lépett hatályba.

A kaliforniai szabályozás tartalmi elemei

Az ápolói állásokra vonatkozó minimális követelményeket az egészségügyi minisztérium rendelete szabályozza, amely a következőket tartalmazza:

- A normatíva meghatározza az állások regisztrált ápolókkal (*Registered Nurses – RNs*) és licenccel rendelkező hivatásos ápolókkal (*Licensed Vocational Nurses – LVNs*) való minimális betöltését. Amennyiben az előírt betegklasszifikációs rendszer ezt megköveteli, további személyzetet kell beállítani.
- Regisztrált ápolók nem alkalmazhatók, amennyiben nem igazolják az adott területen megkövetelt kompetenciákat és nem rendelkeznek az adott területen való avatottsággal. Ez elsősorban a határozott időre alkalmazott munkaerőre vonatkozik.
- Vidéken eltekinthetnek az előírástól, amennyiben ez nem veszélyezteti a betegek egészségét. A járási kórházak az egészségügyi minisztériummal egyetértésben egy fokozatos folyamat keretében egy évig eltérhetnek az előírástól.

Az ápoló/beteg relációra vonatkozó szabályok (*Nurse-to-Patient Ratio Regulations*) 2004-ben léptek hatályba. Ezek legfontosabb tartalmi elemei a következők:

A rendelet szabályozza a különböző osztályokon és szervezeti egységekben biztosítandó ápoló/beteg arányt. Rögzíti, hogy műszakonként maximális betegszámra hány szakképzett ápolónak kell rendelkezésre állnia. Az állásokat licenccel rendelkező ápolókkal („*Licensed Nurses*“) kell betölteni. Kaliforniában ide sorolják a regisztrált ápolókat („*Registered Nurses*“ – *RNs*) és a licenccel rendelkező hivatásos ápolókat („*Licensed Vocational Nurses*“ – *LVNs*). Az ápolói képzettséggel nem rendelkező ápolószemélyzetre vonatkozóan nincs külön kitétel, a modell felfogása szerint őket a szakképzett személyzetten kívül alkalmazzák.

Massachusetts

Massachusetts állam 2014 szeptember végén vezette be az aktív kórházak intenzív osztályain alkalmazandó minimális személyzeti követelményeket, amelyek elnevezése nem *Nurse-to-Patient Ratio*, hanem „*Patient Assignment Limits*“.

A massachusettsi szabályozás tartalmi elemei

Massachusetts lényegében a kaliforniai modellt követi. Az intenzív osztályokon műszakonként a betegek egészségi állapotának megfelelően egy ápolóra nem juthat több mint egy, vagy maximum két beteg.

A felső határ meghatározása a kórházak azon kötelezettségével függ össze, hogy vagy maguk dolgoznak ki, vagy másoktól vesznek át egy instrumentumot (*Acuity Tool*) a betegek intenzív osztályon való ápolási szükségleteinek becslésére. Ennek teljesítenie kell az állam egészségügyi minisztériumának

követelményeit, csak az egészségügyi minisztérium által tanúsított instrumentumok alkalmazhatók.

Az értékelési instrumentum kialakítása vagy kiválasztása céljából egy bizottság (*Advisory Committee*) felállítására kerül sor, amelyben az intenzív osztályon működő ápolók legalább 50%-os arányban vesznek részt. Ezeknek az ápolóknak direkt ápolótevékenységet kell végezniük, nem tartozhatnak az ápolási menedzsmenthez.

Oregon

Oregon állam 2001-ben hozott törvényt a minimális személyzeti követelmények bevezetésére és a személyzeti bizottságok („*Nurse Staffing Committees*“) felállítására vonatkozóan. A törvény módosítására 2016-ban került sor, amit az ápolók ernyőszervezete pozitívan értékelt.

Az oregoni szabályozás tartalmi elemei

A 2016. január 1. óta hatályos törvény szerint a kórházaknak Oregonban a következő előírásokat kell betartaniuk:

- Minden kórház köteles „*Nurse Staffing Committee*“ felállítására.
- A bizottságban paritáson vesznek részt az ápolási menedzsment és a direkt ápolótevékenységet végző ápolószemélyzet képviselői. Irányításban egyenlő jogokkal vesz részt az ápolási menedzsment és a direkt ápolótevékenységet végző ápolószemélyzet egy-egy képviselője.
- A bizottságnak („*Nurse Staffing Committee*“) írásos személyzeti tervet („*Nurse Staffing Plan*“) kell készítenie minden olyan osztály részére, ahol ápolószemélyzet működik.
- A bizottság legalább háromhavonta ülésezik, szükség esetén gyakrabban is.
- A bizottság megbeszélései az ápolószemélyzet számára nyilvánosak. Minden ülésről jegyzőkönyv készül, amelyet méltányos határidőn belül az ápolószemélyzet rendelkezésére bocsátanak.

New Jersey

A New Jersey-ben érvényes szabályozás tartalmi elemei

New Jersey állam 2005-ben kötelezte a kórházakat, hogy hozzanak nyilvánosságra részletes információkat az ápolói állások tényleges betöltésére vonatkozóan. Az általános kórházaknak minden egyes műszak végén rögzíteniük kell, hogy a direkt ápolásban hány *Registered Nurse*, *Licensed Practical Nurse*, *Certified Nurse Aids* és más regisztrált vagy licenccel rendelkező egészségügyi dolgozó működött közre és érdeklődés esetén erről tájékoztatást kell adniuk. A kórházaknak havonta tájékoztatniuk kell az egészségügyi minisztériumot a státuszok betöltéséről, amit a minisztérium megfelelő formában (Interneten) nyilvánosságra hoz. Amennyiben egy kórház nem teljesíti tájékoztatási kötelezettségét, a minisztérium bírságot róhat ki.

New Jersey állam egészségügyi minisztériumának honlapján külön jelentés formájában rendelkezésre állnak minden egyes kórház személyzeti adatai. Az ott

megtekinthető jelentések részletes adatokat tartalmaznak minden egyes egység státuszainak átlagos betöltéséről az utolsó negyedév vége vonatkozásában.

A honlap azonban nyomatékosan utal arra, hogy az adatok óvatossággal interpretálандók, a betegek ápolási és kezelési szükségletei tekintetében pedig jelentős különbségek vannak, amelyek azonban nem kerülnek rögzítésre. Ilyen értelemben különbségek lehetnek a *Nurse-to-Patient Ratio* tekintetében, ami a kórház által nyújtott ellátás jellegéből (alapellátás vagy maximális ellátás), valamint a betegek különböző mértékű ellátási szükségleteiből adódik.

Ausztrália

Az ausztrál szövetségi államok szabályozási modelljei

Az ápolók és betegek közötti arányt Ausztrália két szövetségi államában, Victoria és Queensland államban szabályozza törvény vagy egyéb jogszabály. Több további szövetségi államban az állami egészségügyi intézmények ápolószemélyzetre vonatkozó követelményei a bérszerződések részét képezik. A legelterjedtebb módszer az ún. *Nursing Hours Per Patient Day (NHPPD)*, ami az ápolószemélyzet által naponta egy betegre fordítandó, percekben kifejezett nettó munkaidőt fejezi ki.

Victoria állam

Victoria államban 2000-ben vezették be az állami kórházakban kötelező módon betartandó ápoló/beteg arányokat, amelyek a bérszerződések részét képezik. A törvény minden államilag finanszírozott és állami forrásokból is részesülő privát kórházra kiterjed.

A szabályozás tartalmi elemei

A törvény legfontosabb eleme az ápolók és betegek száma közötti arány (*Nurse-to-Patient Ratio*) meghatározása. Az arányszámok az adott kórház által nyújtott ellátás szintjéhez, az osztály jellegéhez és a műszakokhoz igazodnak. A kórházak által nyújtott ellátás szintjét a törvény minden egyes kórházra vonatkozóan tételesen felsorolja (1-es szint a legmagasabb, a 4-es a legalacsonyabb). Az arányszámok csak minimális követelményt jelentenek. A törvény fogalommeghatározásai az ápolók két kategóriáját tartalmazzák: *Registered Nurses (RNs)* és *Enrolled Nurses (ENs)*. Az ENs-ek aránya nem haladhatja meg a 20%-ot.

Victoria állam Kaliforniához hasonlóan ebbe az arányba nem számítja bele a vezető ápolókat, de explicit előírja az egyes osztályokon működő vezető ápolók számát. A törvény előírja, hogy az ágyakkal rendelkező osztályokon a közvetlen ápolószemélyzet mellett minden műszakban egy vezető ápoló (*Nurse in Charge*), a sürgősségi betegfelvételnél pedig egy speciálisan képzett *‘Triage Nurse’* is álljon rendelkezésre.

Az előírás nemcsak a jelenlevő, hanem a várható betegek számára is kiterjed. Alapelv, hogy újabb ágyak csak akkor tölthetők be, ha az arány betartása érdekében megfelelő létszámú ápolószemélyzet áll rendelkezésre. A törvény a felfelé vagy lefelé való kerekítés elveit is tartalmazza azokra az esetekre, ha a betegek számának az arányszámmal való elosztása nem eredményez kerek számot:

– Ha a betegek tényleges vagy várható száma 50%-os vagy annál alacsonyabb mértékben követeli meg egy további ápoló beállítását, nem szükséges további ápolót beállítani, hacsak ez nem veszélyezteti a betegellátás biztonságát.

– Ha a betegek tényleges vagy várható száma 50%-os vagy annál magasabb mértékben követeli meg egy további ápoló beállítását, be kell állítani még egy ápolót.

2. táblázat: *Ápoló/beteg arányok (Nurse-to-Patient Ratios) Victoria államban*

	Korai műszak	Második műszak	Éjszakai műszak
Általános osztály (ápoló:beteg)			
1-es szintű kórházak	1:4 + 1 vezető ápoló	1:4 + 1 vezető ápoló	1:8
2-es szintű kórházak	1:4 + 1 vezető ápoló	1:5 + 1 vezető ápoló	1:8
3-as szintű kórházak	1:5 + 1 vezető ápoló	1:6 + 1 vezető ápoló	1:10
4-es szintű kórházak	1:6 + 1 vezető ápoló	1:7 + 1 vezető ápoló	1:10
Sürgősségi felvétel (ápoló:ágy)			
Sürgősségi felvétel 1. csoport	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse
Sürgősségi felvétel 2. csoport	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse
Sürgősségi felvétel 3. csoport	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló	1:3 + 1 vezető ápoló
Műtő és ébresztő szoba			
Műtő	1 műtős szakasszisztens + 1 műtős asszisztens (legalább Enrolled Nurse) + 1 aneszteziológiai szakápoló minden műtőben		
Ébresztő szoba	1:1 minden még fel nem ébredt betegre minden műszakban		
Speciális osztályok (ápoló:beteg)			
Kardiológiai megfigyelő egység	1:2 + 1 vezető ápoló	1:2 + 1 vezető ápoló	1:3
Intermediate	1:2	1:2	1:2

Care Station (IMC)	+ 1 vezető ápoló	+ 1 vezető ápoló	
Palliatív osztály	1:4 + 1 vezető ápoló	1:5 + 1 vezető ápoló	1:8
Rehabilitációs osztály	1:5 + 1 vezető ápoló	1:5 + 1 vezető ápoló	1:10
Geriátriai rehabilitáció	1:5 + 1 vezető ápoló	1:6 + 1 vezető ápoló	1:10

Queensland

Queensland-ben az ápolói állások betöltésének szabályait nemcsak törvény és rendelet szabályozza, hanem ezekre az egészségügyi minisztérium és a szakszervezetek közötti bértmegállapodások is kiterjednek. Az állami egészségügyi szolgálatról szóló törvény (*Hospital and Health Board Act 2011*) 2016-ban egy új fejezettel bővült: „*Minimum nurse-to-patient ratios, midwife-to-patient ratios and workload standard*“, amely általános előírásokat tartalmaz az ápolószeméllyel való ellátottságra vonatkozóan, továbbá rendelkezés kibocsátására hatalmazza meg az állami egészségügyi intézményeket a minimális személyzeti követelmények meghatározására vonatkozóan. A törvény meghatalmazást ad a kormánynak egy kötelező *Workload Standard* kidolgozására, amely tartalmazza a személyzet tervezésének és az ápolószemélyzet biztosításának feltételeit.

A szabályozás tartalmi elemei

A törvény fogalom meghatározásai az ápolók két kategóriáját ismerik el: *Registered Nurses* és *Enrolled Nurses*.

A törvény alapján kibocsátott rendelet (*Hospital and Health Board Regulation 2012*) előírásokat tartalmaz az ápolók és betegek közötti arányra vonatkozóan az állami kórházakban. A minimális személyzeti követelmények 2016. július 1-től alkalmazandók az állami aktív kórházak felnőtteket kezelő általános osztályain, függetlenül az osztály specialitásától. Az arányokat csak műszakok szerint differenciálják. A feltételek:

- korai műszakban 1:4 arány
- második műszakban 1:4 arány
- éjszakai műszakban 1:7 arány.

Bizonyos modulok konkrét feltételeket tartalmaznak az ápolószemélyzet létszámára vonatkozóan, ami rendszerint minimális követelményt jelent (pl. általános osztályok, neonatológia, sürgősségi felvétel). Intenzív osztályokon (felnőtt és gyermek) viszont konkrétan megszabják az ápolók és betegek közötti arány feltételeit:

- A direkt betegápolásban résztvevő összes ápolónak *Registered Nurse*-nek kell lennie.
- A lélegeztetett és hasonlóan súlyos eseteknél betartandó az 1:1 ápoló/beteg arány.

- Minden négy betegnél, akiknél követelmény az 1:1 személyzeti arány, a direkt ápolásban közreműködő RN-ek mellett, még egy RN-t kell biztosítani.
- Ha az intenzív osztályra új beteget vesznek fel, legalább két RN-nek kell rendelkezésre állnia.

Business planning framework

A személyzeti szükséglet tervezése és számítása tekintetében kötelező keretrendszert az Egészségügyi Minisztérium és a *Queensland Nurses' Union* közösen dolgozta ki, közzétételére 2001-ben került sor.

Nursing and Midwifery Workload Management Standard

A *Hospital and Health Boards Act 2011* kötelezte a kórházakat és más egészségügyi intézményeket az Egészségügyi Minisztérium által kidolgozandó *Workload Management Standard* betartására. A standard kibocsátására 2016-ban került sor. Ez explicit módon a *Business Planning Framework*-on alapul és nagy vonalakban annak elveit követi.

Új-Dél-Wales

Négy ausztrál szövetségi államban, ahol még nem léteznek az ápolók és betegek közötti arányra vonatkozó jogszabályok, már régóta alkalmaznak bérmegállapodásokat, amelyek a bérek és a munkaidő mellett a státuszok betöltésére vonatkozó előírásokat is tartalmazzák. Ezek az államok: Új-Dél-Wales, Dél-Ausztrália, Tasmánia és Nyugat-Ausztrália.

A bérmegállapodások tartalmi elemei

Új-Dél-Wales-ben az ápolók szükséglettervezése az egy betegre és egy napra lebontott ún. „*Nursing Hours Per Patient Day*“ (**NHPPD**) alapján történik. Az NHPPD átlagértékeket jelent és a kórházak és osztályok ellátási szintje szerint differenciált. Ezt a személyzet tervezése tekintetében egy hétre dolgozzák ki. Mivel ezek nem minden napra és nem minden műszakra vonatkoznak, a személyzet beosztása a műszakokban és a hét egyes napjain a munkaintenzitás változásának megfelelően változhat. Ez rugalmasabbá teszi a személyzet beosztását. A hatályos szabályozás azt is lehetővé teszi, hogy NHPPD helyett ápoló/beteg arányok alkalmazására kerüljön sor.

A legfontosabb szabályok:

- *Az NHPPD tárgyi hatálya:* Az NHPPD alkalmazása csak az osztályok és egységek egy részére terjed ki. Nem érinti például az intenzív osztályok minden típusát, az egynapos kórházi ellátást, a gyermekgyógyászatot, a szülészeti osztályokat és szülőszobákat, a sürgősségi felvételi egységeket.
- *A személyzet beszámítása:* A követelmények teljesítéséhez csak a közvetlen betegellátásban közreműködő ápolószemélyzet számítható be. A vezető ápolók ebből nyomtatékosan kimaradnak.
- *A betegek száma:* A személyzeti szükséglet kiszámításához alkalmazandó betegszám az ágykihasználtsági statisztika éves átlagértékéből vezetendő le, de figyelembe veendő a releváns időszakos ingadozások.

- *Reasonable Workload Committee (RWC)*: Minden egyes kórházban fel kell állítani egy bizottságot, amelyben azonos arányban vesznek részt a munkaadó és a szakszervezetek képviselői. Ez a munkával való megterheltségre vonatkozó konzultáció és konfliktuskezelés fóruma, továbbá ennek kell javaslatokat tennie az ágyak működésből kivonására vagy ismét működésbe helyezésére vonatkozóan.
- *Problémamegoldás a személyzet alulfedezettsége esetén*: További részmunkaidős ápolók beállítása, túlóra, az ápolási eljárások prioritizálása, vagy a betegek más osztályra való áthelyezése, ahol elégséges személyzet áll rendelkezésre. Szükség esetén a kórházvezetés elrendelheti a betegfelvétel felfüggesztését az adott osztályon.
- *A feltételek betartásának ellenőrzése*: Az RWC a szűrőpróbaszerű ellenőrzések keretében bármikor tájékoztatást kérhet a feltételek betartásáról az osztályok vezetőitől. Ha felmerül az alulfedezettség ténye, a kórházvezetésnek haladéktalanul intézkednie kell a hiányosság megszüntetése érdekében.
- *Panaszkezelés*: Túl nagy munkamegterheltségre vonatkozó panasszal elsősorban az adott osztály vezetőjéhez kell fordulni. Ha nincs megoldás, a problémát az ápolási igazgató elé kell tární. Ha itt sincs, akkor azt az RWC elé kell terjeszteni. Ha ez sem vezet eredményre, a szakszervezet és a minisztérium közötti konzultáció keretében kell megoldást keresni. Ha pedig ez is kudarcot vallana, a problémát döntés céljából az *Industrial Relations Commission* elé kell bocsátani.

Ázsiai országok: Japán, Dél-Korea, Tajvan

Japán

Japánban a minimális személyzeti követelmények betartása a működési engedély és a társadalombiztosítás általi térítés előfeltétele. Az ezekkel kapcsolatban 2006-ban bevezetett szigorítások oka, hogy a megemelt személyzeti kulcs csökkentheti a többi OECD-országhoz viszonyítva átlagosan magas ápolási időt. Az OECD adatai szerint az ápolási idő 2000-ben Japánban átlagosan 24,8 nap, az OECD országaiban átlagosan 8,3 nap volt.

Az állami szabályozás tartalmi elemei

A Japánban alkalmazott szabályozás összefügg a kórházi szolgáltatások finanszírozásával. Az állami egészségbiztosítás bizonyos előfeltételeket támaszt, amelyek betartása a szolgáltatások térítésének feltételét képezi. Ezek közé tartoznak: az alkalmazott személyzet képzettsége, az egyes kórházi osztályokon az ápolók és betegek közötti arány tekintetében betartandó minimális követelmények betartása, valamint a ténylegesen alkalmazott orvosi és ápolószemélyzet létszámának nyilvánossága. Az ápolók és betegek közötti arány 2006. óta 1:7. A Japán Ápolószövetség már az 1990-es években ezt az arányt támogatta, amikor az még 1:10 volt.

Az ápolók és betegek közötti arány betartását helyszíni szemléken ellenőrzik, az eredményeket Egészségügyi, Munkaügyi és Népjóléti Minisztérium évente közzéteszi. A minisztérium adatai szerint a kórházak csaknem kivétel nélkül eleget tesznek a követelményeknek.

Dél-Korea

Az állami szabályozás tartalmi elmei

A dél-koreai kormány 1999-ben vezette be az állami egészségbiztosítás általi kórházfinanszírozás reformját. Azóta a térítés feltétele, hogy a kórház elégséges ápolószemélyzettel rendelkezzen. Az állami biztosítással rendelkező betegek kórházi ellátásának kifizetéseit az ápolók és kórházi ágyak közötti arányszámok (*Nurse-to-Bed Ratios*) – az ún. „*nursing fee differentiation policy*“ (NFDP) – alapján differenciálják. Ennek értelmében az individuális kórházi költségvetés 25%-a az ápolószemélyzettel való ellátottságtól függ. Az arányok kiszámítása során figyelembe vett ápolók képzettségi szintje alapvetően egy *Registered Nurse*-nek felel meg. Az állami betegbiztosítás finanszírozási rendszere kezdetben az aktív kórházi ellátás szintjeinek megfelelően a személyzettel való ellátottság hat fokozatát határozta meg az ápolók és ágyak száma közötti arány alapján. Az arányszámok kizárólagosan az általános osztályokra vonatkoztak.

A minimális követelmények szabályozását 2007-ben módosították. Az arányszámok betartását „jutalmazó” magasabb térítések rendszerét „jutalmak” és „büntetések” váltották fel. 2007. óta az ápolók és ágyak közötti arány be nem tartása esetén csökkentették az alapforrásokat, a személyzeti követelmények betartása esetén emelték a többlet térítéseket. Ebben az évben a kormány kiterjesztette a finanszírozás rendszerét, hétfokozatú rendszert vezetett be, a tercier kórházaknál (maximális ellátást nyújtó kórházak) és az általános kórházaknál differenciálta az egyes fokozatokba történő besorolást. 2008-ban hasonló szabályozás bevezetésére került sor az intenzív osztályok tekintetében. A *Nurse-to-Bed Ratio* a hatodik fokozatban maximális ellátást nyújtó kórházaknál 1:4, általános kórházaknál 1:6. Az első fokozatban (legmagasabb Casemix-Index) 1:2, ill. 1:2,5.

Az arányszámok kiszámítása során a direkt ápolótevékenységet nem végzők, mint a vezető ápolók nem vehetők figyelembe. A kórházak azonban tartós ápolási osztályoknál az ágykihasználtságtól függően teljesíthetik az arányokat, amennyiben a szakképzett ápolókat (*Registered Nurses*) 50%-ig, sőt akár 100%-ig segédápolókkal helyettesítik.

Az ápolók és betegek közötti arányok alapján jelenleg a maximális ellátást nyújtó kórházaknál hat, az általános kórházaknál hét, az intenzív osztályoknál kilenc fokozatot alkalmaznak.

Az arányszámok betartásának ellenőrzésére monitoring rendszer keretében kerül sor. Az állások betöltését minden egyes kórháznál negyedévente elemzik. Az állami biztosítás keretében nyújtott kórházi szolgáltatások térítésére csak az

adatok értékelését követően kerülhet sor. A személyzeti követelmények be nem tartása esetén jóval kevesebbet fizetnek. Az ápolási szolgáltatások térítése *Nurse-to-Bed Ratio*-k alapján történik, amelynek során az egyes betegek ápolási szükségleteit nem veszik figyelembe. A térítés ellátási fokozatok szerint differenciáltan történik. A minimális személyzeti követelményeket betartó maximális ellátást nyújtó kórházak minden kihasznált ágyra naponta egy bázisforrásban, az ellátási fokozatnak megfelelően pedig további kiegészítő térítésekben – az 1-es ellátási fokozatban a bázisforrás még 50%-ában részesülnek. Az ápolási szolgáltatások térítésének mértékét – a bázisforrások és a kiegészítő térítések vonatkozásában – évente a „*National Health Insurance Policy Review Committee*“ határozza meg.

2013-ban a kisebb kórházak háromnegyede csak alacsony képzettségű személyzettel rendelkezett, mivel ezeknél nem alkalmaztak RN-eket. A kisebb és vidéki kórházak ugyanis nehézségekkel küszködnek a szakképzett személyzet megnyerése és megtartása tekintetében. Az ápolószemélyzet munkakörülményeinek és javadalmazásának helyzete a maximális ellátást nyújtó városi kórházaknál sokkal kedvezőbb.

Tajvan

Tajvanban az állam 2009. óta támaszt követelményeket az ápolószemélyzet vonatkozásában. Ennek megértéséhez azonban vegyük figyelembe, hogy Tajvanon a kórházi betegek tradicionálisan hozzátartozóik gondoskodásában is részesülnek.

Az állami szabályozás tartalmi elemei

A Tajvanon 2009-ben bevezetett jogszabály minimális követelményként előírja, hogy egy ápolóra nyolc beteg juthat. A *Nurse-to-Patient Ratio* azonban kizárólagosan a korai műszakra vonatkozik. Délutáni és éjszakai műszakban egy ápolóra 16-22 beteg jut.

A nappali műszakban kötelező 1:8 *Nurse-to-Patient Ratio* finanszírozása érdekében a tajvani elnök rendeletet bocsátott ki az állami egészségbiztosítási járulékok emeléséről. A nemzeti egészségbiztosítási igazgatóság (*National Health Insurance Administration, NHIA*) 2016-ban a biztosítási járulékok emelésének legitimációja érdekében első alkalommal tett közzé adatokat a tajvani kórházakban alkalmazott ápoló-beteg arányokra vonatkozóan. A követelmények betartásának ösztönzése érdekében a személyzetet biztosító kórházak magasabb költségvetésben részesülnek. A tajvani kórházak kötelesek megfelelő időben dokumentálni a státuszok betöltésére vonatkozó adatokat és azokat közölni a nemzeti egészségbiztosítási igazgatósággal.

Európai országok

Belgium

Belgiumban már 1988. óta alkalmaznak minimális személyzeti követelményeket az orvosi és ápolószemélyzet vonatkozásában. Különböző publikációk szerint a feltétel, hogy 12 ápolóra 30 ágy jutna. Ezek azonban részben tévesen azt feltételezik, hogy a 12 ápoló/30 ágy reláció 24 órás időtartamra vonatkozna, ami azt jelentené, hogy a szabályozás szerint 7,5 betegre műszakonként egy ápolót kellene biztosítani. A belga minimális személyzeti követelmények azonban nem jelentenek kötelezően betartandó arányszámokat, csupán annyit rögzítenek, hogy egy-egy osztályon vagy területen hány teljes munkaidős státuszt kell biztosítani. A pszichiátriai osztályokon konkrétan szabályozzák az éjszakai és nappali minimális létszámokat – más szakterületeken azonban az előírások kizárólagosan egy adott kihasználtság (rendszerint 80%) melletti átlagosan kihasznált ágyakra kivetített teljes munkaidős státuszokra vonatkoznak. Így megállapítható, hogy a belgiumi szabályozás nem ápolók/betegek közötti (*Nurse-to-Patient Ratios*), hanem ápolók/ágyak közötti arányok (*Nurse-to-Bed Ratios*) egy bizonyos változatára vonatkozik.

Az állami szabályozás tartalmi elemei

A kórházak működési engedélyének kibocsátásával összefüggő feltételeket az 1964-ben elfogadott és 1987-ben módosított kórházügyi törvény tartalmazza. Az engedélyezés során támasztott elvárások kiterjednek a minimális személyzeti követelményekre, a személyzet (orvosok, ápolók, terápiás személyzet, fizio- és ergoterapeuták) képzettségére és teendőire, az építési szabályokra és az üzemeltetésre.

A minimális személyzeti követelmények a kórházfinanszírozás rendszerével függnek össze. A kórházi ellátás finanszírozása összességében öt részre tagolódik:

- 1) Az APR-DRG-rendszeren alapuló prospektív finanszírozási rendszer System („*All Patient Refined Diagnosis Related Group*”)
- 2) Kezelésként fizetendő összeg (nomenklatúra), az ún. „pénzügyi költségvetés”
- 3) Gyógyszerbűdzsé
- 4) A kórházak és a Nemzeti Egészségügyi és Balesetbiztosítási Intézet közötti individuális költségvetési megállapodások
- 5) A betegek direkt befizetései.

A pénzügyi költségvetés a kórház tulajdonképpeni költségvetésének felel meg és három részre tagolódik: A (beruházási költségek), B (üzemeltetési költségek), C (korrekciós intézkedések). A B rész B1-B9 alfejezetekre tagolódik: általános üzemeltetési költségek (igazgatás, karbantartás, mosoda stb.), valamint orvostechnikai osztályok költségei.

A kórház költségvetése egy fix és egy változó bűdzséből tevődik össze. A fix bűdzsé direkt módon a kihasznált ágyak számára (az ágykihasználtságra)

vonatkozik. Ennek kiindulópontját a különböző osztályok és területek számára 1988-ban meghatározott minimális személyzeti követelmények képezik. Az ápolószemélyzetre fordított költségek kiszámítására a kormány által szakterületek szerint meghatározott személyzeti standardok (nomenklátúra) alapján kerül sor. Az alapfinanszírozást a kórház strukturális jellemzői határozzák meg, azt a költség „funkcionális” részeként kezelik. A költség bázisegységének kiszámítása érdekében a minimális személyzeti standardokat egy pontrendszerbe konvertálják. Pl. szakmailag kimutatott ágyanként minden műtőre, baleseti és sürgősségi egységre egy bizonyos pontszámot állapítanak meg.

A változó költség kiszámítása az ápolói munkavolumen alapján történik. Belgium 1988. óta egy „*Nursing Minimum Data Set*“-et (B-NMDS) alkalmaz, amely a belgyógyászati, sebészeti, gyermekgyógyászati és intenzív osztályokra érvényes. Ezt első alkalommal 2007-ben dolgozták át. A kórházfinanszírozás 2014-ben bevezetett reformja előírta, hogy az ápolói munkavolumen B-NMDS alapján történő kiszámítása helyett azt fokozatosan ápolói esetátalányokkal („*Nursing Related Groups*” – *NRGs*) helyettesítsék. Az *NRG*-k az átdolgozott B-NMDS 78 ápolói műveletén, ill. ápolói diagnózisán alapulnak. A 24 óras alapon vett ápolói munkavolumenben a szakterület és a beteg életkora mellett 21 *NRG* szerepel.

Németország

Németországban a kórházi ápolás területén eddig nem került sor szövetségi szintű szabályozások bevezetésére a kórházi ápolás minimális személyzeti követelményeire vonatkozóan. Az egyetlen ilyen norma a ***Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschusses – G-BA)*** neonatológiai irányelve, amely szövetségi szinten meghatározza a kötelező betegbiztosítás keretében engedélyezett kórházak minimális személyzeti standardjait (G-BA 2015). Másrészt egyes tartományok, mint Észak-Rajna-Vesztfália és Berlin, a tartományi kórházügyi tervekben egyes kórházi területek vonatkozásában minimális személyzeti követelményeket fogalmaztak meg.

A Közös Szövetségi Bizottság neonatológiai irányelve

A neonatológiai irányelv tartalmi elemei:

- A szülőszoba vezetője főállású bábaasszony, vagy vezetői tanfolyamot végzett szülészeti segédápoló.
- A szülőszobában 24 órán keresztül biztosítani kell egy bábaasszony vagy szülészeti segédápoló jelenlétét.
- Mindig készenlétben kell tartani egy második bábaasszonyt/szülészeti segédápolót is.
- A vajúdszobában biztosítani kell egy bábaasszony/szülészeti segédápoló állandó elérhetőségét.
- A neonatológiai intenzív osztály vezetőjének vezetői tanfolyami végzettséggel kell rendelkeznie.

- A neonatológiai intenzív osztály személyzete egy betegápolóból és gyermekápolóból áll.
 - Az I-es ellátási fokozatban a teljes munkaidős ápolók 40%-ának, a II-es ellátási fokozatban 30%-ának „pediátriai intenzív ápolói” szakképzettséggel kell rendelkeznie.
 - Műszakonként legalább egy betegápolói és gyermekápolói szakmai továbbképzéssel rendelkező ápolót kell biztosítani.
 - 2017. január 1-től az 1-es és 2-es szintű perinatális centrumokban intenzív terápiát igénylő koraszülöttek számára legalább 1:1, intenzív felügyeletet igénylő koraszülöttek (születési súly < 1500g) számára legalább 1:2 *Nurse-to-Patient Ratio* érvényes.
- A Közös Szövetségi Bizottság 2016 decemberében ténylegesen visszavonta az irányelvet. A követelményeket nem teljesítő perinatális centrumok 2019. december 31-ig eltérhetnek az előírásoktól.

Wales

Wales-ben 2014 végén törvénytervezetet nyújtottak be a *Nurse-to-Patient Ratio*-k bevezetésével kapcsolatban, ám azt a törvényhozási folyamat során módosították, a 2016 elején elfogadott törvény már csupán nem kötelező felszólításokat tartalmazott.

Az állami szabályozás tervezett és ténylegesen bevezetett elemei

A „*Safe Nurse Staffing Levels (Wales) Bill*“ célja az lett volna, hogy Wales-ben a *National Health Service (NHS)* összes intézményét kötelezze a hatékony és minőségi ápolás biztosítására. A törvény kötelezte volna a walesi kormányt, hogy az NHS aktív kórházainak összes felnőtt osztályára vonatkozóan dolgozza ki a részleteket tartalmazó irányelvet, amely az alábbiakat tartalmazná:

- A szükségleteknek megfelelő létszám biztosításának teljesítéséhez kapcsolódó feltételek és eljárások – ajánlott „*Minimum Registered Nurse-to-Patient Ratios*“, amelyeket a kórházak sajátos feltételeikhez igazíthatnak, de csakis felfelé. Nyomatékosan tisztázandó, hogy a minimális ápoló/beteg arányok (*Minimum Nurse-to-Patient Ratios*) nem felső határértékként alkalmazandók – ezek ajánlott minimális arányok („*Minimum Registered Nurse-to-Healthcare Worker Ratios*”)
- az egyik rendelkezés az egyes műszakokban biztosítandó minimális létszámról,
- a másik pedig a kórház azon kötelezettségére vonatkozik, miszerint tájékoztatnia kell a betegeket a szolgáltatást teljesítő ápolószemélyzet létszámáról, feladatairól és felelősségeiről.

A tervezetet a parlamenti viták során gyökeresen átalakították, egyebek között törölték a szövegből az ápoló/beteg arányok betartására vonatkozó kötelezettséget. A walesi parlament végül elfogadta a módosított „*Nurse Staffing Levels (Wales) Bill*“-t, amely 2016. március 21-én lépett hatályba.

A hatályba léptetett törvény már csak az NHS-kórházak általános kötelezettségét írta elő arra vonatkozóan, hogy legyenek tekintettel a betegekről való „beleérző gondoskodást” biztosító létszám jelentőségére. A kórházaknak ki kell jelölniük

egy illetékes személyt a személyzeti szükséglettervezés vezetésére és gondoskodniuk kell a személyzet megnyeréséről, megtartásáról, képzéséről és továbbképzéséről.

Összefoglalás és diszkusszió

Nurse-to-Patient Ratios és Nurse-to-Bed Ratios

A tanulmány elsődleges érdeklődése az ápoló/beteg arányok (*Nurse-to-Patient Ratios*) formájában történő minimális létszámok szabályozására irányult. Ennek nemzetközi előképe a kaliforniai modell, amelynek lényege, hogy a kórházak a kormány által kijelölt műszakokban vagy minden műszakban kötelesek biztosítani a megszabott arányszámokat. A minimális követelményeknek ez a típusa különbözik az ápolók/ágyak arányszámoktól (*Nurse-to-Bed Ratios*), amelyekkel azt gyakran tévesen azonosítják.

A *Nurse-to-Bed Ratios* szabályozások keretében a biztosítandó teljes munkaidős állások számát a fenntartott vagy kihasznált ágyak számához viszonyítják. Ezek tehát egy döntő vonatkozásban különböznek a *Nurse-to-Patient Ratios* szabályozási típustól. A létszámtervben előírt teljes munkaidős státuszok száma nem azonos az egyes műszakokban ténylegesen betöltött létszámmal, ebből tehát nem vezethető le indirekt módon az egyes műszakokban biztosított tényleges létszám. A létszámterv az egyes osztályokon tervezett létszámokat rögzíti, rendszerint kifejezetten teljes munkaidős státuszokban kifejezve. Ezek összessége fejezi ki az adott osztályon évente rendelkezésre álló bruttó munkaidő volumenét. A létszámterv szerinti bruttó munkaidő azonban az alábbi okoknál fogva nem azonosítható a korai, a délutáni és az éjszakai műszakban ténylegesen rendelkezésre álló létszámmal:

– Bruttó és nem nettó munkaidőről van szó. A munkavégzésből kieső idők, mint a szabadság, betegség stb. nem veendőek figyelembe bruttó munkaidőként. Az adott osztályon ténylegesen a betegek rendelkezésére álló nettó munkaidő csak a munkavégzésből kieső idők levonása után határozható meg. A létszám iránti szükséglet komolyan vehető kiszámítása ennek megfelelően csak a nettó munkaidő alapján történhet.

– De az egy adott létszámterven alapuló teljes nettó munkaidő sem tesz lehetővé direkt következtetéseket az egyes osztályokon rendelkezésre álló tényleges teljes nettó munkaidőre vonatkozóan. A létszámterv csak az adott szervezeti egység rendelkezésére álló státuszok számát rögzíti. Ennek a számnak rendszerint naponta három műszak szükségleteit kell fedeznie. Mivel a létszámok nem egyenletesen oszlanak meg az egyes műszakok között, ebből a teljes munkaidős státuszok számának három egyenlő részre osztásával nem vezethető le a korai, a délutáni és az éjszakai műszakok ténylegesen biztosított létszáma.

- Az ápolószemélyzet összlétszáma azokra az ápolókra is kiterjed, akik nem végeznek közvetlen ápolótevékenységet, hanem vezető beosztásokat töltenek be a menedzsment és a gyakornokok irányítása keretében.
- Mivel az megszabott *Nurse-to-Bed Ratios* tekintetében hosszabb időtartamra, egy évre, vagy negyedévre vonatkozó átlagértékekről van szó, mindezek mellett figyelembeveendő, hogy ezzel az egyes napokon és az egyes műszakokban jelentős eltérések válnak lehetővé. A *Nurse-to-Bed Ratio* formájában alkalmazott létszámokra vonatkozó adatok ezért nem nyújtanak megbízható információt a státuszok egy adott időpontban való betöltésére vonatkozóan. Ez a megközelítés tehát nem alkalmas a minőségbiztosítás céljaira.
- Az egyes műszakokban a direkt ápolás rendelkezésére álló létszám a fenti okokból jóval alacsonyabb, mint amit példának okáért az „átlagosan kihasznált ágyakra jutó teljes munkaidős személyzet” látszata sugall.

***Személyzeti létszámok az ápolási szolgálatban
12 európai ország és az Egyesült Államok kórházaiban***

	Egy Registered Nurse-re, vagy hasonló képesítéssel rendelkező szakápolóra jutó betegek száma	Egy ápolóra jutó betegek száma (szakápolók és segédápolók összesen)
Belgium	10,7	7,9
Németország	13,0	10,5
Anglia	8,6	4,8
Finnország	8,3	5,3
Görögország	10,2	6,2
Írország	6,9	5,0
Hollandia	7,0	5,0
Norvégia	5,4	3,3
Lengyelország	10,5	7,1
Svédország	7,7	4,2
Svájc	7,9	5,0
Spanyolország	12,6	6,8
Egyesült Államok	5,3	3,6

Függelék

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere

Az amerikai egészségügyi rendszer szervezete lényegében piacgazdasági jellegű, ám viszonylag jelentős mértékű állami finanszírozásban részesül, amely elsősorban a betegség esetére irányuló két alapbiztosítási ágazat (*Medicaid* és *Medicare*) adófinanszírozásából származik. Mivel szövetségi államról van szó, az egészségügy szabályozásának kompetenciája megoszlik a szövetség és az államok között. Az amerikai kongresszus, szenátus és kormány a két program keretfeltételeinek meghatározása tekintetében illetékes. Az államok illetékessége elsősorban a programok megvalósítására, az egészségügyi szolgáltatások biztosítására és az egészségügyi dolgozók regisztrációjára és kontrolljára terjed ki.

Az amerikai egészségügyi rendszer jellemzői:

– *Betegség esetére vonatkozó alapbiztosítás:* Az alapbiztosítás két állami programja a *Medicare* és a *Medicaid*.

A *Medicare* bevezetésére 1965-ben került sor. Célja a 65 év fölöttiek és bizonyos fogyatékosokkal élő fiatalabbak biztosítása. 2015-ben az amerikai lakosság 20%-a rendelkezett biztosítással a *Medicare*-programban. Ez egy szövetségi szintű kötelező biztosítás, amely a fekvőbeteg kórházi ellátásokra terjed ki és amelynek finanszírozása a munkavállalók és munkaadók bérjárulékaiból és adókból történik. A *Medicare* csak részleges casco biztosítás, mellette még fennállhat a privát betegbiztosítás megkötésének szükségessége.

A *Medicaid* bevezetésére ugyancsak 1965-ben került sor. Ez a program alacsony jövedelmű személyek, családok és biztosítással nem rendelkező, szociális segélyekben részesülő személyek számára nyújt a *Medicare*-hez viszonyítva korlátozottabb szolgáltatási katalógust. 2015-ben az amerikai lakosság 25%-a rendelkezett jogosultsággal a *Medicaid*-program szolgáltatásainak igénybevételére. A szolgáltatások igénybevételének módja az egyes államok között különbözik.

– *Az alapbiztosítást meghaladó egészségbiztosítási védelem:* Az alapbiztosítást meghaladó biztosítást csak privát betegbiztosítók kínálnak. A lakosság mintegy 65%-a rendelkezik privát egészségbiztosítással, akiknek csaknem 60%-a a munkaadó közvetítésével rendelkezik (csoportos vagy egyéni) biztosítással.

– *Ambuláns orvosi ellátás:* Az ambuláns orvosi ellátás privát egyéni praxissal rendelkező szabadfoglalkozású orvosok, vagy privát közösségi praxisok közreműködésével történik. A biztosítók az ún. *Managed Care stratégiák* keretében részben orvosi ellátásokat is felkínálnak, amelyet az adott biztosító által alkalmazott saját orvosok biztosítanak.

– *Kórházi ellátás:* A kórházak fenntartói többnyire az államok és az önkormányzatok, valamint privát, nem nyereségorientált szervezetek. A biztosítással nem rendelkezők ambuláns ellátását elsősorban a kommunális kórházak teljesítik.

A kórházi ellátás jellemzői:

– *Fenntartók:* A kórházak fenntartói többnyire közhasznú (*Non-Government, Not-for-Profit*) és állami szervezetek. A privát profitorientált szervezetek (*Investor-Owned, For-Profit*) jelentősége másodlagos.

– *Engedélyezés:* Működésükhöz a kórházaknak állami engedélyezésre van szükségük, amelyre egy licenc-eljárás keretében kerül sor. Az illetékes minisztérium rendszeresen ellenőrzi a kórházakban a követelmények betartását.

– *Finanszírozás:* A kórházak finanszírozása azokkal a kormányzati programokkal függ össze, amelyekben az adott kórház részt vesz. A kórházak többsége a *Medicare*- és *Medicaid*-biztosítottak ellátásában vesz részt. E kórházak költségeinek csaknem felét az állami programok viselik. Ezenkívül a kórházak finanszírozásához a privát biztosítók és a betegek önrészei is hozzájárulnak. Egyes kórházak részt vesznek a „biztonságos egészségügyi

hálózatban” („*Health care safety net*“) és mint „biztonságos kórházak” („*Safety-Net-Hospitals*“) csökkentett költségű vagy ingyenes ellátást nyújthatnak a rászorultak részére, amelynek finanszírozása többnyire adományokból történik.

– *Vidéki ellátás*: 2015-ben az Egyesült Államokban 5.627 kórház működött, ezek közül 1.855 vidéki területeken. A vidéki kórházak nagyrésze „*Critical Access Hospitals (CAHs)*“ licenccel rendelkezik. A „*vidéki kórházak flexibilitás programját (Flex-program)*”, amelynek finanszírozására a *Medicare* keretében kerül sor, 1997-ben vezették be. Ez lehetővé teszi a kisebb vidéki kórházak számára a „*Critical Access Hospital (CAH)*“ licenc megszerzését. Ezek a kórházak támogatásokban részesülnek. A CAH-intézmények maximum 25 aktív és swing-ágygal rendelkeznek.

Az amerikai egészségügyi rendszer megértéséhez az **Obama-Care** hatályba lépését [*N.B. majd annak hatályon kívül helyezését – a szerk. megj.*] követően is különleges jelentőséggel rendelkezik a biztosítással nem rendelkező és alubiztosított polgárok ellátásának problematikája. Jóllehet az *Affordable Care Act* bevezetése óta fennáll a biztosítási kötelezettség, 2015-ben a lakosság több mint 9%-a még mindig nem rendelkezett biztosítással. A biztosítással nem rendelkező vagy alubiztosított polgárok azonban nem maradnak ki mindennemű betegellátásból. A törvény sürgősségi ellátásra kötelezi a kórházak többségét. Ennek előzménye az 1986-ban elfogadott *Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)*, amely szerint a kórházaknak be kell fogadniuk a sürgősségi esetként hozzájuk irányított betegeket, még abban az esetben is, ha nem rendelkeznek biztosítással és nem tudják kifizetni a kezelést. A biztosítással nem rendelkező betegek ellátására való kötelezettség azonban csak sürgősségi esetekre vonatkozik.

Ápolóképzés az Egyesült Államokban:

Az ápolóképzés tekintetében az egyes államok gyakorlata eltérő. A képzés tartalmi rendjének kialakítása és az engedélyezés az adott állam hatáskörébe tartozik. Az egy-egy államban szerzett képesítés nem érvényes szükségképpen egy másik államban. Ha egy ápoló más államba költözik, új engedélyt kell kérnie a helyi *Board of Nursing*-től és le kell tennie a megfelelő vizsgákat. De van néhány fontos közös vonás is:

Az ápolói hivatás gyakorlásához az Egyesült Államokban „*Licensed Vocational Nurse*“ (*LVN*), ill. „*Licensed Practical Nurse*“ (*LPN*) licenc megszerzésére van szükség. Az *LVN* megnevezést Kaliforniában és Texasban, a többi államban az *LPN* megnevezést alkalmazzák. Az *LVN*-ek, ill. *LPN*-ek az ápolói team segítségére vannak az alapápolásban. Megfelelő kiegészítő képesítések megszerzésével azonban orvosi teendőket is átvehetnek, mint a vérvétel és az infúziók feltevése. Képzésük egy-három évig tart. Az *LVN*-ek és *LPN*-ek rendszerint *Registered Nurse (RN)* vagy orvos felügyeletével dolgoznak. Az *LVN* és *LPN* szakmai profiltól megkülönböztetendők a segédápolók, vagy ápoló asszisztensek (*Nurse's Aides* vagy *Nursing Assistants*).

A kórházi ápolás központi szereplői a regisztrált ápolók (*Registered Nurses – RNs*), akik a három alábbi képesítés valamelyikével rendelkeznek:

– legalább *Bachelor Degree* megszerzésével járó főiskolai képzés (átlagosan 4 év)

– *Associate of Science in Nursing* képesítés (rendszerint két hároméves időtartamú és *Community College*-ben szerzett betegápolói képzés) vagy

– valamely engedélyezett ápolóképzésben szerzett oklevél (3 év).

A RN-ek saját felelősségi területtel rendelkeznek az ápolótevékenységben, ápolási diagnózisokat állítanak fel, kezdeményező és ellenőrző szerepük van az ápolás folyamatában. Ezenkívül az egyes tagállamban szerzett licencüknek megfelelően engedéllyel rendelkeznek preventív szolgáltatások nyújtására (pl. oltások beadására), terápia alkalmazására (pl. hormonterápiák önálló elvégzésére és kontrolljára) és rehabilitációs szolgáltatásokra. Az RN-eknek az LVN-ekhez hasonlóan a hivatás gyakorlásához vizsgán szerzett engedélyre van szükségük, amelyet rendszeresen meg kell újítaniuk, amire többnyire egy *National Council Licensure Examination (NCLEX-RN)* keretében kerül sor.

Ausztrália egészségügyi rendszere

Az ausztráliai egészségügyi rendszer a brit *National Health System (NHS)* modelljét követi és állami egészségügyi rendszerként jellemezhető. Ennek jellemzői:

– *Állami kompetenciamegosztás*: A központi kormányzat az állami betegbiztosítás (*Medicare*) alakításáért illetékes. A közvetlen orvosi és ápolási ellátás igazgatása és irányítása nem tartozik feladatai közé. A központi kormányzat adóforrásokat bocsát a szövetségi államok és territóriumok rendelkezésére a szolgáltatások finanszírozása céljából. A leosztott adóforrások mértékét a központi kormányzat és a szövetségi államok közötti „***Australian Health Care Agreement***“ keretében rendszeresen újratárgyalják. A szövetségi államok illetékessége az állami kórházak igazgatására és finanszírozására, valamint az állami és privát kórházak működésének engedélyezésére terjed ki. Az államok felelősek továbbá az egyéb egészségügyi szolgáltatások biztosítása, az egészségügyi személyzet regisztrációja és felügyelete tekintetében. Ezenkívül az államok célzott kifizetéseket nyújtanak az önkormányzatoknak az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására.

– *Állami egészségbiztosítás*: Ausztráliában az állami egészségbiztosítás (*Medicare*) minden tartósan ausztráliai lakóhellyel rendelkező lakos rendelkezésére áll. A legfontosabb szolgáltatási típusokra kiterjedő szolgáltatási katalógust a központi kormányzat határozza meg. Ez azonban nem fedez minden szolgáltatást, mint a gyógyszerek, fogászati kezelés, szemüveg, fizioterápia, logopédia, ambuláns ápolás. A *Medicare* szolgáltatási katalógusában nem szereplő szolgáltatások finanszírozása egy elkülönített állami programból (***Pharmaceutical Benefits Scheme***) történik. A *Medicare*-be befizetendő járulék

az adóköteles jövedelem 1,5%-a. Az egy bizonyos jövedelemhatárt meghaladó biztosítottaknak még egy 1%-os kiegészítő járulékot kell fizetniük.

– *Privát egészségbiztosítás:* A *Medicare* mellett privát biztosítók is működnek, amelyek nem teljeskörű költségbiztosítást, hanem mindössze kiegészítő biztosítási védelmet nyújtanak az állami biztosítás keretében nem fedezett szolgáltatásokra. Ezenkívül kiegészítő szolgáltatásokat is felkínálnak, mint a privát betegként való kórházi kezelés költségei. A privát biztosítók állami szabályozás alá tartoznak és minden kérelmezőt be kell fogadniuk és nem követelhetnek az individuális egészségi állapot szerint kalkulált kockázatokkal arányos járulékokat.

– *Szolgáltatások nyújtása:* A szolgáltatások nyújtására privát praxisokban és állami fenntartású intézményekben, vagy privát nyereségorientált és nem nyereségorientált vállalkozások keretében kerül sor.

A kórházi ellátás jellemzői:

– *Fenntartók:* A kórházi ellátást túlnyomórészt az adott szövetségi állam által fenntartott *állami kórházak* biztosítják. Jóllehet az összes ágy kétharmada *privát kórházakhoz* tartozik, ezek 90%-a azonban olyan intézményekben van, amelyek kizárólag nappali sebészetet nyújtanak. Ha nem vesszük figyelembe a kizárólagosan nappali sebészetre igénybe vett ágyakat, úgy a kórházi ágyak 95%-a állami kórházakhoz tartozik. A privát aktív kórházak ezenkívül rendszerint csak alacsony komplexitású eseteket kezelnek és nem vesznek részt a sürgősségi ellátásban.

– *Engedélyezés:* Az ellátásban való részvételhez a kórházaknak állami engedélyezésre van szükségük. Ezenkívül a külső minőségbiztosítás keretében létezik egy akkreditációs eljárás. Az ebben való részvétel ugyan önkéntes, ám egyes szövetségi államok és privát biztosítók az akkreditációtól teszik függővé kifizetéseiket, ezért a kórházak többsége részt vesz a rendszerben.

– *Finanszírozás:* Az állami kórházak 90%-ának finanszírozása állami forrásokból történik, amelyeket rendszerint az adott szövetségi állam és kórház közötti éves költségvetésről szóló megállapodás keretében rögzítenek. A költségvetés meghatározásának számos kritériuma van, egyebek között a *Casemix*. Az általános aktív kórházként engedélyezett privát intézmények ugyancsak részesülnek a *Medicare* és az adott szövetségi állam térítéseiben. Mivelhogy állami forrásokban részesülnek, a létszámokra vonatkozó előírások rájuk is vonatkoznak.

A szövetségi struktúra és kompetencia-megosztás folytán az egyes szövetségi államok egészségügyi rendszerei között különbségek is mutatkoznak. Ez egyebek között a kórházak ápolási szolgálata létszámainak szabályozásában is megjelenik.

Ápolóképzés Ausztráliában: A regisztrált ápolók (***Registered Nurse – RN***) képzése az 1980-as évek óta teljes mértékben főiskolai szinten, legalább hároméves ***Bachelor***-szinten (***Bachelor of Nursing***) történik. 2012-ben az RN-ek (bábaasszonyok nélkül) a szakképzett ápolószemélyzet 82%-át tették ki.

Ennél alacsonyabb képzettséggel rendelkeznek a beosztott ápolók („*Enrolled Nurse*“ – *EN*), akik rendszerint kétéves, nem felsőfokú képzésben vesznek részt. Az EN-ek általában RN-ek irányításával dolgoznak. Az ápolótevékenység gyakorlásához licencre és regisztrációra van szükségük, a licencet rendszeres időközökben meg kell újítaniuk. A regisztrációs és licenc eljárást egy állami hatóság, a *Nursing and Midwifery Board of Australia* végzi.

Az ápolószemélyzet viszonylag erőteljes szakszervezetekkel rendelkezik, amelyek az *Australian Nursing Federation (ANF)* keretében tömörülnek. A szakszervezetek nemcsak a bérmegállapodásokról, hanem a jogszabályokban rögzített keretfeltételekről szóló érdekegyeztetésben is részt vesznek. A bérmegállapodások a bérstruktúrák és béremelések rendje mellett a létszámokra vonatkozó megkötéseket is tartalmazzák.

Az ausztrál állam a jogalkotó és szabályozó szerep mellett munkaadóként is jelentős pozíciót tölt be. Tekintettel arra, hogy az aktív kórházak ágyainak több mint 90%-a (privát nappali kórházi intézmények nélkül) állami kórházakhoz tartozik, az egészségügyi minisztérium és a szakszervezetek közötti megállapodások majdnem olyan széleskörű tárgyi hatállyal rendelkeznek, mint a törvények vagy a rendeletek.

Kontakt:

Dr. Dorothea Voss

Leiterin Abteilung Forschungsförderung

Tel.: 49-211-7778-194

E-Mail: Dorothea-Voss@boeckler.de

Rainer Jung

Leiter Pressestelle

Tel.: 49-211-7778-150

E-Mail: Rainer-Jung@boeckler.de