

# EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK  
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI  
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE  
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

50. ÉVFOLYAM 5-6. SZÁM, 2012. DECEMBER

## A TÜDŐRÁKSZŰRÉS ÚJRAGONDOLÁSA

AZ ERDŐSÜLTÉG HATÁSA  
A SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ  
ÉLETTARTAMRA

AZ IDŐSÁPOLÁS  
ÉS AZ ÁPOLÁSBIZTOSÍTÁS  
TAPASZTALATAI



BESZÉLGETÉS  
DR. BALOGH ZOLTÁNNAL

**b2**

# Tartalom

## SZAKCIKK

A tüdőrákszűrés újragondolása (dr. Moizs Mariann, dr. Bajzik Gábor, Malbaski Nikoletta, Deé Kitti, dr. Lelovics Zsuzsanna, dr. Dózsa Csaba, dr. Strausz János, dr. Repa Imre) .....	2
Az erdősültség hatása a születéskor várható élettartamra (dr. Seregi János, dr. Lelovics Zsuzsanna, dr. Balogh László) .....	9
Az ápolási rendszerek átalakítása a skandináv országokban .....	13
A GVG két tanulmánykötete	
a szakápolók iránti igényről nemzetközi összehasonlításban (Michael Sch önstein, Prof . Hans Maarse, Marcel Fink) .....	25
Az idősápolás és az ápolásbiztosítás tapasztalatai (Julan Gao, Chun Ding, Fang Chen, Miyoko Motozawa, Michael Schmidt, Günther Merkel ) .....	36

## INTERJÚ

Az orvosok biztos pontként szeretnének ránk számítani (Radnai Anna) .....	22
--	----

### EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

**Alapító:** az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete  
**Megjelenik:** kéthavonta  
**Kiadja:** az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.  
 Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u 8. • telefon: (1) 788-9212  
 fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu  
**Felelős kiadó:** a kiadó ügyvezető igazgatója  
**Szerkesztőség:** 1051 Budapest, Arany János u. 4-6.  
 Telefon: (1) 795-1009  
**Főszerkesztő:** Kövesi Ervin  
**Orvosigazgató:** Szepesi András  
**Felelős szerkesztő:** Bene Zsolt  
**A Szerkesztőbizottság elnöke:** prof. dr. Orosz Éva  
**A tanácsadó testület tagjai:** dr. Ari Lajos, Bodrogi József, dr. Gaál Péter, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

**Nyomdai előállítás:** MEGA Kft.

**Felelős vezető:** Gáti Tamás ügyvezető igazgató  
 Az Egészségügyi Gazdasági Szemle utcai terjesztésre nem kerül.  
 Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.  
 Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.  
 További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

**HU ISSN:** 0013-2276

**Éves előfizetési díj:** 6.930 Ft

Minden jog fenntartva!  
 A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a kiadó írásbeli engedélyre van szükség.  
 A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalkozás felelőséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

# A tüdőrákszűrés újragondolása

## Egészség-gazdaságtani kérdések és megfontolások

A Magyarországon évente mintegy 8500 fő halálát okozó tüdőrák világszerte vezető halálok a rosszindulatú daganatos megbetegedések között: egyedül több áldozatot szed, mint a colorectalis, az emlő- és a prosztaták együttvéve. A tüődaganatos betegségek és halálozás drámai mértéke, a tüdőgyógyászati ellátás átalakulása és a hagyományos tüdőszűrés átalakításának igénye halaszthatatlanná teszi, hogy a tüdőrák szűrésére vonatkozó, eddigi legnagyobb áttörést hozó külföldi vizsgálat eredményeinek tükrében, hazánkban is elkezdődjenek az alacsony dózisu, CT-alapú tüdőrákszűrés célzott népegészségügyi szűrésként való jövőbeni alkalmazhatóságának megítélését elősegítő vizsgálatok.

■ Dr. Moizs Mariann<sup>1</sup>, Dr. Bajzik Gábor<sup>2</sup>, Malbaski Nikoletta<sup>3</sup>, Deé Kitti<sup>1</sup>, Dr. Lelovics Zsuzsanna<sup>1,2</sup>, Dr. Dózsa Csaba<sup>4</sup>, Dr. Strausz János<sup>1</sup>, Dr. Repa Imre<sup>1,2</sup>

### A tüdőrák epidemiológiája

Világszerte évente 12 millió új rosszindulatú daganatos beteg diagnosztizálnak, és 7,6 millióan veszítik életüket a rák miatt (1). Ha ez a tendencia folytatódik, 2030-ban évi 26 millió új diagnózissal és 17 millió halálos áldozattal számolhatunk (2). A daganatos betegségek közül a tüdőrák szedi a legtöbb áldozatot világszerte: az Európai Unióban az összes rákos halálozás mintegy egynegyedéért a tüdőrák felel.

A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás közül Magyarországon a tüdőrák a leggyakoribb. Az Európai Unióban hazánk vezet a tüdőrák okozta halálozási statisztikát. A tüdőrák okozta hazai halálozás szintje tartósan és nagymértékben meghaladja mind az Európai Unió korábbi tagállamainak (EU-15), mind a 27 tagországu Európai Unió (EU-27) átlagát (1. ábra).

Tüdő-, hörgő-, gége- és légcsőrákban az Európai Unióban 2010-ben 100 000 főre vetítve 38,4 lakos veszítette életét, ez a szám Magyarországon az EU-s átlag 1,8-szerese (100 000 főre vetítve 71,3 lakos), ezzel hazánk a halálozási rangsor élén áll.

A hazai tüdőrák-halálozási viszonyok rosszabb képet mutatnak, ha a 65 évesnél fiatalabb korosztály körében vizsgáljuk a standardizált halálozási rátát: 100 000 főre vetítve 2,5-szer többen halnak ma meg Magyarországon tüdőrákban ebben a korosztályban, mint az Európai Unióban. E tény kiemelendő a potenciálisan elvesztett életevek számának alakulásában, valamint az ebből eredő, az egyént, társadalmat és biztosítót terhelő betegségteher mértékében.

A tüdőrák vonatkozásában a potenciális hetven évből elvesztett magyar életév-tömeg – nemzetközi összehasonlításban is – nagyon nagy (2. ábra). A harminc évvel ezelőtt hasonló helyzetben lévő kelet-európai országokban az utóbbi húsz évben folyamatosan és nagymértékben csökkent a tüdőrákos halálozás miatt elvesztett életevek száma, és 2009-re Lengyelország kivételével lényegében elérték Ausztria szintjét. Ezzel

ellentétben, nálunk húsz éven keresztül, nemhogy csökkent volna, hanem 2000-ig folyamatosan emelkedett ez a szám. Két évtizedes késéssel, 2000 óta kis ingadozással megfigyelhető ugyan egy enyhén csökkenő tendencia, de az EU átlagához képest még így is két és félszer több magyar életévet veszítünk el a tüdőrák miatt.

A Nemzeti Rákregiszter és az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet által párhuzamosan gyűjtött magyar tüdőrák-morbidity adatok között nagymértékű különbség van: a Nemzeti Rákregiszter adatbázisában majdnem kétszer nagyobb az éves szinten megjelenő új betegek száma.

A reális incidencia – valószínűleg – a két adatbázis által feltüntetett újonnan regisztrált betegszám között van, hiszen a tüdőgyógyászati adatbázis csak a tüdőgyógyászati hálózattal kapcsolatba került betegeket tartja nyilván, ebből következően a pulmonológiai intézmények adatai csak nagy reprezentatív mintaként értelmezhetők, és ennek megfelelően értékelhetők (3). A Nemzeti Rákregiszter pedig a kódolási hibákból\* eredően – feltételezhetően – felülreprezentálja a hazai tüdőrák incidenciáját. Az incidenciadatok (3. ábra) mutatnak ugyan némi ingadozást, de elmondható, hogy hosszabb távon nem tapasztalható lényeges változás.

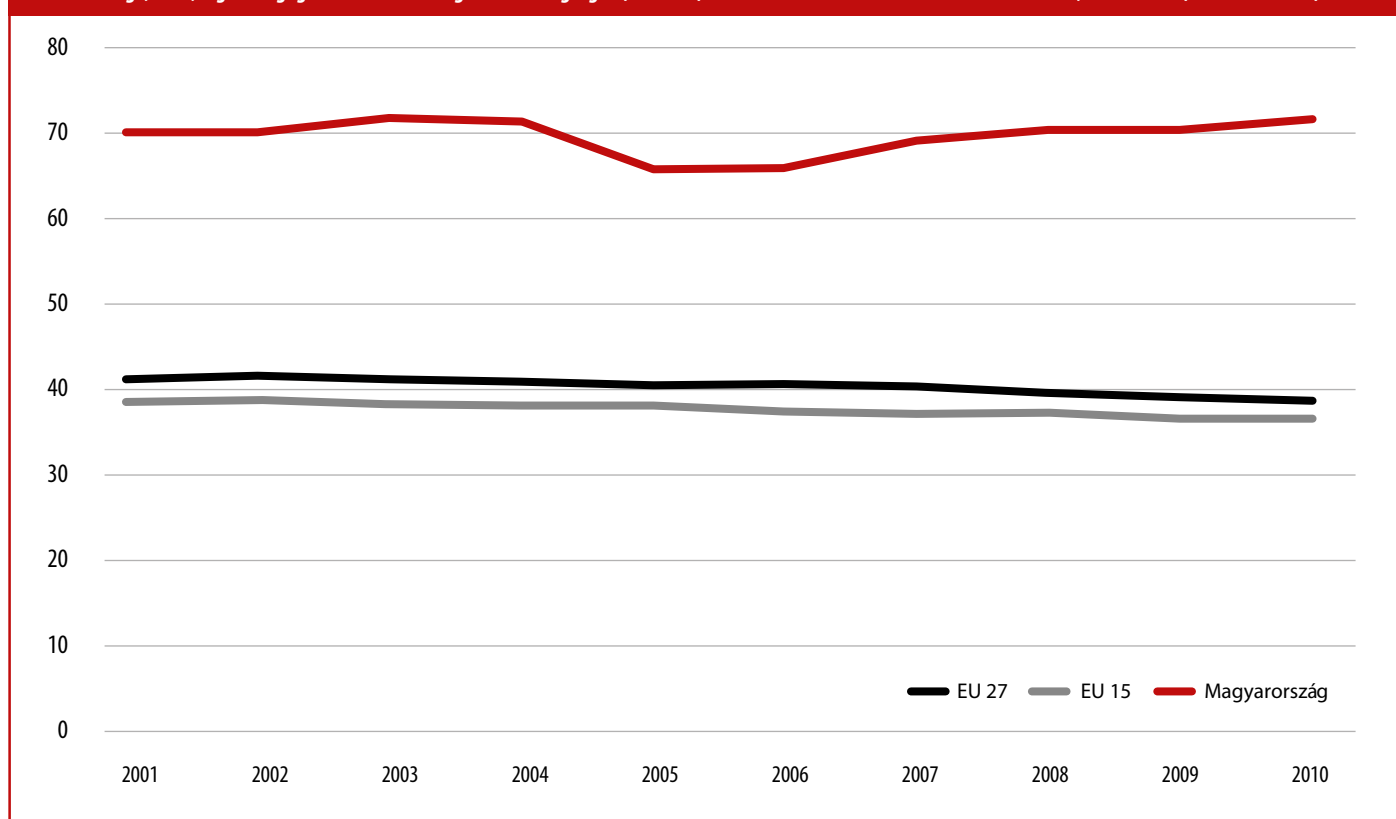
### A tüdőrák szűrésének dilemmája

A tüdőrákos betegeknek korai stádiumban nincsenek markáns klinikai tünetei, sokáig tünet- és panaszmentesek maradhatnak, előrehaladott stádiumban pedig e kórforma ma még a kevésbé gyógyítható daganatos betegségek közé tartozik. Az elmúlt néhány évtizedben az egyéves túlélés alig javult, míg az öt éves túlélés lényegében azonos szinten (10–15%) van ma is, ezért fontos a tüdőrák megelőzése, illetve a betegség minél korábbi stádiumban történő felfedezése. A tüdőrák megelőzésének nagyobb lehetősége és esélye van, mint a gyógyításának,

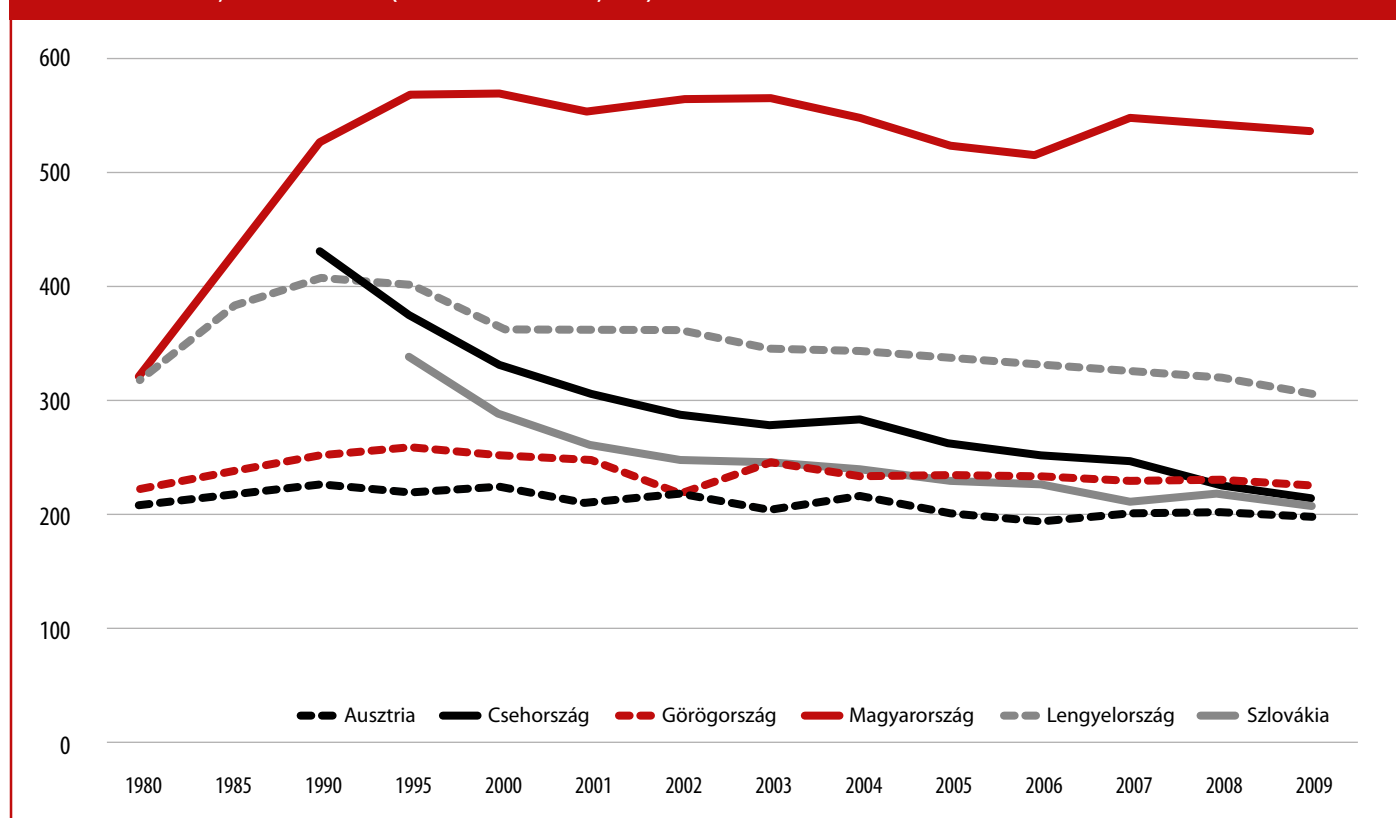
hiszen ismertek az egyes kockázati tényezők, ezeken belül is a dohányzás és a tüdőrák kialakulásának kapcsolata. A tüdőrák elleni küzdelem első és legfontosabb lépése a dohányzás elhagyása. A dohányzás visszaszorítása érdekében 40–50 évvel

ezelőtt fogatosított intézkedések a fejlett országokban meghozták az eredményeiket: a dohányosok számának rohamos csökkenésével egy-két évtized elteltével csökkent a tüdőrákos megbetegedés és halálozás előfordulása is.

1. ábra. Hörgő, tüdő, légcső és gége rosszindulatú daganatos betegségek (C32–C34) okozta standardizált halálzási ráta alakulása, 2001–2010 (Forrás: Eurostat)

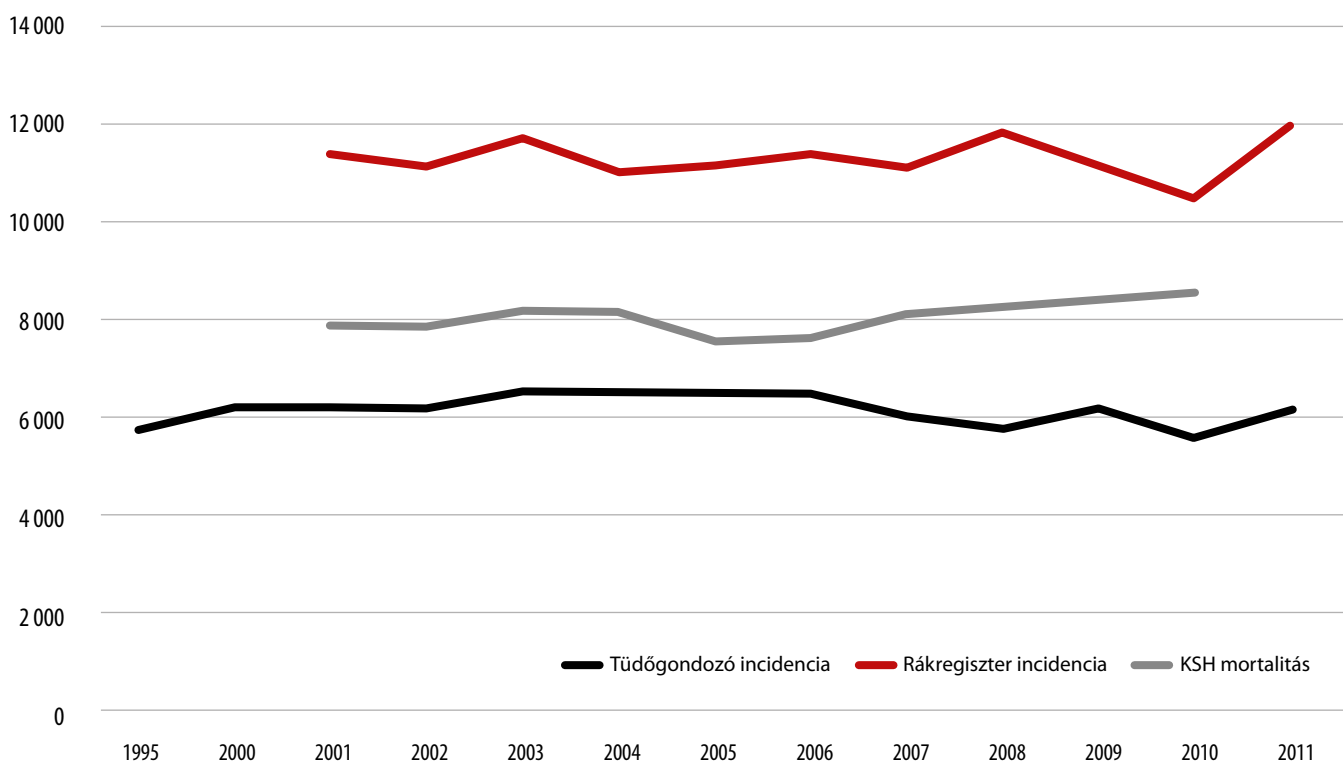


2. ábra. Hörgő, tüdő, légcső és gége rosszindulatú daganatos betegségek (C32–C34) okozta halálozás miatt a potenciális hetven évből elvesztett életévek száma, 100 000 lakosra vetítve, 1980 és 2009 között (Forrás: OECD Health Data, 2010)



3. ábra. Tüdőrák incidencia- és mortalitás-adatok Magyarországon 1995 és 2011 között

Forrás: Korányi Bulletin 2012. 1. szám, Nemzeti Rákregiszter honlapja ([www.honcology.hu](http://www.honcology.hu)), KSH honlapja ([www.ksh.hu](http://www.ksh.hu))



Magyarországon is elindultak az utóbbi években a dohányzás korlátozására irányuló jogszabályi és egyéb törekvések, de egy hosszú távon eredményes dohányzást megelőző és leszoktatást segítő munka nagy komplexitással bír, amiben szükség van a törvényalkotás, az egészségügyi szakemberek és ellátórendszer, az oktatási rendszer, valamint a média összehangolt együttműködésére is (4).

Az elsődleges prevenció mellett az életévek megmentésének másik jelentős eszköze a szekunder prevenció, azaz a szűrővizsgálatok. Külföldi tanulmányokhoz hasonlóan a hazai vizsgálatok is megerősítették, hogy a tüdőrákos esetek korai stádiumban történő kiszűrése során nagyobb arányban végezhető radikális reszekciós műtét, amely nagymértékben javítja a betegek túlélési esélyeit. A radikális operálhatóság és a felfedezési módja közötti szignifikáns összefüggés egyértelműen erősíti a szűrővizsgálatok értékét (5).

A WHO 1968-ban egyértelmű kritériumokat állított fel a populációs szintű, szervezett népegészségügyi szűrővizsgálatokkal kapcsolatban (6). Ezek a kritériumok ma is megállják a helyüket, és elfogadottak a népegészségügyi szakemberek körében. A tüdőrák esetében egyértelműen teljesülő kritériumok:

- a tüdőrák fontos egészség(ügy)i probléma mind az egyén, mind a társadalom számára,
- a további diagnózishoz és kezeléshez szükséges módszerek elérhetőek legyenek,
- a további kezelésre, obszervációra vonatkozó általános protokoll megléte.

Gondot jelent azonban, hogy:

- a tüdőrák latens vagy korai tünetmentes időszaka nagyon rövid,
- a tüdőrák kórlefolyása ugyan ismert, de egyénenként nagy különbségek mutatkoznak,
- a tüdőrák agresszív és heterogén természetű betegség,

– a terápia fejlődése és a kutatások folyamatossága ellenére a halálozás csökkentésére tett erőfeszítések eddig meghiúsultak, illetve az ötéves túlélést nem sikerült még nagymértékben javítani (7).

Ezen érvek és ellenérvek tüzeiben igyekeznek számos ország megoldást találni a problémára egyrészt a tüdőrákszűrés technikai fejlesztését, másrészt a szűrőmódszerek kidolgozását illetően. A magyar szakembereket is évek óta megosztja a tüdőrák szűrésének kérdésköre: érdemes-e, és ha igen, hogyan érdemes szűrni. Ezek természetesen egy sor módszertani kérdést is felvetnek.

Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozatban a tüdőszűrés nem szerepel a lakossági szűrések között. A tüdőrák megelőzésével kapcsolatban a határozat csupán onkológiai éberséget vár el az alapellátás szakembereitől és a tüdőgondozó-hálózattól. Mindezek hozzájárultak a tüdőszűrések számának meredek eséséhez. (A korábbi lakosságszűrést tbc miatt vezették be, e betegség háttérbe szorulása is hozzájárult a szűrőszám drasztikus csökkenéséhez.) A korábbi időszakban végzett hétmillió szűréshez képest, 2010-ben ennek már kevesebb, mint egyharmadát, 2 173 000 szűrést végeztek, mely magában foglalta a kötelező szűréseket, a munka-alkalmassági szűréseket és a negyven év feletti életkorhoz kötött, évente egyszer igénybe vehető tüdőszűrését is (8).

Ezzel megkezdődött a hagyományos tüdőszűrés rendszerének „leépülési” folyamata. Az egészségpolitika és a szakma sem hagyhatja azonban figyelmen kívül a drámai mértékű, tüdőrák okozta itthoni halálozást. A tüdőrák korábban vizsgált szűrési módszerei (mellkasröntgen, köpetcitológia) ugyan nem bizonyultak hatékonyak, azonban az alacsony sugárdózisú CT-

alapú tüdőrák-szűrővizsgálatra vonatkozó legutóbbi kutatások eredményei nagy reménnyel kecsegtetnek.

### Alacsony dózisu CT-alapú tüdőrákszűrés

Az alacsony dózisu CT-vel (LDCT) történő tüdőrákszűrésről, annak hatékonyságáról és eredményeiről, illetve kritikáiról számos külföldi és hazai publikáció látott napvilágot, amelyekkel – egy kutatás kivételével – jelen cikk terjedelmi korlátai miatt most nem kívánunk foglalkozni.

Nagy valószínűséggel a közeljövőben a tüdőrák szűrése körüli viták lecsendesedését eredményezheti a legnagyobb áttörést hozó, az Amerikai Egyesült Államokban 2002-ben indított randomizált, kontrollált vizsgálat, a National Lung Screening Trial (NLST). A New England Journal of Medicine hasábjain 2011-ben publikált elsődleges vizsgálati eredmények szerint a három éven keresztül évenként LDCT-vel szűrt nagy kockázatú ( $n = 53\,454$ , 55–74 év közötti,  $> 30$  csomagévinde xű dohányos) egyének körében ötéves utánkövetés mellett 20%-os tüdőrák-mortalitás csökkenést és 7%-os teljes halálozáscsökkenést értek el a mellkasröntgen vizsgálathoz képest (9).

Az NLST elsődleges eredményei számos értékes információval szolgálnak a detektált tüdőráktípusok előfordulásának megoszlásáról és a felfedezéskori stádiumokról is.

Nem lehet elkülönítve kezelni azonban az LDCT-alapú szűrés mortalitásra gyakorolt hatását, hiszen ez csak egyetlen eljárás a komplex egészségügyi ellátásban. A szűrés, illetve az azt követő diagnosztikai vizsgálatok is hatással vannak a páciensek fizikai és mentális egészségére, nem beszélve az amúgy is túlterhelt egészségügyi ellátórendszer fokozottabb igénybevételéről. Az LDCT túlérzékenységéből fakadó nagyarányú álpozitív eredmények további, esetlegesen morbiditással és/vagy mortalitással is járó vizsgálatokat (köztük invazív vizsgálatokat is) eredményeznek.

Az NLST-studyban is közreműködő szakemberek az LDCT-szűrés mellett további vizsgálatokat végeznek. Olyan statisztikai-matematikai szimulációs modell kiépítésén dolgoznak, amely egyrészt költséghatékonysági szempontból vizsgálja az LDCT-szűrés és annak hatásait, másrészt lehetővé teszi egy olyan modell kifejlesztését, amelynek segítségével megállapítható, hogy milyen eredmények érhetők el további csoportok (pl.  $<30$  csomagévinde xű dohányos vagy 55 évnél fiatalabb korosztály) bevonásával. A költséghatékonysági vizsgálat elengedhetetlen mind az ellátórendszeri, mind pedig a finanszírozási oldalról: alaposan meg kell vizsgálni az LDCT-szűrés jelentette előnyöket és a belőle fakadó hátrányokat is, azaz a tüdőrákos halálozás csökkenésének tényével állnak szemben a nagy arányban előforduló álpozitív eredményekből fakadó „terhek”, a túldiagnosztizáltság és az LDCT-vel kapcsolatban felmerülő és hozzá köthető költségek. Ezen felül a szakemberek további modelleken dolgoznak a szűrések optimális gyakoriságának és standardizált, optimalizált szűrési algoritmusok meghatározásának érdekében.

### Mivel rendelkezünk és mire van szükségünk? Egy egészség-gazdaságtani modell adaptációja és módszertani kérdései

Miközben a tengerentúlon magas szakmai színvonalú egészség-gazdaságtani modell kiépítésén dolgoznak, érdemes volna a modell egy majdani magyar viszonyokra történő adaptá-

lásának kapcsán számba venni az elemzési lehetőségeket és a hazai releváns adatokat.

Azokra a kérdésekre, hogy milyen feltételekkel, mely célcsoport számára, milyen gyakorisággal és milyen árért lenne érdemes bevezetni az alacsony dózisu CT-alapú tüdőrákszűrés Magyarországon, csak egy hazai körülményekre validált egészség-gazdaságtani modell tudna választ adni.

A hazánkban rendelkezésre álló információk, adatok egyelőre nem teszik lehetővé a jelenleg az USA-ban kiépítés alatt álló költséghatékonysági modell azonnali adaptálását. Magyarországon ezen a területen nem végeztek randomizált betegkiválasztáson alapuló, kontrollcsoportos követéses vizsgálatot, ennek hiányában a modelladaptáció során csak részben tudnánk hazai empirikus adatokat felhasználni, részben pedig a feldolgozott nemzetközi szakirodalomban feltárt tapasztalati értékekre, információkra tudnánk alapozni. Ez utóbbi „feltételezések” – egyelőre – a magyar modell korlátjaiként jelentkeznek, hiszen az ellátórendszerek, az infrastruktúrák, a finanszírozási rendszerek, az ellátási protokollok, az egyes egészségügyi ellátórendszerek rendelkezésre álló források közötti különbségek, továbbá a lakosság eltérő egészségkultúrája miatt az egyes egészségügyi rendszerekben megfigyelt jelenségek, információk, alkalmazott protokollok nem vehetők át egy másik egészségügyi rendszer által megfelelő adaptáció nélkül. A tüdőrákos betegségek és halálozás nagy aránya, a tüdőgyógyászati ellátás átalakulása, a hagyományos tüdőszűrés átalakításának igénye ugyanakkor halaszthatatlanná teszi, hogy hazánkban is megkezdődjenek az alacsony dózisu CT-alapú tüdőrákszűréssel kapcsolatos, részletes költségadatgyűjtések a majdani egészség-gazdaságossági számítások előkészítéséhez.

A továbbiakban sorra vesszük azokat a tüdőrákbetegség epidemiológiáját és morfológiáját, majd szűrését és terápiáját meghatározó jellemzőket, amelyek nélkülözhetetlenek a későbbi számítások elvégzéséhez.

### Rizikócsoport

Az LDCT-alapú szűrésbe bekerülők pontos körének kijelölése kardinális kérdés, ugyanis ez nagymértékben meghatározza a szűrés eredményességét és költséghatékonyságát. Ahogy arra már a korábbiakban is utaltunk, szignifikáns összefüggés van a felfedezés módja és a radikális operálhatóság között, amely egyértelműen meghatározza a beteg túlélési esélyeit. A nemzetközi szakirodalomban és a hazánkban is elfogadott orvosszakmai terápiás elvek alapján, és tekintettel a CT túlérzékenységéből fakadó, a szűrővizsgálathoz köthető egyéb diagnosztikus eljárások miatt felmerülő költségek szintjére, egyértelmű, hogy az alacsony dózisu CT-alapú szűrésnek nem populációs szinten, hanem kizárólag jól leszűkített rizikócsoport esetében van relevanciája. A rizikócsoport meghatározása alapvetően követi az orvosszakmai megközelítést: minél jobban le tudjuk szűkíteni a célcsoportot a kockázati tényezőknek megfelelően, annál hatékonyabbnak bizonyulhat az LDCT-vel történő korai felismerés.

A nemzetközi kutatások alapján született szakirodalmak szerint a legnagyobb kockázatú csoport az 55–74 év közötti korosztály, legalább 30 csomagévinde xű dohányos, illetve az utóbbi tizenöt évben ugyan leszokott, de korábban minimum 30 csomagévinde xű dohányos, illetve további rizikófaktor a COPD.

Ezt a magyar korcsoportos incidencia-adatok megerősítik: az 50–75 év közötti korosztály körében jelentkezik a



## Szakcikk

tüdőrákos új megbetegedések több mint 70%-a, és közülük kerül ki a tüdőrákos halálozás 70%-a is.

A 45–49 éves korosztályba tartozók között felfedezett új esetek számához képest majdnem háromszoros a különbség az 50–54 éves korosztályban, és ez a szám még tovább emelkedik egészen a 60–64 éves korosztályig, majd lassú csökkenés tapasztalható a hetven év felettiek körében. Általában 60–65 éves korban jelentkezik legnagyobb számban a tüdőrák, ezért szakértők szerint szükséges, hogy pár évvel hamarabb, akár 55 éves kortól kezdődjön a szűrés, hogy – még a tünetek jelentkezése előtt – minél korábbi stádiumban felfedezzék a betegséget.

A hazai modellhez elengedhetetlen lesz a magyar rizikó-csoport elérhető hazai adatokon alapuló becslése.

### Részvételi hajlandóság

A célcsoport definiálásán és a hazai adatokon alapuló becslésén túl a modell fontos bemeneti paramétere a részvételi-hajlandósági ráta. Noha a számításokat megkönnyítené egy olyan elképzelés, amely a rizikócsoport 100%-os szűrését venné alapul, és ezt hasonlítaná össze más alternatívával vagy a jelenlegi helyzettel, azonban a cél az, hogy a valósághoz közelebb álló, a magyar viszonyokat jobban tükröző helyzetet képezzünk le.

Magyarországon a két népegészségügyi szervezett szűrésen (a 45–65 éves korosztályú nők körében két évente történő emlőrák szűrés, illetve a 25–65 év közötti nők részére három évente végzett nőgyógyászati rákszűrés és citológiai kenetvétel) való részvételi hajlandóság messze elmarad a WHO által elvárt szinttől (10). A tüdőszűrésen való országos átlagos átszűrtségi ráta 37% körül alakult 2011-ben (3).

A részvételi hajlandóság nagyon fontos tényezője a költséghatékonysági elemzéseknek, hiszen elengedhetetlen a

nagyszámú, nagy kockázatú, meggyógyítható betegségben lévő egyének részvétele, mivel ez bizonyíthatja majd a szűrés hasznosságát a lehetséges kockázatok dacára. Érzékenységvizsgálat során természetesen érdemes különböző részvételi hajlandóságra vonatkozó scenáriók lefuttatása is.

### Szakmai irányelvek és protokollok

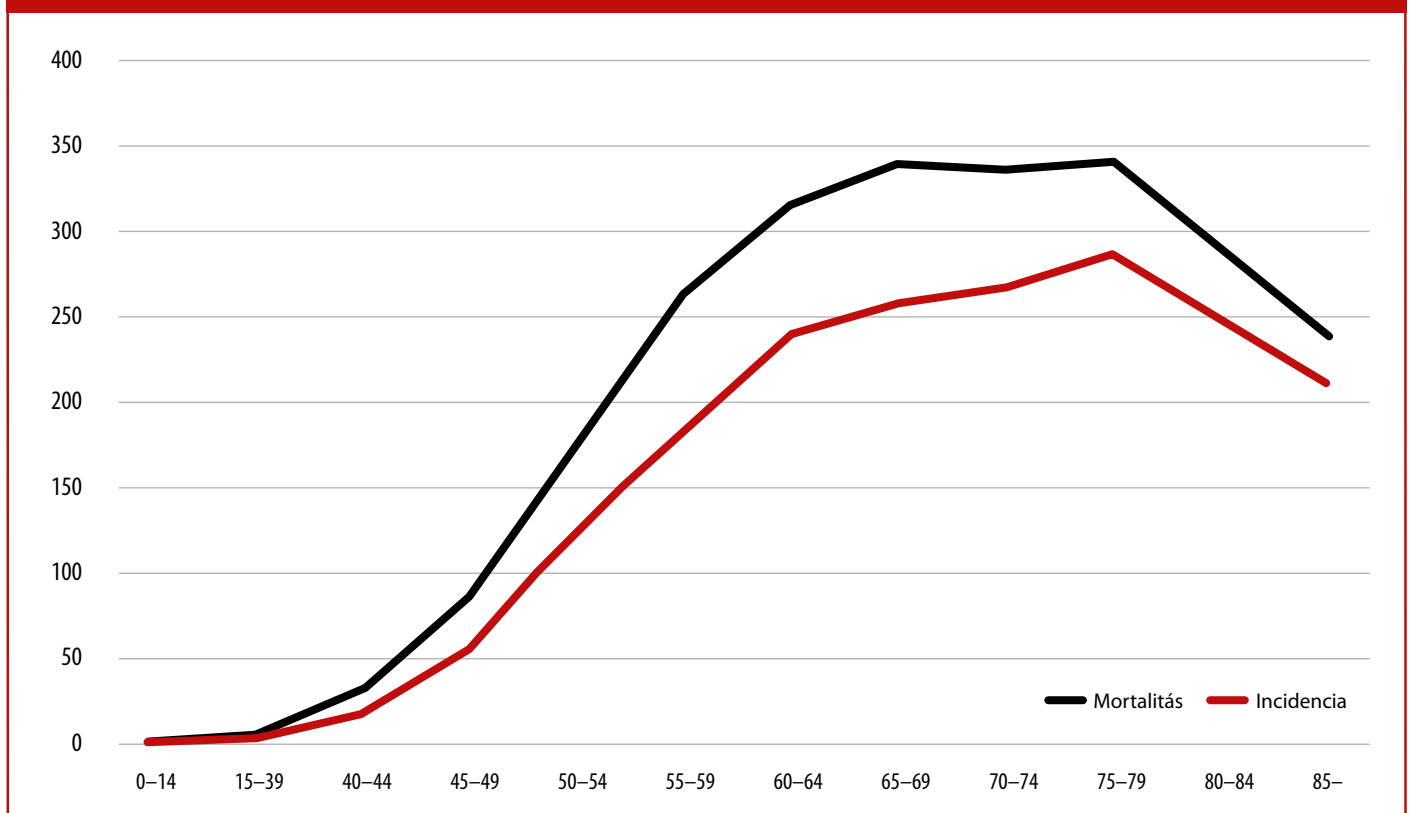
Az egészség-gazdasági elemzés szempontjából ugyancsak meghatározó információk forrásai a szűrési és terápiás protokollok, a nemzetközi ajánlások.

A rizikócsoport LDCT-vel való szűrésére vonatkozó nemzetközi klinikai tanulmányok különböző protokoll algoritmusokat használnak a nodulusok/léziók detektálására és követésére. Ezek a protokollok az elváltozások mérete és/vagy tömörsége és a rosszindulatú daganat valószínűsége, a nodulusok mérete és a tumor előrehaladottsága, illetve a tumor előrehaladottsága (TNM besorolás) és a túlélés közötti kapcsolatokat veszik alapul.

A magyar modell további korlátja lenne, hogy Magyarországon még nem áll rendelkezésre az alacsony dóziszú CT-alapú tüdőrákszűrésre vonatkozóan szűrési protokoll, tehát ennek hiányában választanunk kellene az egyes nemzetközi szinten elérhető szűrési modellek közül (7). Erre megoldást jelenthetne a hazai viszonyok között végzett vizsgálat keretében lefektetett LDCT-alapú szűrési algoritmus, és az azt követő két-három éves követés.

Tény, hogy megfelelő iránymutatás kidolgozásával a tüdőrák LDCT-alapú szűrése egyrészt sokkal gyakorlatiasabbá tehető, másrészt az álpozitív esetek száma is csökkenthető, elkerülve ez által a további költséges, a páciensek számára szorongással járó, felesleges vizsgálatokat. A tüdőrákszűrés hatékonyságát javíthatják a szűrési algoritmusokba is beépíthető, az elváltozások növekedését meghatározott idősza-

4. ábra. Tüdőrák életkor-specifikus incidenciája és mortalitása, 2009. Korstandardizált ráta, 100 000 főre (Forrás: Nemzeti Rákregiszter, KSH)





konként követő és mérő technikák, az LDCT-szűrés meghatározott időszakonkénti újraismétlésével. Ez a későbbiekben csökkenthetné az invazív diagnosztikai beavatkozások szükségességét.

### Az LDCT-alapú szűrés eredményei és a szűréshez köthető további diagnosztikai vizsgálatok

Nemzetközi tanulmányok igazolták, hogy az LDCT előnyösebb a tüdőrák szűrésére a mellkasröntgenhez képest, mert érzékenyebb a korai stádiumú tüdőrák kimutatására, és a daganat növekedési tendenciáját is pontosabban képes rögzíteni (11). Meg kell jegyezni azonban, hogy túlzott érzékenysége miatt sok esetben álpozitív eredményeket mutat. Az NLST-ben az LDCT háromszor több pozitív eredményt mutatott ki, mint az ernyőfénykép. Pozitív esetek közül nagy volt az álpozitív esetek aránya mind az LDCT-szűrés (96,4%), mind a mellkasröntgen-vizsgálat (94,5%) során (9). Ebből az következik, hogy azoknál az egyéneknél, ahol az LDCT-vizsgálat pozitív eredményt mutatott, további vizsgálatok szükségesek melyek (sok esetben felesleges) kockázattal járó terheket, míg az egészségügyi rendszer számára többletkiadást eredményeznek. Mindezeket kell szembeállítani azzal a nemrégiben nyilvánosságra kerülő NLST-megfigyeléssel, miszerint az LDCT-csoportban megfigyelt tüdőrák okozta relatív halálozás 20%-kal kisebb, mint a mellkasröntgennel vizsgált csoportban, továbbá 7%-kal kevesebb az összes okból következő halálozás is.

Hazai vizsgálat hiányában, a modellben ugyancsak feltételezéssel kell élnünk az LDCT által jelzett pozitív esetek, illetve a további diagnosztikai vizsgálatok megoszlása tekintetében is, amely értelemszerűen összefügg az alkalmazott szűrési algoritmussal, és a tüdőrák diagnosztikájával kapcsolatos szakmai protokollal is. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy az egyes esetekben a szakmai protokollokban felsorolt diagnosztikai vizsgálatok közül nem mindegyiket alkalmazzák a tüdőrák megállapítására. Amennyiben a modellben az NLST-ben megfigyelt, LDCT által kiemelt pozitív esetekből adódó további diagnosztikai vizsgálatok megoszlásából indulunk ki, ismét szembe kell néznünk a különböző egészségügyi rendszerekből és eltérő protokolljaikból fakadó korlátossággal.

A hazai modell szempontjából nem volna elegendő, ha a magyarországi tüdőrákos betegek adatait lefuttatva retrospektíven elemeznénk a tüdőrák felfedezését megelőző vizsgálatokat és azok megoszlását, ugyanis ebből nem kapunk információt arra vonatkozóan, hogy milyen vizsgálatokat végeztek (volna) el azoknál a pácienseknél, akiknél az LDCT-vizsgálatot követően felmerült ugyan a tüdőrák gyanúja, de további vizsgálatok nem igazolták ennek fennállását. Erre vonatkozóan a korábbiakban említett magyarországi vizsgálat (11) nyújthat információt.

### A felfedezett tüdőrákos esetek megoszlása stádiumok szerint

Az LDCT során felfedezett és a későbbiekben igazolt tüdőrákos esetek NLST-ben megfigyelt stádiumok szerinti megoszlása vehető alapul – hazai információk hiányában – egészség-gazdasági modellünkben. Erre vonatkozóan azért van szükség, mert beigazolódott, hogy az LDCT érzékeny a korai stádiumú tüdőrák kimutatására, tehát sokkal kedvezőbb az LDCT-vel szűrt populáció stádiumeloszlása a nem szűrt vagy a hagyományos mellkasfelvétellel szűrt populációhoz képest.

A modellben az LDCT-szűrésen részt nem vevő tüdőrákos megbetegedések stádiumeloszlására a Magyarországon jelenleg megfigyelt eloszlási adatok használhatóak (1. táblázat).

### Költségadatok

A tüdőrákos betegséggel kapcsolatban Magyarországon felmerülő közvetlen költségek hozzávetőleges megbecslése és öt-tíz évre történő előrejelzése egy külön vizsgálat tárgyát kell, hogy képezze. A költségek pontos számbavétele elengedhetetlen ahhoz, hogy tisztában legyünk, hogy mennyit költünk, és várhatóan mennyit kell majd költenünk erre a betegségre. Ez kiindulási alap lenne a döntéshozók számára is a tüdőrákszűrés kérdéskörével kapcsolatos irányvonal meghatározásához.

Az egészség-gazdaságtani modell fontos bemeneti paramétereként a tüdőrákos beteg diagnosztizálásának, kezelésének legalább az átlagos költségeit tudnunk kellene. Ennek meghatározása nehézségekbe ütközik, hiszen a terápia nagyan függ a tüdőrák típusától, a stádiumától, a beteg egészségi állapotától és sok egyéb más tényezőtől. A kezelést a legpontosabban a tüdőben lévő daganat típusa és helye alapján lehet meghatározni, de az egészség-gazdaságtani modellben bizonyos egyszerűsítésekkel élnünk kell, így a tüdőrák stádiumai szerinti kezelési átlagköltségek meghatározása javasolt. A modellben az LDCT-szűrésen résztvevők körében diagnosztizált tüdőrákos betegek csoportjában a stádiumok szerinti eloszlás az NLST-ben megfigyelt adatokon alapulhat, míg az LDCT-szűrésen részt nem vevő, rizikócsoportba tartozók között diagnosztizált tüdőrákos eseteknél a hazai adatokat vehetjük alapul.

A költségadatokat az alábbiak szerint érdemes a modellben kategorizálni: (i) kezdeti diagnosztikai költségek (LDCT és szükség esetén további diagnosztikai vizsgálatok a stádium meghatározásáig), (ii) kezelési költségek (műtét, sugárterápia, kemoterápia), (iii) követés költségei (a túlélők vonatkozásában), (iv) palliatív ellátás költségei.

Vannak természetesen olyan beavatkozások, tevékenységek, amelyek kifejezetten az egyes szakaszokhoz kötődnek, de olyan vizsgálatok is vannak (pl. képpalkotó diagnosztika), amelyeket többször is elvégeznek a betegség lefolyása alatt, így ezeket több kategóriában is szerepeltetni kell.

Az eddigi külföldi vizsgálatok, számítások nem tértek ugyan ki a gyógyszerköltségekre, de ezeknek számbavétele is megfontolandó.

### Következtetések

A tüdőrákkal diagnosztizált betegek 85–90%-a öt éven belül meghal. Az évente Magyarországon közel 8500 személy halálát okozó tüdőrák a legsúlyosabb rosszindulatú daganat:

#### 1. táblázat. Felfedezett tüdőrákos esetek stádium szerinti eloszlása

stádium	NLST-ben megfigyelt eloszlások (%)	Hazai megfigyelt eloszlások (%)**
I.	50,0	16,5
II.	7,1	11,4
III.	21,2	23,9
IV.	21,7	45,7

Forrás: \* NLST, \*\* Korányi Bulletin, 2012. 1: 20., 25. táblázat (2011-es adatok, megjegyzés: post mortem: 2,6%)

több ember hal meg emiatt, mint a colorectalis, az emlő- és a prosztaták következtében együttvéve. Az NLST, valamint a folyamatban levő európai vizsgálatok várható pozitív eredményei a népegészségügyi tüdőrákszűrési programok kezdetét is eredményezhetik (12).

Az alacsony dóziszú CT-technikájú szűrésnek kizárólag jól leszűkített rizikócsoporthoz tartozók esetében van relevanciája. A szűrésbe bevont nagy kockázatú kör egzakt meghatározása nagymértékben elősegítheti a korai felismerést, és hozzájárulhat a szűrés hatékonyságához.

A CT-vizsgálat túlérzékenységből fakadóan az orvosoknak szóló standardizált, optimalizált eljárások, algoritmusok, iránymutatások kidolgozásával, a teljes szűrési folyamat gyakorlatisabbá tételével valószínűsíthető – az álpozitív eredmények nagy számának várható csökkenésével – az LDCT-szűréshez köthető további vizsgálatok költségeinek csökkenése is.

A tüdőrákszűrés hatékonyságát javíthatja a szoftveres automatizálás, mind az elváltozások kiemelésének kritériumrendszerével, mind azok térfogatbeli és egyéb minőségi mutatókban bekövetkezett (például a tömör árnyékot adó komponens aránya) változásának követése (12).

Az NLST elsődleges biztató eredményeit 2011 nyarán publikálták, azóta eltelt másfél év. Közleményünk célja, hogy – éppen a hagyományos tüdőszűrés átalakításának folyamatában – újra és hangsúlyosan felhívja az egészségügyi és gazdasági döntéshozók figyelmét a tüdőrákos megbetegedések és halálozás drámai mértékére. Mindezek miatt és az újabb adatok tükrében halaszthatatlanná vált, hogy megkezdődjenek az LDCT-tüdőrákszűrés területén a hazai körülmények között végzett követéses vizsgálatok és részletes adatgyűjtések.

Nem szabad megfeledkezni azonban arról sem, hogy esetlegesen a jövőben népegészségügyi keretek közé szervezett LDCT-tüdőrákszűrés csak részben nyújt védelmet: kizárólag sikeres dohányzásról leszokást segítő programokkal és a dohányzás korlátozására irányuló multidiszciplináris törekvésekkel kombinálva érhető el hosszú távú eredmény.

### Hivatkozás

\* A Rákregiszter szakemberei folyamatosan kérik az adatszolgáltató orvosoktól a kódok ellenőrzését. Vannak intézetek, melyek munkatársai ellenőrzik és javítják azokat, azonban vannak olyanok is, amelyek nem vagy csak részben teszik meg azt, és vannak olyanok is, amelyek ismételt kérésre sem küldenek vissza javított adatokat.

### Irodalomjegyzék

1. American Cancer Society. *Global cancer facts & figures 2007*. Atlanta: American Cancer Society; 2007.
2. Boyle, P., Levin, B. E.: *World Cancer Report, 2008*. Lyon: IARC Press; 2008.
3. Csoma Zs., Kovács G., Ostoros Gy., Sótér Sz., Strausz J., Zsarnóczy I.: *Pulmonológiai intézmények 2011. évi epidemiológiai és működési adatai*. *Korányi Bulletin*, 2012. 1: 4–25.
4. Kovács G., Gaudi I., Kövi R.: *Egy interdiszciplináris betegség, a tüdőrák Magyarországon 2006-ban: epidemiológia, megelőzés és terápiás esélyegyenlőség*. *Magy. Onkol.*, 2006. 50(3): 207–215.
5. Ungár I., Böszörményi M., Hankovszky M., Kánitz É., Németh Gy.: *A tüdőrák klinikuma és terápiája*. Budapest: Akadémiai, 1989. 32. o.
6. Wilson, J. M. G., Jungner, G.: *Principles and practice of screening for disease*. *Public Health Paper*, No. 34. Geneva: WHO, 1968.
7. Moizs M., Bajzik G., Szörényiné Ványi G., Lelovics Zs., Repa I.: *Technológiai fejlesztések a hatékony tüdőrákszűrésért. A tüdőrákszűrés a legújabb eredmények tükrében*. *Népegészségügy*, 2011. 89(4): 318–329.
8. Strausz J., Csoma Zs., Kovács G., Nyári L., Ostoros Gy., Zsarnóczy I.: *A pulmonológiai hálózat 2010. évi statisztikai eredményei*. *Korányi Bulletin*, 2011. 1: 2–22.
9. The National Lung Screening Trial Research Team. *Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening*. *N. Engl. J. Med.*, 2011. 365: 395–409.
10. Szörényiné Ványi G., Moizs M., Repa I.: *Innováció a népegészségügyben: a Kaposi Mór Oktató Kórház innovatív szerepvállalása a népegészségügy területén*. *IME*, 2012. 11(4): 35–40.
11. Monostori Zs.: *A tüdőrák szűrésének dilemmája. Felismerhető és kezelhető-e korai stádiumban a daganat?* *Magy. Radiol.*, 2002. 76(2): 58–63.
12. Barta P., Losonczy Gy.: *A tüdőrák szűrése*. *Orv. Hetil.*, 2012. 153(23): 904–907.

- 
- 1 Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár
  - 2 Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár
  - 3 Med-Econ Humán Szolgáltató Kft., Budapest
  - 4 Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar, Miskolc

# Az erdőszűtség hatása a születéskor várható élettartamra

A társadalom az állammal szemben nagyon sokféle igénytel lép fel egészségmegőrzése érdekében. Ezek megvalósításának (köz)gazdaságilag két kritériuma van: a nettó társadalmi hasznuk – vagyis a társadalmi haszon és társadalmi költség különbsége – pozitív, valamint az alternatív programokénál nagyobb legyen. Nemzetközi és hazai szinten egyre komolyabb szerepet kap az erdő közjóléti funkciója a társadalmi, (nemzet) gazdasági és védelmi funkciója mellett. Európában ez a folyamat azt eredményezte, hogy a társadalom elvárásai alapján a rekreációs-esztétikai funkció egyre inkább előtérbe került. A lakosság egészségi és pszichés állapotát kimutathatóan pozitívan befolyásolja a megfelelő környezeti állapot. Az erdő – túlzás nélkül – nélkülözhetetlen az ember testi és lelki egészségének megőrzésében, továbbá a társadalom fokozódó igényt támaszt irántuk az üdülés és a pihenés terén is. A közgazdaságtan nem sajátíthatja ki az erdő értékének vizsgálatát (abban osztoznia kell más tudományterületekkel, így a természettudomány számos ágával, az egészségtudománnyal), és nagyon óvatosan kell eljárnia, ha erre a területre téved. A közgazdasági elméletek újraértelmezésekor (paradigmaváltás) át kell gondolni, hogy a pénzben kifejezhető profitmaximalizálás helyébe a nem csak pénzbeli hasznat értékelő szemlélet lépjen. A közjóléte és a fenntarthatóságot is figyelembe vevő szemlélet a közjó szolgálatát állítja célja középpontjába, melyben a közjó(lét) megvalósítását segíti elő a profit is. Az erdőtelepítések hozadéka lehet a születéskor várható élettartam növekedése.

■ Dr. Seregi János, dr. Lelovics Zsuzsanna, dr. Balogh László

## Az egészségi állapot tényezői

A lakosság egészségi állapotát különböző, a társadalmi-gazdasági jólét szintjétől függő tényezők határozzák meg. Az egy főre jutó nemzeti össztermék alakulásával szoros összefüggésbe hozhatók egy ország lakossága egészségi állapotának mutatói. Az a megközelítés, hogy annál jobb általános egészségi állapotot várhatunk egy ország lakossága esetében, minél gazdagabb az ország, első megközelítésben nem hibás vélekedés. Az egy főre eső bruttó hazai termék (gross domestic product, GDP) és a születéskor várható átlagos élettartam (life expectancy at birth) közötti összefüggést exponenciális függvénykapcsolat jellemzi (1). Az országok humán fejlettségének mérésére és összehasonlítására alkalmazzák az emberi fejlettség indexét (Human Development Index, HDI), amelynek tartalma és használhatósága a mutató megjelenése óta folyamatosan vita tárgyát képezi. Az emberi fejlettséget mutató index kidolgozásának alap gondolata szerint a fejlett és fejlődő országok – bruttó hazai termékkel mért – gazdasági fejlettségén túl egy komplexebb mutató alkalmazásával azok humán fejlettsége összehasonlítható válik (2, 3).

## Erdőszűtség

Magyarország erdőszűtsége (egy adott terület mekkora részét borítja erdő) az elmúlt ötven évben folyamatosan javul, bár a

20,7%-os hányaddal még elmarad a nemzetközi átlagtól (az EU 27 országára vonatkozóan 36,9%). Hazánkban a – 35–50 év alatt elérendő – hosszú távú cél a Nemzeti Erdőprogram (2006–2015), a Nemzeti Környezetvédelmi Program (2009–2014) és a Nemzeti Erdőtelepítés Program értelmében az optimálisnak tartott 27%-os erdőszűtséget elérése. Hazánk erdeinek értéke nagymértékben meghaladja az 1000 milliárd forintot. A huszonkét állami erdőgazdaságnak további kb. 70 milliárd forint saját tulajdona van (4). Az erdőből származó faanyag- és erdei melléktermékekre épülő úgynevezett fa- és nem faalapú iparban, valamint az egyéb gazdasági ágazatokban hozzáadott értékkel együtt azonban sokkal nagyobb részarányról beszélhetünk. A nagy területi részarány ellenére az erdőgazdálkodás (a fafeldolgozó ipar ebbe nem tartozik bele) éves teljesítménye a nemzetgazdaság egészében az 1999. és 2001–2005. évben elért 0,3%-os értéket (5–10) követően – évek óta változatlanul – mindössze 0,1%-ot (11–16), más, nemzetközi szinten publikált adat szerint 2010-ben 0,8%-ot (17) képviselt.

## Célkitűzés

Harminc ország különböző makromutatóit vizsgálva célunk annak megállapítása volt, hogy milyen tényezők állnak összefüggésben az egyes országokban születéskor várható élettartammal. A rendelkezésre álló mérőszámok: az egy főre jutó

## 1. táblázat. Az erdőszültség és a születéskor várható élettartam kapcsolat változói

Modell	Variables Entered (Bekért változók)	Variables Removed (Eltávolított változók)	Módszer
1	rec_erdo	,	
2	Reciprok Erdő%	,	

a. Függő változó: Születéskor várható élettartam 2007 [év]

## 2. táblázat. Az erdőszültség és a születéskor várható élettartam kapcsolat modell összessége

Modell	R	R-négyzet	Korrigált R-négyzet	Standard hiba
2	0,656 (b)	0,43	0,386	1,731324

b. Előrejelző változók: (Konstans), rec\_erdo, HDI

## 3. táblázat. Az erdőszültség és a születéskor várható élettartam kapcsolat modell varianciaanalízise

(ANOVA, a) Négyzetes összeg	szf. (df)	Átlagos négyzetes eltérés	F	Szignifikancia (p)	
Regresszió	58,785	2	29,393	9,806	0,001 (c)
Reziduális	77,935	26	2,997		
<b>Összes</b>	<b>136,72</b>	<b>28</b>			

a. Célváltozó (függő változó): Születéskor várható élettartam 2007 [év]

b. Előrejelző változók: (Konstans), rec\_erdo.

c. Előrejelző változók: (Konstans), rec\_erdo, HDI.

szf. szabadságfok

## 4. táblázat. Az erdőszültség és a születéskor várható élettartam kapcsolat modell paramétere

Együtthatók (a) Modell	Nem standardizált együtthatók	Standardizált együtthatók	t	Szign. (p)	
B	Standard hiba	(Beta)			
2 (Konstans)	52,647	11,638	4,524	0	
Reciprok Erdő%	-0,109	0,034	-0,482	-3,208	0,004
HDI	31,896	13,044	0,368	2,445	0,022

a. Függő változó: Születéskor várható élettartam 2007 [év]

GDP [USD], az ország lakosainak száma [n], az ország területe [km<sup>2</sup>], az erdőszültség aránya [%] és az emberi fejlettség index (Human Development Index, HDI). Továbbá célunk tüztük ki annak meghatározását, hogy az erdőterület nagysága összefügg-e, és ha igen, milyen mértékben az egyes országokban születéskor várható élettartammal.

## 5. táblázat. A születéskor várható élettartam-átlagok az egy főre jutó GDP-rangsor és az erdőszültség rangsora alapján (n = 48)

Születéskor várható élettartam, 2010 [év]	Egy főre jutó GDP, 2010 [USD]		
	1–16. ország (gazdagabb)	17–32. ország (átlagos)	33–48. ország (szegényebb)
Erdőszültség	1–16. ország (nagyobb)	81,3 ± 1,1 (n = 5)	78,9 ± 2,0 (n = 5)
	17–32. ország (átlagos)	80,7 ± 1,6 (n = 4)	81,3 ± 0,7 (n = 6)
	33–48. ország (kisebb)	80,1 ± 1,8 (n = 7)	79,4 ± 3,4 (n = 5)

## 6. táblázat. A születéskor várható élettartam-átlagok az egészségügyi kiadások GDP-arány szerinti rangsor és az erdőszültség rangsora alapján (n = 48)

Születéskor várható élettartam, 2010 [év]	Egészségügyi kiadás a GDP arányában, 2010 [%]		
	1–16. ország (gazdagabb)	17–32. ország (átlagos)	33–48. ország (szegényebb)
Erdőszültség	1–16. ország (nagyobb)	81,2 ± 1,5 (n = 4)	77,9 ± 2,7 (n = 6)
	17–32. ország (átlagos)	81,0 ± 1,2 (n = 8)	80,1 ± 2,2 (n = 3)
	33–48. ország (kisebb)	80,3 ± 0,7 (n = 4)	79,3 ± 3,1 (n = 7)

## 7. táblázat. A születéskor várható élettartam-átlagok az egy főre jutó GDP-rangsor és az erdőszültség rangsora alapján (n = 10)

Születéskor várható élettartam, 2010 [év]	Egy főre jutó GDP, 2010 [USD]	
	1–5. ország (gazdagabb)	6–10. ország (szegényebb)
Erdőszültség	1–5. ország (nagyobb)	81,5 ± 1,0 (n = 3)
	6–10. ország (kisebb)	80,1 ± 2,0 (n = 2)

## Módszer és eredmények

Előfeltevésünk az volt, hogy az erdőterületek aránya – valamilyen módon – kapcsolatban áll a születéskor várható élettartammal (18). A feltevést direkt (regressziós egyenes illesztésével) megvizsgálva arra jutottunk, hogy kapcsolat van a két változó között, az azonban gyenge, ha lineáris kapcsolatot feltételezünk. Ezt követően különböző transzformációkat végeztünk az erdőszültség mértékével, és úgy vizsgáltuk meg az összefüggést. Több vizsgálat (logaritmikus, négyzetgyök) után azt találtunk, hogy a kapcsolatot legjobban a százalékos érték reciproka írja le. A célváltozónk és az erdőszültség reciproka között 0,5-nél nagyobb korrelációt találtunk (1. ábra). Következő lépésben megvizsgáltuk a további változóink esetleges hatását, és az eredményeket lineáris regressziós modellbe illesztettük. Eredményül olyan képletet kaptunk, ahol két változó segítségével a magyarázott célváltozónk varianciájának 43%-át magyarázni tudjuk (1–4. táblázat).

Felhasznált változóink a reciprok erdőarány, illetve a HDI-mutató, ahol a reciprok erdőarány negatív béta-értékkel szerepel az egyenletünkben. Ez alapján azt mondhatjuk, hogy az erdőarány növekedésével magasabb a születéskor várható élettartam. Hasonlót tapasztalunk az HDI-mutató esetében, nagyobb HDI-index magasabb várható élettartammal függ össze. A 2. ábrán a születéskor várható élettartam és a prediktált értéke közötti összefüggést szemléltetjük.

Az erdőszültség születéskor várható élettartamra gyakorolt hatásai más elemzés során is bizonyítottak látszik. Amellett, hogy ismert a GDP és a születéskor várható élettartam közötti kapcsolat, az erdőszültség mértéke is figyelemre méltó lehet. Azonos adatbázisból (19) negyvennyolc ország születéskor várható élettartam átlagát számítottuk az egy főre jutó GDP által felállított rangsor (20) és az erdőszültség rangsora szerint (5. táblázat).

A GDP alapján első tizenhatnak rangsorolt országban az erdőszültség mértékének csökkenésével a születéskor várható élettartam-átlagok is csökkennek (átlagosan 81,3 év, 80,7 év és 80,1 év). Ilyen tendenciát azonban az „átlagosnak” vagy „szegényebbnek” sorolt országoknál nem tapasztalunk. Ugyanez mondható el abban az esetben is, amikor a születéskor várható élettartam-átlagokat (81,2 év, 81,0 év és 80,3 év) a GDP arányában egészségügyre fordított kiadások rangsora és az erdőszültség rangsora szerint számítottuk (6. táblázat).

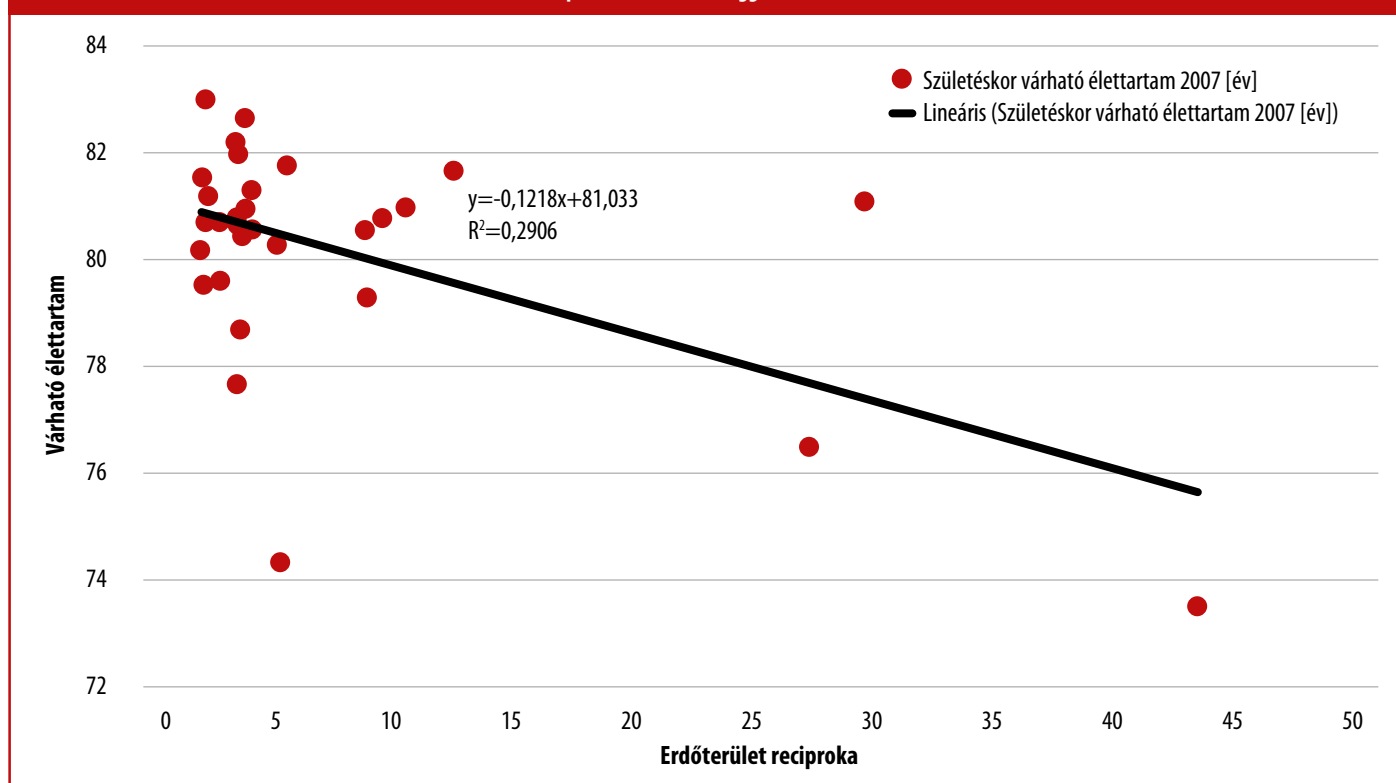
Az egy főre jutó GDP alapján a tíz leggazdagabb ország (Luxemburg, Norvégia, Svájc, Egyesült Arab Emírségek, Dá-

nia, Ausztrália, Svédország, Hollandia, Amerikai Egyesült Államok, Írország) tekintetében ez a jelenség még markánsabban megfigyelhető (7. táblázat). Azokban az országokban, ahol – a többihez képest – nagyobb az egy főre jutó GDP összege, az erdősültségnek pozitív hatása van a születéskor várható élettartamra: lakosai átlagosan 1,4 évvel élnek tovább.

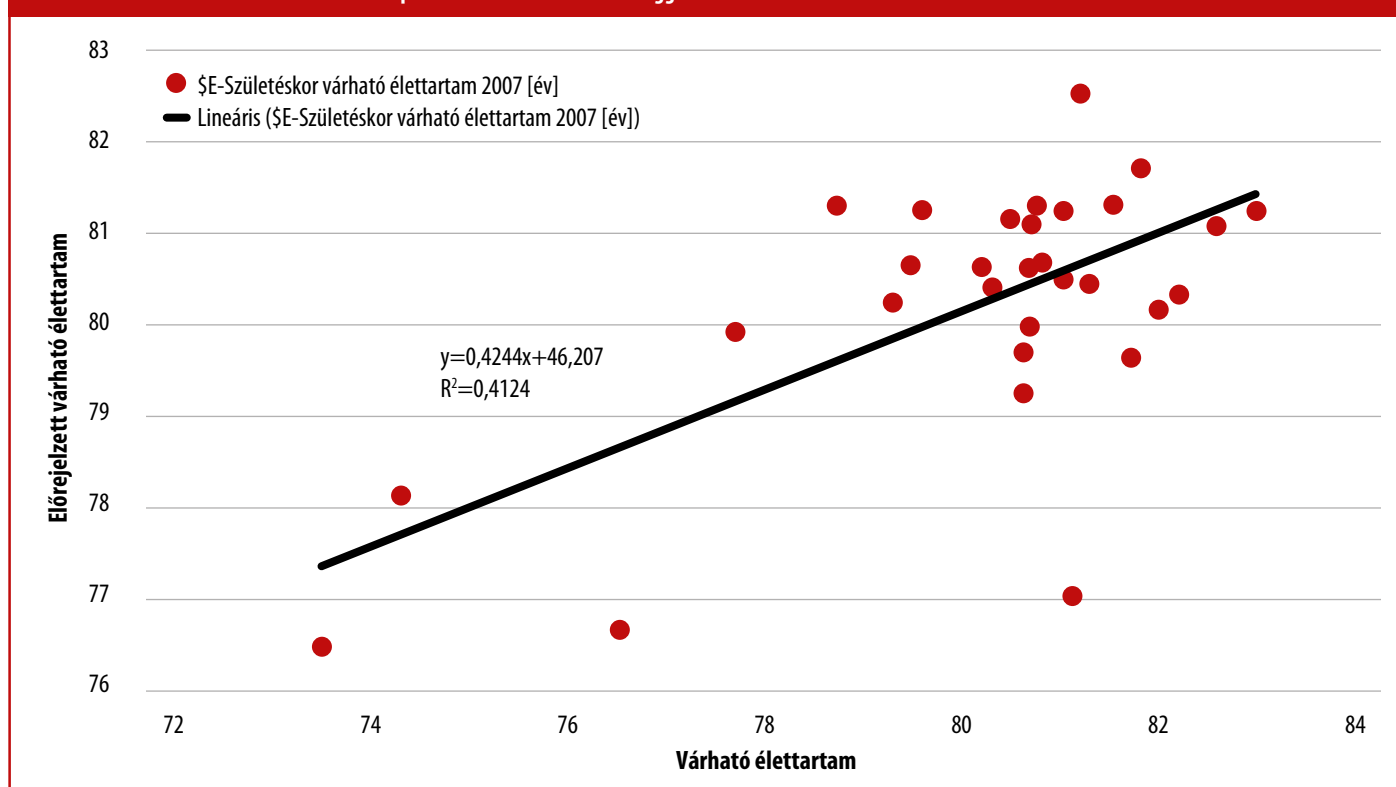
### Megbeszélés és következtetések

A születéskor várható élettartam meghosszabbítása az egész társadalom számára felbecsülhetetlen értékű haszonnal bír. Egyelőre kellő biztonsággal nem sikerült igazolnunk – elsősorban az egy főre jutó GDP túlnyomó hatása miatt – az erdősültség szerepét az egészségben és a születéskor várható

1. ábra. A születéskor várható élettartam és az erdőterület [%] recipoka közötti összefüggés



2. ábra. A születéskor várható élettartam és a prediktált érték közötti összefüggés





élettartamban, de a leggazdagabb országokban az erdősült-ség arányában nőtt az élettartam.

Bő tíz évvel ezelőtt történtek már kísérletek a születés-kor várható élettartam összefüggéseinek leírására: akkor huszonhét gazdaság mutatót vizsgáltak, a végső elemzés során ebből kilencet találtak jelentősnek (21). Az egyik az erdősültség aránya volt, ami – eredményeik szerint – gyenge negatív korrelációt mutatott a születéskor várható élet-tartammal.

Ettől eltérő eredményeinket azzal tudjuk magyarázni, hogy az elmúlt évtizedben megnőtt a rekreáció szerepe, a nagy GDP-t termelő országok többet tudnak költeni rekreációs cél-ra is. Az ország gazdaságának növekedésével párhuzamosan használhatják az erdőt rekreációs-gyógyászati célokra, nem véletlen, hogy egyelőre ilyen eredményt a gazdagabb orszá-gok vonatkozásában kaptunk. Hosszú további kutatásokat igényel kérdésünk megválaszolása.

Az egészség megtartása új szemléletmódot igényel, amely több iparág által előállított termékek és szolgáltatások irányá-ba is fizetőképes keresletet teremthet, ezáltal az egészségbe való befektetés sokkal nagyobb hozamokkal kecsegtet, mint bármely más területen végzett investíció. Statisztikailag mér-hető például az erdőterület, annak változása, a fahozam, de nem mérhető a hozzáadott érték (egészségnyereség), így az erdő(k) értéke felbecsülhetetlen.

### Irodalomjegyzék

1. Ádány R. (szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Budapest: Medicina, 2003.
2. Husz I.: *Az emberi fejlődés indexe*. Szociológiai Szemle, 2001. 2: 72–83.
3. Husz I.: *Az emberi fejlődés indexe*. In: Lengyel Gy. (szerk.): *Indikátorok és elemzések. Műhelytanulmányok a társadalmi jelzőszámok témaköréből*. Budapest: BKÁE, 2002. 23–34. o.
4. Magyar Fejlesztési Bank Zrt. által kezelt adatszolgáltatások, 2011.
5. *Jelentés az agrárgazdaság 1999. évi helyzetéről*. (J/3301. sz.) Budapest: Magyar Köztársaság Kormánya, 2000. október.
6. *Jelentés az agrárgazdaság 2001. évi helyzetéről*. (J/1030. sz.) Budapest: Magyar Köztársaság Kormánya, 2002. szeptember.
7. *Jelentés az agrárgazdaság 2002. évi helyzetéről*. 2. kötet. Budapest: Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, 2003. október.
8. *Jelentés az agrárgazdaság 2003. évi helyzetéről*. Budapest: Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, 2004. szeptember.
9. *Jelentés az agrárgazdaság 2004. évi helyzetéről*. Budapest: Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, 2005. szeptember.
10. *Jelentés az agrárgazdaság 2005. évi helyzetéről*. Budapest: Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, 2006. szeptember.
11. *Jelentés az agrárgazdaság 2006. évi helyzetéről*. Budapest: Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, 2007. október.
12. *Jelentés az agrárgazdaság 2007. évi helyzetéről*. Budapest: Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, 2008. október.
13. *Jelentés az agrárgazdaság 2008. évi helyzetéről*. 1. kötet. (J/10528. sz.) Budapest: Magyar Köztársaság Kormánya, 2009. szeptember.
14. *Jelentés az agrárgazdaság 2009. évi helyzetéről*. Budapest: Vidékfejlesztési Minisztérium, 2010. október.
15. *Jelentés az agrárgazdaság 2010. évi helyzetéről*. 1. kötet. (J/4455. sz.) Budapest: Magyar Köztársaság Kormánya, 2011. október.
16. *Jelentés az EMVA társfinanszírozásában megvalósuló vidékfejlesztési program végrehajtásának 2011. évi előrehaladásáról*. Budapest: Európai Mezőgazdasági Vidékfejlesztési Alap, 2012. június.
17. *State of Europe's Forests 2011. Status & trends in sustainable forest management in Europe*. Aas: Ministerial Conference on the Protection of Forests in Europe, 2011.
18. *Central Intelligence Agency: The World Factbook*. (2011-01-01) URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> (2012-10-26)
19. *European Commission Public Health: Health status indicators*. URL: [http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm) (2012-11-02)
20. *International Monetary Fund: World economic outlook database, April 2012. 5. Report for selected countries and subjects*. URL: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/01/weodata/index.aspx> (2012-11-01)
21. CHEN, M. – CHING, M.: *A statistical analysis of life expectancy across countries using multiple regression*. Sys 302 Project. (2000-12-18) URL: <http://www.coursehero.com/file/1318874/Project2/> (2012-10-29)

---

A szerzők a Kaposvári Egyetem munkatársai

# Az ápolási rendszerek átalakítása a skandináv országokban

## A németországi és a skandináv ápolási rendszerek összehasonlítása

A Friedrich Ebert Alapítvány átfogó tanulmányt jelentetett meg egyes európai országok ápolási rendszereinek átalakítási törekvéseiről. Az alapítvány jóvoltából most közzé tesszük a publikációt magyar nyelven. A szerző a németországi ápolási rendszert a dán, a finn, az izlandi, a norvég és a svéd rendszerrel hasonlítja össze.

### A demográfiai átalakulás, a nők keresőtevékenysége és az ápolási rendszerek általános irányultsága közötti összefüggés

Németországban 1994–2009. között a 65 év fölötti lakosság aránya egyharmadával növekedett. Ennek eredményeként Németország 2010-ben a lakosság elöregedése tekintetében (20,6%) Japán után (23,1%) a világranglista második helyére került. Egyes skandináv országokban ezzel szemben a lakosság elöregedésének aránya az EU-átlag (EU-27-ek: 17,4%) alatt van: Izlandon 12,2%, Norvégiában 15%, Dániában 16,6%; az EU-átlag szintjén van Finnország (17,6%) és csak Svédországban haladja meg azt (18,3%).

A német lakosság elöregedésének okai: a tartósan alacsony születésszám és a mérsékelt bevándorlás. Az 1980-as évek elejéig a születésszám a skandináv országokban még a németországinál is alacsonyabb volt, ezt követően azonban előbbiekben megfordult a trend, Németországban viszont a születésszám tovább csökkent. Az 1980-as években az egy nőre eső szülések száma Dániában, Németországban, Finnországban, Hollandiában, Norvégiában, Ausztriában és Svédországban 1,6–1,7 volt. Az 1980-as évek közepe táján bekövetkezett trendváltás során a születésszámok tekintetében két országcsoport körvonalazódott. Németországban, Ausztriában, a dél-európai országokban és a kelet-európai új EU-tagállamokban a születésszám drasztikusan visszaesett. A skandináv országokban viszont felülmúlás következett be, 1999–2009 között az egy nőre eső szülések száma meghaladta az 1,7-et (Dániában és Finnországban 1,79, Svédországban 1,73, Norvégiában 1,86, Izlandon 2,05). Hasonló fejlődés következett be Belgiumban és Hollandiában is. Ezek az értékek ugyan még nem érik el a stabilitási kritériumot (2,1), ahhoz azonban elégségesek, hogy az időskorúak arányának túlzott növekedése miatt ne lépjen fel társadalmi alkalmazkodási kényszer.

A keresőtevékenységet végző nők aránya Németországban 1999–2010 között 57,4%-ról 66,1%-ra emelkedett. Ez

azonban nincs összhangban a teljes munkaidőre kivetített foglalkoztatás (vollzeitäquivalente Beschäftigung) növekedésével. A nők teljes munkaidős foglalkoztatásának aránya a skandináv EU-tagállamokban 2007-ben 61,9% (Svédország) és 63,9% (Finnország) között mozgott, Németországban ezzel szemben mindössze 48,2% volt. Skandináviában a férfiak és a nők munkaidő-opciói konvergálnak: 2007-ben Dániában, Finnországban és Norvégiában a nők kétharmada, Norvégiában a férfiak 72%-a hetente 35–39 órás, vagy 30–34 órás munkaidőben dolgozott. Németországban viszont a keresőtevékenységet végző nők egynegyede heti 40 órás munkaidőben dolgozik, másrészt minden ötödik nő és a férfiak négy százaléka rövidített munkaidőben, hetente kevesebb, mint 19 órát dolgozik. Németországtól eltérően Skandináviában a minijobok rendszere nem rendelkezik jelentőséggel.

A magasabb képzettségű nők törekvése, hogy huzamosabb ideig gyakorolják hivatásukat és megteremtsek gazdasági önállóságukat. A tanulásra képes társadalmak támogatják ezt a folyamatot. Egyrészt megszüntetik azokat az ösztönzőket, amelyek akadályozzák a fokozott keresőtevékenységre való hajlamosságot, másrészt professzionalizálják a családi életben a hagyományosan a nők által ellátott ápolási és gondozómunkát. Jellemző, hogy Németországban a keresőtevékenységüket családi okokból feladó nők aránya több mint 9%, a skandináv országokban viszont kevesebb, mint 2%.

Egy állami kötődésű ápolásipar kiépítése pozitív folyamat. A várható életkor növekedése áldásnak tekinthető, másrészt azonban ez a krónikus betegségek növekedésével jár. Az egészségben töltött életek számának csökkenése és az egészségkárosodással töltött évek számának növekedése költségfelhajtó hatást gyakorol az egészségügyi rendszerekre. Azok az országok, amelyekben az időskorúak ápolása elsősorban a család és a szociális háló feladata, hátrányos helyzetben vannak. A várható életkor növekedésének és az egészségben töltött évek számának



csökkenése nagy megterheléssel és az egészségkárosodás veszélyével jár az ápolást végző hozzátartozók számára. A lakosság elöregedéséről szóló németországi viták során erről kevés szó esik. Németországban azon személyek, akik 2009-ben betöltötték 65. életévüket, még 19,3 életévnek nézhetnek elébe. Ezzel szemben Izlandon és Svédországban még 19,8 életévnek, Norvégiában és Finnországban még 19,6 életévnek, Dániában 18,2 életévnek. Miközben azonban Németországban ezen életévek zöme krónikus megbetegedésekben telik el, a skandináv országokban ez fordítva van. 2000-2009. között Németországban az egészségben töltött életévek száma tízről 6,4 évre (-41,8%) csökkent. Ezzel szemben Svédországban csaknem 50%-kal (9,4 évről 13,6 évre), Finnországban csaknem 29%-kal (5,8 évtől 8,1 évre) növekedett.

### Az elemzés végkövetkeztetése

A gazdaságilag fejlett országokban, amelyek aktívan művelik a nemek közötti egyenlőséget és jól hozzáférhető szolgáltatásalapú ápolási infrastruktúrát működtetnek, hatékonyan tehermentesítik és támogatják a családokat, a születési ráta magasabb, mint ott ahol ezek a feladatok túlnyomórészt a családokra és elsősorban a nőkre hárulnak. Ugyanakkor a nők keresőtevékenysége magasabb, mivel a családi kötelezettségek kevésbé akadályozzák a nőket szakmai tevékenységükben, másodsorban pedig az ápolásipar maga is hozzájárul a munkahelyteremtéshez. Mivel az ápolási tevékenységek professzionalizálásából keletkező munkahelyek nem gerjesztenek járulékos természetes fogyasztást, az ilyen szolgáltatások fokozott igénybevétele egy szociálisan és ökológiailag fenntartható, hozzáadott értékteremtésre irányuló növekedési stratégia részeként jelenik meg. Azt a tényt, hogy ez az út finanszírozható, azoknak az országoknak a példája bizonyítja, amelyek lemondtak a családi alapú ápolás elsőbbségéről. Az öt skandináv ország mellett ezt az utat követi Belgium és Hollandia is.

### Az ápolási rendszerek és a jóléti állam

Esping-Andersen tipológiája szerint a jóléti állam három négy típusa különböztethető meg. A skandináv országokra a jóléti állam átfogó szolgáltatási kínálata jellemző. Ez az egyenlőségen alapul és lehetővé teszi a férfiak és a nők hasonló mértékű keresőtevékenységét. Németország a szomszédos országokkal (Ausztria, Svájc, Franciaország, Belgium, Hollandia) és más közép-európai országokkal együtt a konzervatív-korporatív szociális állam típusához tartozik. Ezen államok egészségügyi rendszereinek perspektívájából arra számíthatnánk, hogy az ápolás a rendszer logikáját követi. Valójában azonban a konzervatív szociális államokban az ápolás tekintetében különböző alaptípusok nyilvánulnak meg. Miközben Belgiumban és Hollandiában az ápolás professzionális és szükségletorientált, Németországban és Ausztriában a professzionális alacsonyabb. A németnyelvű és a dél-európai országokban a család általi és az informális szolgáltatásnyújtás elterjedtebb. A családorientált rendszer két, a szolgáltatásorientált rendszer három alaptípusra tagolódik. Így a dél-európai országokban a családon alapuló ápolás a szélesebb családi körre, illetve klánra, a németnyelvű országokban a szűk családi körre épül. To-

vábbi különbség, hogy Németországban a professzionális szolgáltatások nyújtását szigorú előírások szabályozzák, amelyekben a szolgáltatások az ápolás során végzett műveletek részletes leírásához kapcsolódnak. A fő szempont a német rendszerben a skandináv országoktól eltérően nem az ápolásra szoruló személy konkrét szükséglete, hanem az állami kiadások alacsony szinten tartása. A dél-európai országokban teljességgel hiányzik az állami szabályozás, amely szigorú bürokratikus szabályok szerint határozná meg és fokozatokba sorolná az ápolásra szorultságot. Az ottani szabályozás eléggé felületes, a finanszírozás privát ápolási kiadásokból és állami hozzájárulásokból álló együttes finanszírozásként valósul meg. A skandináv országok és néhány kontinentális ország mellett egyes angolszász országok is a szolgáltatásokon alapuló típushoz tartoznak. A „rendszer” elnevezést megszolgált ápolási berendezés azonban ezekben csak korlátozott mértékben létezik. Nagy-Britanniában a National Health Service (NHS) által nyújtott betegápolás a skandináv országokhoz hasonlóan ingyenes. A nem az NHS-hez kapcsolódó ápolás már kommunális feladat, és annak szervezete minden régióban más és többnyire magas önrészekkel jár. Ott pedig, ahova nem érnek el az NHS univerzalisztikus szolgáltatásai, és nem teljesülnek a kommunális szolgáltatásokhoz való hozzáférés kritériumai, a piac logikája érvényesül.

A Benelux-országokban és Skandináviában az egészségügy keretében az ápolás és az orvosi ellátás sokkal inkább fej-fej mellett működik, mint Németországban, ahol alárendeltségi viszony keletkezik a férfiak által dominált orvosi ellátás és a nők által dominált ápolás között („az ápolás a gyógyítás szolgálólánya”). A német egészségügyi rendszer orvosközpontú, amelyet súlyosan megterhelnek az orvosok rendi érdekei. Az orvosképviseletek a hozzájuk dörgölőző politikával együtt mind a mai napig gáncsolják az ápolóképzés egyetemi szintre emelését. Az idősápolás területén súlyosbító körülmény, hogy itt az egészségpolitika és a családpolitika átfedésbe kerül. Az egészségpolitika logikája a professzionalizálás mellett, a családpolitikáé a család szerepvállalása mellett szól. A politika célja, hogy a társadalom számára rendkívül olcsó családi ápolás bizonyos mértékű támogatásával stabilizálja a rendszert, és olyan szinten tartsa az ápolóképzést, amely még egyeztethető az alacsony bérekkel.

### Németország: az ápolás szorosan értelmezett fogalma – elmozdulás a család általi ápolás felé – feszes biztosítási rendszer

A német társadalombiztosítás ötödik pillére – az ápolásbiztosítás – bevezetésére 1995. január 1-én került sor. Az erre vonatkozó jogszabály a Társadalombiztosítási törvénykönyv tizenegyedik könyve (Sozialgesetzbuch – SGB XI). Ez a rendszer egyrészt a kötelező, másrészt a privát betegbiztosításhoz kapcsolódik. A kötelező betegbiztosítás tagjai automatikusan biztosítással rendelkeznek a szociális ápolásbiztosításban, a privát biztosítottaknak pedig az ápolásbiztosításban is szerződést kell kötniük. A szociális ápolásbiztosítás kiadásait járulékokból finanszírozzák. Ezeket a munkavállalók és a munkaadók fele-fele arányban viselik. A gyermektelen személyek 23-ik életévük betöltésétől kezdve 0,25% járuléktételnyi pótdíjat fizetnek. A privát ápolásbiztosítás járulékaik függet-

**1. táblázat. Az időskorú lakosság ápolási rendszereinek összehasonlítása**

Alaprendszer		Szolgáltatásokon alapuló rendszer		
(informális ápolás elsőbbsége, csekély állami finanszírozás)		(formális ápolás elsőbbsége, közepes-magas állami finanszírozás)		
<b>Változatok</b>				
F-1 szélesebb család; az állami ápolási szolgáltatások csekély szabályozása	F-2 szűkebb család; az állami ápolási szolgáltatások szigorú szabályozása	S-1 piaci-állami vegyes rendszerek, szigorú szabályozás	S-2 átfogó szolgáltatási lefedettség, vegyes fenntartói struktúra	S-3 univerzalista állami rendszer; szolgáltatások magas fokú integrációja
<b>Országok</b>				
Olaszország, Spanyolország, Görögország, Portugália, Lengyelország, Szlovákia, Csehország, Korea	Németország, Ausztria (Szlovénia)	Írország, Új-Zéland, Nagy-Britannia, Ausztrália (Svájc)	Belgium, Hollandia	Dánia, Finnország, Izland, Norvégia, Svédország
<b>Ápolás fogalma</b>				
ápolás szorosan értelmezett fogalma; nem holisztikus felfogás	ápolás szorosan értelmezett fogalma	ápolás szélesebben értelmezett fogalma		
<b>Professionlizálódás mértéke</b>				
csekély	csekély-közepes	változó	magas	
<b>Professionális ápolás</b>				
csekély jelentőségű	csekély-közepes jelentőségű	nagy jelentőségű	nagy jelentőségű	nagy jelentőségű
<b>Szolgáltatásokhoz való hozzáférés</b>				
kész akadályfutas	nehéz (szétszórt struktúrák)	nehéz (polarizált struktúrák)	alacsony küszöbű	alacsony küszöbű
<b>„Szürke ápolási piac”</b>				
magas relevancia	közepes relevancia	közepes relevancia	csekély relevancia	csekély relevancia
<b>Állami finanszírozás</b>				
a GDP <0,8%-a	a GDP >0,8 - < 1,2%-a	a GDP 0,8 - < 1,4%-a	a GDP > 1,4 – több mint 3%-a	A GDP >1,8 – majdnem 4%-a
<b>Állami irányítás</b>				
alacsony	kiadás-szabályozás	kiadás-szabályozás	szükséglet-szabályozás	szükséglet-szabályozás

lenek a biztosítottak jövedelmétől. A szociális ápolásbiztosítás a felosztó-kirovó rendszer elve szerint működik, a privat ápolásbiztosításban a várományok fedezésének eljárását alkalmazzák, amelynek során ún. „időskori megtakarításokat” (Altersrückstellungen) halmoznak fel a jövőben várhatóan fellépő ápolási szükségletek fedezése céljából. Amikor bekövetkezik az ápolásra szorultság, a szociális ápolásbiztosításban a természetbeni ellátások elve, a privat ápolásbiztosításban a költségtérítés elve lép működésbe.

**Következtetés**

Az ápolásbiztosítás bevezetése során a politika elpackázta azt a lehetőséget, hogy egy egységes elvek alapján működő rendszert hozzon létre. A betegfinanszírozás konstrukciós hibája, amely a kötelező betegbiztosítás mellett egy ellentétes elvek alapján működő privat teljes körű biztosítási rendszert is működtet, most a betegbiztosításról az ápolásbiztosítás rendszerére is átruházódott.

Az ápolásbiztosítás nem azonos az időskori biztosítással. A szolgáltatásokra életkorától függetlenül minden ápolásra szoruló személy jogosult. Öt ápolásra szoruló személy közül négy 65 év fölötti, a 70-ik életév fölött pedig az ápolásra szorultság mértéke növekedik. A 85 év fölöttiek körében az ápolásra szoruló aránya 20%, a 90-95 évesek körében több mint 60%.

A német rendszer azzal, hogy az ápolás szorosan értelmezett fogalmát alkalmazza, kirekeszti azokat, akiknek a mindennapi élet teendőivel összefüggő korlátozottsága szociális izolációjukból, kezdődő demenciás megbetegedésükből, eseti időskori zavarodottságukból származik. Ez a kirekesztés a családi alapú ellátás szerinti megközelítést követi. A cél, hogy alacsony szinten tartsák azok körét, akik a családi ápolás alternatívájaként professzionális szolgálá-

tokat vehetnek igénybe, és így nagymértékű költségprivatizációt gerjesztenek. Az alapfunkciókra koncentrálo ápolás percekre lebontva racionalizálható. Mivel a társadalom elöregedésével és individualizációjával azon személyek köre, akiket az ápolásbiztosítás kizár a jogosultak köréből, folyamatosan bővül, a család általi ellátás rendszere eléri határait. Ezért napirendre került az ápolásra szorultság fogalmának újragondolása. A 2008-ban elfogadott új definíció a személy önállóságát hangsúlyozza. Tehát nem az a kérdés, hogy valaki önállóan fel tud-e öltözködni, mosakodni stb., hanem az, hogy képes-e mások segítségével nélkül ellátni mindennapi testápolását, megküzdenni a pszichés problémákkal, fenntartani szociális kontaktusait.

**Skandináv országok: univerzalista rendszer, ápolás szélesebben értelmezett fogalma, önkormányzatok általi szolgáltatásnyújtás**

A skandináv országokban az 1960-as évek végétől az 1990-es évek közepéig az ápolásgazdaság intenzív kiépítése ment végbe, amely a gyermekgondozástól az idősápolásig terjedt. Ebben Svédország úttörő szerepet játszott, az utóbbi években azonban Dánia, Norvégia és részben Izland átvette a vezetést.

**A skandináv idősápolási rendszerek közös ismérvei**

Jogi keretfeltételek: A gyermekek, fiatakorúak, felnöttek, fogyatékkal élők és időskorúak részére nyújtott ápolás, gondozás és segítség tekintetében az északi országok mindegyikében elsődlegesen az önkormányzatok illetékesek. A kommunális ápolásgazdaság szolgáltatásait az egészségügyi szolgálatokról és a szociális ellátásról szóló törvények szabá-

## 2. táblázat. A német és a dán idősápolási rendszer összehasonlítása

	Németország	Dánia
<b>Alapelvek</b>	a hagyományos társadalombiztosítás logikája szerinti biztosítás (kötelező és privát ápolási pénztárak): ápolásbiztosítás vs. részleges casco-biztosítás	a szolgáltatásokat az állam finanszírozza és bocsátja rendelkezésre („univerzális lakossági ellátás”) az intézményesített szolidaritás elvének hangsúlyozása szükségletorientáltság
<b>Legfontosabb jogszabályok</b>	SGB XI (Ápolásbiztosítás) SGB XII szövetségi tartományok ápolási otthonokról szóló törvényei	a szociális szolgálatokról szóló törvény az időskorúak és fogyatékkal élők lakásairól szóló törvény
<b>Ápolásra szorultság fogalma és a szolgáltatási katalógus</b>	az ápolásra szorultság fogalma bíróság előtt is megáll; szolgáltatások szorosan értelmezett definíciója (alapápolás + háztartás)	a szolgáltatás nyújtása az egyéni szükséglethez igazodik a prevenció, mindennapi támogatás és ápolás szoros összefüggése
<b>Jogosultság feltételei</b>	tagsági viszony az ápolásbiztosításban, minimum ötéves biztosítási viszony ápolásra szorultság az SGB XI 14 § szerint	települési lakos, egyéni szükséglet, az önkormányzat egyedi döntése
<b>Szolgáltatási formák</b>	pénzbeli ellátás informális ápolás esetén természetbeni + pénzbeli ellátások otthoni ápolás esetén átalányösszegű pénzbeli ellátás az intézményi ápolásban	természetbeni ellátás elve, ápolást végző hozzátartozók teljes mértékű igénybevétel esetén helyettesítő munkahelyet kaphatnak az önkormányzatnál
<b>Csak gondozás + mindennapi támogatás</b>	a nulla ápolási fokozatra korlátozódik demenciások esetén; elvben azonban nem áll fenn igényjogosultság	igen
<b>Irányító instanciák</b>	törvényi keretek: szövetség és tartományok helyi szükséglettervezés; önkormányzatok szolgáltatások szabályozása: betegpénztárak és szolgáltatók önkormányzatai	jogi keret: központi kormányzat operatív irányítás: lokális kormányzatok (önkormányzatok)
<b>Prevenció</b>	törvény szerinti jogosultság, a gyakorlatban azonban nem alkalmazzák az ápolási fokozat visszatorolódásának veszélye ellentmond a prevenció szándékának az ösztönzőrendszerek akadályozzák a prevenció törekvéseit	a gyakorlatban releváns elv, meghatározza a segítséget nyújtó és ápolási struktúrákat, beleértve a multidiszciplináris foglalkozási struktúrákat
<b>Választási szabadság</b>	igen	igen (2002/2003 óta)
<b>Szolgáltatók</b>	közhasznú és privát szolgáltatók dominálnak az önkormányzatok marginalizálódtak	elsődlegesen: önkormányzati szolgáltatók és intézmények privát szolgáltatók (közhasznú vagy gazdasági) a háztartásban nyújtott szolgáltatásoknál nagyobb szerepet játszanak
<b>Illetékesség</b>	fragmentált	integrált
<b>Ápolási szolgáltatások finanszírozása</b>	szociális járulékok (szociális ápolásbiztosítás), biztosítási díjak (privát kötelező biztosítás)	adókból való finanszírozás, díjak az ideiglenes szolgáltatásokért

lyozzák. A törvényhozás talán Finnországban kevésbé integrált. Ott azonban a jóléti állam alkotmányjogilag rendkívül szilárd és folyamatban vannak a rendszer kiépítését célzó törvényt módosítások.

A formális és az informális ápolás jelentősége: A formális ápolás tekintetében a skandináv országok nemzetközi összehasonlításban élenjáró szerepet töltenek be. Ez a lakosság preferenciáival függ össze, amelyek elvárják az állami szerepvállalást. Az OASIS-projekt keretében pl. a skandináv országokat Norvégia képviselte: Norvégiában négy időskorú közül hárman az állami felelősségvállalás mellett foglaltak állást, Németországban ezek aránya csak egyharmad volt.

Az ápolás fogalma: A személy önállóságát középpontba állító szélesebben értelmezett ápolásfogalom alapján az időskorúakat megilleti az önrendelkezés, a méltóságához való jog. Az időskorúaknak segítséget nyújtó rendszerek különböző intézkedéseket integrálnak, a klasszikus ápolástól a szociális intézkedésekig, a pedagógiai és pszichoterápiás aktiválásig. A németországihoz hasonló ápolási fokozatok nem léteznek. A szakértői vizsgálat során azonban a szolgáltatások igénybevételéhez meg kell állapítani a minimális szükségletet. A határt az önkormányzatok egy értékelési eljárás keretében határozzák meg.

Helyi tervezés és szolgáltatásnyújtás: A helyi/regionális tervezés és szolgáltatásnyújtás illetékessége az önkormányzatokhoz, ill. a helyi kormányzati szinthez tartozik. Az otthoni ápolás a településre, az otthon fenntartása rendszerint a járásra tartozik. Az önkormányzatok szabadon dönthetnek arról, hogy maguk nyújtják-e a szolgáltatást, vagy azt külső megbízásba adják vagy megvásárolják. Svédországban az 1990-es évek elején, Dániában az új év-

ezred kezdetén engedélyezték a privát fenntartókat. Ezek a helyi kormányzati szervek irányítása alatt működnek.

A család általi ápolás szabályozása: Az informális ápolást végzők nem részesülnek a németországihoz hasonló pénzbeli szolgáltatásban. Ez a skandináv jóléti államok erőteljes keresőtevékenységre orientáltságával függ össze. Az ápolást végző hozzátartozók az önkormányzat megbízásából egy megfelelő díjazás ellenében dolgoznak. Ez a gyakorlat Dániában, Svédországban és Norvégiában az önkormányzatok egy részénél elterjedt.

Az ápolás minősége és az ápolószemélyzet képzettsége: A szakápolók képzését az 1970-es évek óta szigorúan egyetemi szintre emelték. A standardok értékelését, monitorozását és továbbfejlesztését speciális nemzeti intézetek végzik.

A felhasználók bevonása: Skandináviában nagy jelentőséget tulajdonítanak a szolgáltatásokat igénybevevők és hozzátartozók meghallgatásának. A szolgáltatások igénybevevőinek véleményét elsősorban a mindennapi rutinműveletek, az étkezés és az intézményi szociális élet tekintetében kéri ki.

Finanszírozás: A tartós ápolás tekintetében bizonyos kivételekkel (Finnország) a szolgáltatások térítésmentesek. A költségeket az önkormányzatok viselik. A skandináviaiak gyakran panaszkodnak a finanszírozásra, ami pedig a minőségi standardok érvényesítését illeti, ezt joggal teszik. A németországi mércéhez viszonyítva azonban az ápolási rendszer pénzügyi kistafirozottsága összességében jónak mondható. Ezenkívül a központi állami támogatásokkal összefüggésben működik egy pénzügyi kiegyenlítési rendszer. Bizonyos (rendkívüli vagy időszakos) szolgáltatásokért az önkormányzat jövedelemarányos díjakat hajthat be. A

térítésmentesség elve – akárcsak Németországban – nem terjed ki a lakhatásra és a kosztra.

A finnországi ápolási rendszer jellemzője a természetbeni ellátások dominanciája. Miközben a pénzbeli ellátások Dániában és Izlandon egyáltalán nem, Svédországban csekély szerepet játszanak, a természetbeni ellátásokra való orientáltság Finnországban kevésbé következetes. A nyugdíjasok havi 57,55 EUR és maximum havi 302,96 EUR közötti pénzbeli ápolási díjat és egy speciális lakbértámogatást (Pensioners housing allowance) vehetnek igénybe. Finnországban azonban a pénzbeli ellátás Németországtól eltérően nem az informális ápolási szolgáltatások kiegyenlítésére, hanem az ápolásra szorultság bekövetkeztével járó magasabb pénzügyi megterhelés kiegyenlítésére szolgál. Amennyiben informális ápolásra kerül sor, az ápolat személy az önkormányzat által megállapítandó szolgáltatásokban részesül, amelyek összege legalább havi 336,41 EUR. Az informális ápolást nyújtó személyek szerződést kötnek az önkormányzattal. Az ápolással összefüggő megnövekedett kiadások esetén Norvégiában is támogatást nyújtanak. Ezek összege évente minimum 7 452 NOK (950 EUR) és maximum 13 356 NOK (4 749 EUR) között mozog. Az informális ápolást nyújtó személyek havi 13 356 NOK-ban részesülnek.

Svédországban az ápolásmenedzsment két útjára van lehetőség: kommunális vagy privát szolgáltatásra. A kommunális menedzsment messzemenően domináns. A svéd ápoláspolitikát az 1990-es években kritikus szakaszon ment keresztül. A korábban bőkezűen nyújtott otthoni szolgáltatásokat költségmegtartásokból leépítették, és az informális ápolás felé való elmozdulás következett be. A restriktív engedélyezési eljárás rontotta a kommunális szociális szolgálatok minőségét és megbízhatóságát.

### **Formális ápolás és mindennapi támogatás: a szolgáltatásokat igénybevevők, a szolgáltatások típusai, az állami finanszírozás jelentősége**

#### **A szolgáltatások empirikus összehasonlítása**

##### *Németország*

Az ápolásra szoruló személyek száma 2009-ben 2,34 millió volt. Ez 1999-hez viszonyítva 16%-os növekedésnek felel meg. A 65 év fölöttiek körében az ápolásra szoruló aránya 1999-ben csaknem 80%, 2009-ben jó 83% volt. A professzionális ápolásban részesülőknél tíz személy közül kilenc 65 év fölötti. A vizsgált időszakban a 65 év fölöttiek korcsoportjának aránya csaknem 27%-kal (16,9 millió főre), a 75 év fölöttieké csaknem 26%-kal (7,3 millió főre) emelkedett. A formális ápolásban részesülő azonos életkorúak aránya jelentősen erőteljesebben, egyharmaddal növekedett: 1999-ben 1,6 millió 65 év fölötti ápolásra szoruló személy közül 900 000-en részesültek professzionális szolgáltatásokban; tíz évvel később már 1,9 millió közül 1,2 millióan. Az ambuláns ápolási szolgáltatások növekedése mind a 75 év fölöttiek, mind a 65 év fölöttiek csoportjánál valamivel meghaladja az intézményi szolgáltatásokat.

A hivatalos német statisztika szerint 1999 és 2003 között az ápolásra szorulóknak az összlakossághoz viszonyított aránya 2,5%-ról 2,9%-ra emelkedett, a nők aránya 2,76%, a férfiaké 1,92%. Az ápolásra szorulóknak több mint kétharmada

dát (2009 = 1,62 millió = 69,3%) otthonában, 31%-át ápolási intézményben gondozzák. Az otthoni ápolást többnyire a hozzátartozók végzik. 2009-ben a 2,338 millió ápolásra szoruló közül 1,065 milliót (46%) kizárólag a hozzátartozók gondozták, 555 200 ápolásra szoruló professzionális ambuláns szolgálatok láttak el, részben a családi ápolással kiegészülve (2007-ben: 504 200). Az intézményi (bentlakásos) ápolás aránya 1999-ben nem érte el a 4%-ot, 2009-ben 4,12 % volt. Az ambuláns és intézményi ápolást egybevéve 1999-ben csaknem 900.000 idősorú (65 év fölötti személy) részesült ambuláns vagy intézményi formális ellátásban (az illető lakosságcsoporthoz 6,72%-a). Ezek száma 2003-ban egymillióra, 2009-ben 1,2 millióra emelkedett. Ez azt jelenti, hogy a formális ápolás aránya meghaladta a 7%-ot. A 75 év fölöttiek körében ennek kétszerese.

##### *Dánia*

2007–2010 között az alábbi jelentős fejlemények rögzíthetők:

- A 65 év fölötti lakosság aránya 8,2%-kal növekedett, az otthoni szolgáltatásoké azonban több mint 9%-kal (2007: 238 000; 2010: 260 000). Az ápolási szolgáltatásokat és gyakorlati segítséget kombináltan igénybevevők száma 82 500-ról 80 200-ra csökkent (-2,8%). Ezzel szemben a mindennapi támogatást igénybevevők 2010-ben 15,4%-kal (179 000-re) növekedett.
- Az ápolási intézményekben lakók és a támogatott életvitelben (betreutes Wohnen – assisted living) részesülők aránya a mindenkori lakosság 5%-a, viszonylag konstans. Erőteljesen csökkent a klasszikus ápolási intézmények iránti kereslet (-28,8%). A trend a saját lakás és az ápolási intézmény közötti vegyes formák felé mutat. Ezek aránya 2007-ben 73%, 2010-ben 81% volt.
- Bizonyos ingadozások ellenére a 65 év fölöttiek korcsoportjának egynegyede tartósan támogatási szolgáltatásokban részesül. A 80 év alattiak aránya enyhén csökkent, a 80 év fölöttieké viszont növekedett. 2007-ben a 80 év fölöttiek kétharmada, 2010-ben egynegyede vett igénybe gondozási és/vagy mindennapi támogatási szolgáltatásokat.

Az ápolásra szorulóknak többsége heti tizenkét órányi vagy annál több támogatási szolgáltatást vesz igénybe. A húsz órát vagy annál többet igénybevevők aránya csökkent: 2008-ban arányuk 55%, 2010-ben 30% volt. Az ápolási és támogatási igény a 75 év fölöttiek körében erőteljesen növekedik. Miután 2002-ben kötelezővé tették a preventív otthoni látogatást, a felhasználók száma az egekbe szökött, majd szépen visszabilent az 1990-es végének szintjére. A mindenkori populáció egyharmada, ill. 120 000 személy minden évben kihasználja a számára felkínált lehetőségeket. A dán ápolási rendszer legújabb innovációja a támogatott életvitel garantált várakozási idejének bevezetése, amely maximum két hónap. A városlistákból kitűnik, hogy a törvényes garanciát első évben az önkormányzatok kétharmada, 2010-ben háromnegyede tartotta be.

##### *Finnország*

Dániához viszonyítva a finnországi szolgáltatások szerényebbek. A különbségek elsősorban a 75 éveseknél szem-



betűnők. Dániában ennek a korcsoportnak a kétharmada részesül az állami szolgáltatásokban: intézményi ápolásban, támogatott életvitelben vagy preventív otthoni látogatásokban. Ezzel szemben Finnországban 2009-ben a 75 év fölöttiek mindössze 22%-a részesült formális ápolási szolgáltatásokban. Összehasonlításként: Németországban 14%.

Az otthoni ápolást igénybevevők száma mind a 65 év fölöttiek, mind a 75 év fölöttiek körében növekedett. A 75 év fölöttieknél az otthoni ápolást igénybevevők aránya enyhén növekedett és 2009-ben elérte a 11,6%-ot, a politikai célkitűzés azonban 13-14%. A regionális különbségek 9,0-15,3% között mozognak, az önkormányzatoknál még nagyobb a különbség. A célkorridor elérése nem a nagyvárosoknak, hanem a kisebb településeknek sikerült. Ugyancsak nagy a különbség a 24-órás ápolásnál. Az otthoni ápolásban éjjel-nappal gondozottak aránya országos átlagban 6%, az egyes régiók közötti különbség azonban 3,3 és 22,2% között mozog.

2000–2009. között a támogatott életvitelben részesülők aránya a normális időotthonok rovására növekedett. 2000-ben az otthonokban lakó 75 év fölöttiek aránya több mint 5%, a támogatott életvitelben részesülőké kevesebb, mint 4% volt. 2006-ban mindkét kategóriánál 4% volt az arány, 2009-ben viszont a támogatott életvitelben részesülőké 1,6%-kal meghaladta az otthonokban lakókéét. Az otthonokban a nők aránya meghaladja a 70%-ot.

### Izland

A 2000–2010. közötti jelentősebb fejlemények:

- A szolgáltatásokat igénybevevők száma erőteljesebben növekedett (+31,6%), mint az időskorú lakosságé (+17,8%). A nők aránya 63%.
- A szolgáltatások igénybevételének növekedése az egyszemélyes háztartásoknál meghaladja az átlagot. 2004–2010. között a szolgáltatásokat igénybevevők száma 21,4%-kal növekedett. Egyedülálló férfiaknál a növekedés +42,4%, egyedülálló nőknél +28,2% volt.
- A szolgáltatások nyújtásának a válság miatti megvonására eddig nem volt példa. Sem a szolgáltatásokat igénybevevők köre, sem az egy háztartásra jutó szolgáltatási volumen nem csökkent. Ez 2009-ben a 2008. és 2007. évi szint alatt, de a 2005. és 2006. évi szint fölött volt.

Az otthoni ápolás irányába történő eltolódás Izlandon is tapasztalható. Az otthonokban lakók aránya minden korcsoportnál csökken. Az 1990-es évek első felében a 70-74 év közöttiek 4%-a lakott ápolási intézményben, ma már mindössze 2,5%. Az 1990-es évek első felében a 85-89 év közöttiek 37%-a lakott ápolási intézményben, ma már csak egynegyede. Az otthonokban lakók aránya 1993-ban 10,7%, 2010-ben 7,5% volt.

### Norvégia

A norvég statisztika különbözik a többi skandináv országtól: az „időskorúak” korcsoportjához a 67 év fölöttiek tartoznak. Az alábbi adatok az 1996–2010. közötti időszakra vonatkoznak:

- Jóllehet a 67 év fölötti lakosság 1996-2010. között kevesebb, mint egy százalékkal gyarapodott, az otthoni segítségnyújtási és otthoni ápolási szolgáltatásokat, vagy

azok kombinációját igénybevevők száma egynegyeddal növekedett. A szolgáltatásokat igénybevevők nem egészen 80%-a az 50 év fölöttiek, valamivel kevesebb, mint kétharmada a 67 év fölöttiek korcsoportjához tartozik. A 67-89 év közöttiekénél a heti óraszám kevesebb, mint öt óra, a 90 év fölöttiekénél 5,3 óra.

- A kommunális otthoni szolgáltatásokat igénybevevő időskorúak száma 2007. óta mind abszolút számokban, mind a megfelelő lakossághoz viszonyítva, alacsonyabb a tíz évvel korábbiaknál. 2002-ben az időskorú lakosság egyötöde igénybe vette a szolgáltatásokat. A 2010. évi előzetes adatok szerint ezek aránya már csak 17,3%. A 80 év fölöttiekénél 1998-2002 között a felhasználók aránya 40% volt, mára pedig 34%-ra esett vissza. A súlyosan elaggott személyek közül minden második igénybe veszi az otthoni ápolási szolgáltatásokat.
- Az időskorúak részére nyújtott kommunális szolgáltatások hatóköre Norvégiában, Dániában és Izlandon kiemelkedő. Az otthoni vagy intézményi ápolást igénybevevő időskorúak aránya viszonylag magas. A Dániában és Izlandon megfigyelhető tendencia, vagyis az otthoni ápolásnak az intézményi ápolás rovására és az általános támogatási szolgáltatásoknak ezek rovására való térnyerése a Norvégiában „home nursing”, Dániában „personal care” gyűjtőfogalommal illetett területen nem figyelhető meg. Az ápolási intézményekben lakók száma stabil, a mindenkori populáció 10-11%-a.

### Svédország

Az időskorú polgárokra nyújtott kommunális szociális szolgáltatások gyűjtőneve: „Äldreomsorg” (időskorúakról való gondoskodás). Ide tartoznak a rendszeres vagy ideiglenes otthoni szolgáltatások (Home-Help), ebédszállítás, személyszállítási szolgáltatások, házi segélyhívó rendszerek. Az alábbi adatok az 2000-2009 közötti időszakra vonatkoznak:

Home-Help-szolgáltatások: A 65 év fölöttiek körében a szolgáltatásokat igénybevevők száma jobban növekedett, mint a korcsoporton belüli populáció. 2008. 06. 30-án a kommunális Home-Help-szolgáltatásokat igénybevevők száma 152 854, 2009. október 1-én 177 332 volt. A szolgáltatásokat igénybevevők aránya 2000-ben 7,9%, 2009-ben 10,8% volt. A 80 év fölöttiek körében az igénybevevők aránya 22,5%. Ezzel sikerült ismét elérni az 1993. évi 23%-os szintet. A nők aránya meghaladja a kétharmadot.

Támogatott lakóközösségek: A skandináv országokban Norvégia kivételével az otthoni ápolás teret nyer a speciális lakóközösségekben való ellátással szemben. 2005-2009 között az intézményekben lakók száma nemcsak a mindenkori populációhoz viszonyítva, hanem abszolút értelemben is csökkent. A kommunális intézményekben a lakók 70%-a nő.

### Az állami finanszírozás jelentősége

Az ápolásbiztosítás kiadásai Németországban 1999–2010 között nominálisan valamivel erőteljesebben növekedtek az időskorúak számánál. Az inflációs effektustól megtisztítva azonban a kiadások növekedése elmarad a 65 év fölötti populációétól. Az önkormányzatok számviteli mérlegének figyelembevételével azonban a helyzet még

súlyosabban fest. A krónikusan alulfinanszírozott önkormányzatok ugyanis csupán 2002–2008 között egyharmaddal csökkentették idősápolási intézményeik támogatását. A 65 év fölöttiek körében egy főre eső folyó kiadások összege 2002-ben 1 360 EUR, 2008-ban 1 210 EUR volt. Az ápolásbiztosításra fordított kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya is csak izoláltan szemlélve növekedett (1999: 0,77%; 2010: 0,82%).

A 65 év fölöttiekre fordított egy főre eső kiadások a skandináv országokban sokkal magasabbak, mint Németországban és a GDP-hez viszonyított arány is magasabb. Az egy lakosra jutó kiadások Dániában 1999-ben 460-EUR-val, 2010-ben 788 EUR-val haladták meg a németországiakat. Svédországban 2006-ban az önkormányzatok egy főre eső kiadásai (fogyatékkal élők nélkül) 830 EUR-val haladták meg a szociális ápolásbiztosításét, 2010-ben pedig a különbség 874 EUR-ra emelkedett.

A 65 év fölötti generáció figyelembevételével az olló még szélesebbre nyílik: Dániában és Norvégiában az 1990-es évek végén egy 65 év fölötti lakosra számszerűen 3 000 EUR-ral többet költöttek, mint Németországban. 2010-ben a Dániával és Svédországgal szembeni különbség 5 000 EUR, a Norvégiával szembeni 9 000 EUR volt.

Németországban 1999-ben az egy főre eső kiadások 64 EUR-val alacsonyabbak voltak, mint Finnországban, a különbség azonban 2009-ben már 217,4 EUR volt. A 65 év fölöttiekre fordított fejenkénti számszerű kiadásoknál a különbség még nagyobb: 1999-ben 500 EUR, 2009-ben 1 475 EUR. Finnország esetében az is figyelembeveendő, hogy az országban a skandináv típusú jóléti állam kiépítésére csak az 1960-as évektől kezdve került sor. 1980-ban az egy lakosra fordított időskori természetbeni szolgáltatások összege még csak 34,74 EUR volt, amely 1990-ig négyeseresére emelkedett (134,38 EUR). A kiadások dinamikus alakulása egészen a közelmúltig folytatódott: az egy-egy 65 év fölötti lakosra jutó évi bruttó kiadások összege 1990-ben 1 000 EUR, 2009-ben 2 290 EUR volt, a nettó kiadások azonban 20%-kal alacsonyabbak voltak.

## Fenntartói struktúrák: a foglalkoztatás alakulása

### Fenntartói struktúrák: privát üzlet vs. kötelező önkormányzati feladat

Skandináviában a fokozottan állami fenntartói struktúrák jellemzők, jöllehet a privát szolgáltatók felé is megtörtént a nyitás. Németországban ezzel szemben a választási szabadság a vegyes fenntartói struktúráknak kedvez. Az ápolási piacon a szolgáltatók sokasága van jelen és a privát-gazdasági szolgáltatók felé való eltolódás tendenciája egyre erősebb. 1999–2009 között a privát szolgáltatók az ambuláns szolgáltatások területén csaknem egyharmaddal, az intézményi szolgáltatások területén 38%-kal növelték piaci részesedésüket (a szolgáltatások igénybevevőinek arányát). A közhasznú társaságok mindkét területen viszonylag visszaestek. Az ambuláns szolgáltatásoknál az állami fenntartók teljesen marginális szerepet játszanak, még a két százalékot sem érik el. Az állami fenntartók aránya az intézményi szolgáltatásoknál 1999-ben még 11%, 2009-ben 6,5% volt; az ágyszám is csökkent: 1999-ben 59 800, 2009-ben 55 000 volt.

Tendenciálisan a privát szolgáltatások a skandináv országokban is növekednek. Egy átfogó privatizációs hullámról azonban nincs szó. Norvégiában az ágyak statisztikája csak 2001 óta tünteti fel a privát részt. Azóta azonban a privát fenntartók nem értek el különösebb növekedést (2001: 10,7%; 2010: 10,8%). Az ápolási intézményeknél a kommunális fenntartók részesedése valamelyest csökkent (86,6%), a 24 órás életviteli támogatásban viszont növekedett (2008: 43,7%; 2009: 47,2%).

Igen érdekesek a dániai és svédországi fejlemények a kommunális monopólium megszüntetését követően. Dániában 2010-ben az intézményben gondozott 65 év fölöttiek száma 44 883 volt, ezeknek azonban mindössze 1,1%-a tartozott privát üzemeltetőhöz. Az otthoni ápolásban más viszonyok uralkodnak. A gyakorlati segítségnyújtási szolgáltatások területén a privát fenntartók már most (2010) egynegyedes piaci részesedéssel rendelkeznek. Svédországban, ahol a piaci nyitás már tíz évvel korábban bekövetkezett, a privát fenntartók térnyerése korlátokba ütközik. Az otthoni ápolásra vonatkozóan Svédországban nehéz következtetéseket levonni, az ottani statisztika ugyanis nem a fenntartók, hanem a menedzsment formái (kommunális vs. privát) között tesz különbséget. 2009-ben a Home-Help-szolgáltatásokat igénybevevők 86,2%-a kommunális, 13,8%-a privát szolgáltatásokat vett igénybe.

### A foglalkoztatás alakulása

Skandináviában az otthoni ápolás területén teljességgel hiányzik a térítés nélküli szürkemunka, az ápolási intézményekben pedig a személyzettel való ellátási kulcsok sokkal kedvezőbbek, mint Németországban. A kommunális szektorban 1 000 időskorú személyre három-négyszer annyi foglalkoztatott jut, mint Németországban. A német ápolási ágazatban a foglalkoztatottak száma 1999 óta az ambuláns szolgáltatások területén 46%-kal, az intézményeknél 41%-kal növekedett. A foglalkoztatottak összlétszáma 1999-ben 614 700, 2009-ben 890 300 volt. Az 1 000 időskorúra jutó foglalkoztatottak aránya 47,8%-ról 53,2%-ra növekedett. Ez a növekedés részben a részmunkaidős foglalkoztatásnak és a nyugati szövetségi tartományokban gyakorolt csekély mértékű foglalkoztatásnak tulajdonítható; a teljes munkaidőben foglalkoztatottak aránya azonban 43%-ról 31%-ra csökkent.

### A munkával való elégedettség

A 2002–2004 között tizenegy európai ország részvételével készített „Nurses Early Exit Study” (NEXT) szerint Németországban a megkérdezettek munkaelégedettsége viszonylag alacsony, pályaelhagyási szándéka magas volt. A munkaelégedettség Németországban 46%, Norvégiában 85%, Finnországban 64% volt. A vizsgált német intézményeknél az elégedettség mértéke 20 és 80% között mozgott. A megkérdezettek az ápolói hivatás image-ét is inkább negatívan értékelték.

### A munkavállalók jövedelme

Németországban az idősápolók kevesebb, mint egyharmada havi bruttó 2 000 EUR-t keres, miközben a teljes munkaidőben foglalkoztatottaknak ugyancsak több mint egynegyede kevesebbet keres havi 1 500 EUR-nál. A 2010-ben rögzített minimálbér: a nyugati tartományokban 8,50 EUR/óra,

## Szkcikk

a keleti tartományokban 7,50 EUR/óra. A skandináv ápolók bérezése sokkal jobb: eleve magasabb a fizetés és a fizetésemelések rendszeresen meghaladják az árnövekedés rátáját. A dániai idősápolási intézményekben az ápolóasszisztensek órabére 16-17 EUR, havi bére heti 37 órás munkaidő mellett 2 600–2 800 EUR (plusz műszakpótlékok). A 2009. évi béremelések után az otthoni ápolásban 25 EUR, az intézményi ápolásban 28 EUR átlagórabér is elérhető. Norvégiában az ápolóasszisztensek bére 2010-ben átlag 31 600 NOK (4 016 EUR), a szakápolóké havi 34 600 NOK (4.398 EUR) volt. Egy „Home-Helper” fizetése átlag 28 000 NOK. Svédországban a 2005. évi adatok szerint az idősápolásban foglalkoztatottak bére 1 982 EUR (segédápolók) és 2

540 EUR (szakápolók) között mozgott. Skandináviai összehasonlításban a bérek Finnországban a legalacsonyabbak: az állami szektorban az átlagfizetés 2010-ben bruttó 2 772 EUR volt. Az ápolók rögzített országos minimálbére 2010. január 1-én 2 100,39 EUR volt.

---

*WISO-Diskurs, 2012. június*

*A tanulmány a Friedrich Ebert Alapítvány honlapján (56 p.):*  
*<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf>*

*A tanulmány gondozását, beleértve a fordítási munkát is Komáromi Béla nyug. vezető főtanácsos végezte.*



saját hirdetés vagy NyMo Egyetem továbbképzései

# Az orvosok biztos pontként szeretnének ránk számítani

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) éves kongresszusának legkiemelkedőbb témáiról beszélgettünk dr. Balogh Zoltánnal, a szervezet elnökével.

## ■ Radnai Anna

*– Mióta von be a MESZK társszervezőket az éves kongresszus rendezői feladataiba?*

– A konferencia szervezésében minden évben egy megyei kórházat kérünk fel társszervezőnek, ezt a hagyományt a Kamara megalakítása után alakítottuk ki. A Kamara az állandóságot szolgáltatja, és a szakmai program kialakításában is részt vesz, a társszervezők bevonásával pedig a feladatok megosztásán túl az intézmények közötti együttműködést is elő kívánjuk segíteni.

*– A témakörök között megjelent az ápoláskutatás. Ön szerint mennyire adottak ma Magyarországon e tevékenység feltételei?*

– Ezen a területen döntő többségében alkalmazott kutatások zajlanak. A többszintű ápolóképzés bevezetése óta már PhD és MSc ápolói képesítések is léteznek, ezek mellett szülésznő, gyógytornász, dietetikus, védőnő, kép- és labordiagnosztikai szakember is szerezhet főiskolai diplomát. Mióta bevezettük a kétciklusú képzést, évről-évre egyre több olyan szakember dolgozik Magyarországon is, akik már az iskolapadban találkozhatnak a kutatással mint feladattal. A fórumon arról beszélgettünk, milyen motivációval lehetne segíteni a kutatási képesítéssel rendelkező kollégákat, hogy egyre többet foglalkozzanak ezzel a területtel. Fantasztikus jel mindenestre, hogy országos kongresszusunkra többszörös jelentkezés volt, rengetegen kívántak előadást tartani. Ezt a kezdeményezést tovább kell fejleszteni, a találkozón elhangzott témákat közlemények formájában is meg kell jelentetni, hogy maradandó értékké, iránymutató munkákká válhassanak. A '90-es évek tájékán volt egy törekvés, hogy a kórházak ápolási menedzsmentjei rész munkaidőben vagy teljes állásban foglalkoztassanak ápoláskutatást végző szakembereket. Azonban egyre kevesebb olyan szintű kutatásról számolnak be a kollégák, amelyek az intézmények munkáját komplex módon segíthetnék, tehát ez a törekvés eltűnően van, pedig szükség lenne a bizonyítékokra, a problémák feltárására, a szakmai gyakorlat során megfogalmazódó fejlődési folyamatok megfogalmazására.

*– Összegezné a szakmai irányelvek vonatkozásában megfogalmazott véleményeket és irányokat?*

– Számos területen hiányoznak a szakdolgozók számára kialakított irányelvek, amelyek alapján gondozhatnák a betegeket,

és az orvosok partnereivé válhatnak. Az orvosszakmai területeken alkalmazott irányelveken alapuló ápolói-szakdolgozói elvekre és szakmai protokollokra van szükség, melyek hozzájárulhatnak az önálló kompetenciakörök kialakításához. Függetlenebbé, önállóbbá válhatnak a kollégák – pl. a krónikus betegek gondozásában. Az orvos időt és energiát nyelhetne, a beteg pedig sokkal több figyelmet kaphatna. Életmódi tanácsadást, kontroll vérnyomás- vagy vércukorszintmérést pl. az ápoló is nyújthatna a két orvosi vizit közötti hónapokban. A Szakmai Kollégium Ápolási Szakdolgozói Tagozata előadást is tartott a témában, kollégáival bemutatták, hogy milyen irányban zajlanak a fejlesztések pl. a sebápolást tekintve. A sebápolás témájában év eleje óta köztestületünk is programot indított, hogy országosan ismertté váljanak a külföldi és hazai fejlesztések, elvek és lehetőségek. Az ápolásban az irányelvek elterjesztésében külön nehézséget okoz, hogy a finanszírozás nem teszi érdekeltté az intézményeket a szakma által legjobbnak tartott kezelési módszerek alkalmazásában – pl. a táplálásban, a mobilizálásban, az említett sebápolásban és még sorolhatnám.

*– Az irányelvek már elkészültek?*

– Nagy erővel fejlesztik az irányelveket, a már létezőket pedig felülvizsgálják a szakemberek. Megfogalmazzuk azt is, hogy mely területeken van még szükség irányelvekre. A kongresszuson is azt tapasztaltuk, hogy valamennyi szakdolgozó terület képviselője igényel ilyen jellegű útmutatást.

*– Melyek azok a területek, amik már most kiemelkedően jó irányelvekkel bírnak, és melyek a fejlesztésre szoruló területek?*

– A sebápolás, a mesterséges táplálás, a sztómaellátás rendkívül fejlett területek, egyre jobban körülírják a szakdolgozói feladatokat. A pszichiátriai ápolás és a lakóközösségi ellátás számos aspektusát – pl. a már említett krónikus betegek gondozását – ellenben fejlesztendő területeknek látjuk.

*– Ezek az irányelvek az oktatásban is megjelennek?*

– A Szakmai Kollégium és a fejlesztésben résztvevők köre nagyjából megegyezik a képzésben résztvevő kollégák körével. Tény, hogy szakképzésben az egyetemek egészségügyi főiskolai karai viszik a zászlót, de az alkalmazási-felhasználói

körben a szakképző intézményekben oktató kollégák tudását is fejleszteni kell. Az intézményekben a legjobb gyakorlat (best practice) elterjesztését egy egységes tudást képviselő mentoroktató-hálózat létrehozásával lehetne megvalósítani. Felmerült a témák között, hogy az egészségügyi szakképzés területén az elmúlt néhány évben iskolarendszeren kívülre vált az egészségügyi szakképzés számos ága, vannak nagyon jó központok, de színvonalatlan képzőhelyek is szép számban működnek, így nagyon heterogén a végzett kollégák tudása. Az, hogy kit milyen feladat elvégzésével lehet megbízni, függ attól, hogy hol végzett. Ezt a rendszert sokak szerint át kell alakítani – mi évek óta hangoztatjuk. A közoktatási és szakképzési törvény megjelenésével már látható, hogy jövő évtől visszaáll az iskolarendszer-képzés, reméljük, hogy ezzel belátható távolságra kerül a képzés néhány évvel ezelőtti színvonalának újratereemtése.

**– Mi hangzott el a tudományos találkozón a mindennapi élet meghatározó körülményekről?**

– Külön szekció foglalkozott az ápolók, szakdolgozók kielégtségével, közérzetével, elégedettségével. Kollégáink mindennapi életkörülményeit, fizikai és lelki egészségi állapotát bemutató vizsgálatok eredményeit ismerhettük meg. Megdöbbentő adatokat láttunk. A felmérések nem csak egy adott helyzetképre utaltak, nyolc-tíz évet lefedő követéses vizsgálatokat is végeztek a kutatók. A szekció és az egész rendezvény egyik legfontosabb konklúziója, hogy a következő évben nagyobb hangsúlyt fektetünk az ápolói hivatás pozitív oldalainak bemutatására, ugyanis még ebben a szekcióban is volt, aki a sok negatív tapasztalat mellett fejlődésről számolt be.

**– Mit tart a rendezvény fő erényének?**

– Kongresszusunk interdiszciplináris, valamennyi szakdolgozó területet képviselik a résztvevők, ráadásul országos rendezvény, valóban mind a 19 megyéből és a fővárosból regisztrálnak a kollégák. Sajnos évek óta egyre kevesebben jönnek, mert az intézmények egyre kevesebb forrást tudnak szakdolgozók továbbképzésére fordítani. A beküldött absztraktok többszörös szűrőn mennek keresztül, így kizárólag a legjobb előadások hangoznak el végül a kongresszuson. Ezek közül is a legjobb munkákat díjjal jutalmazzuk, a Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet két díjjal, a Kamara három díjjal ismerte el az előadókat. Rendezvényünk azért is különleges, mert minden alkalommal részt vesznek rajta a döntéshozók is – ezúttal Balog Zoltán miniszter úr és dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár úr is megjelentek, és több órán keresztül körünkben maradtak. Helyettes államtitkár úr több mint egy órás előadást tartott és a GYEMSZI Főigazgató helyettese, Rauh Edit is tájékoztatta a jelenlévőket a hazai szakképzés rendszerének változásairól, a GYEMSZI-ETI új feladatairól.

**– Az előadások mellett ezen a rendezvényen adják át az Év Szakdolgozója kitüntetés is.**

– Ezt a díjat a Kamara 2005-ben alapította. A kitüntetettek listáját a területi szervezetek javaslatai alapján hagyja jóvá az országos elnökség, majd egy független bizottság állítja fel a pályázók között a sorrendet. Egy-egy kollégát jutalmazunk mind a 19 megyéből és Budapestről. A díjjal egy bronzplakett és egy százezer forintos vásárlási utalvány jár. Fontosnak tartom, hogy ez egy alulról jövő elismerés, hiszen a helyi szervezetek delegálják a jelölteket.



**PÁLYAKÉP**

Dr. Balogh Zoltán a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elnöke, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék tanszékezetős docense. Szakmaterülete a neurológiai-, pszichiátriai ápolás, a közösségi ellátás, az otthoni szakellátás és a rehabilitáció. Ehhez az alapot 1994-ben megszerzett diplomás ápoló kiegészítéses, illetve az 1995-ben megszerzett gyógytornász oklevele mellett a fekvőbeteg-ellátás és az otthoni szakápolás területén eltöltött gyakorlata adta. Tudományos előmenetelét a brit Exeter Egyetemen 1997-ben az egészségügyi szakképzés területéről megszerzett (MSc) egyetemi diplomája alapozta meg. Tudományos fokozatát a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolában szerezte 2008-ban.

**– Valamennyi szakma reálisnak tartotta a minimumfeltételek ápolói létszámra vonatkozó részét, tekintettel a súlyos szakemberhiányra?**

– Valóban láttunk olyan területeket, ahol lehetne finomítani a nemrég meghatározott ápolói létszám minimumán, első sorban a sürgősségi-, a gyermek sürgősségi és a rehabilitációs ellátásban. Az adott orvostudományi szakmai kollégium javaslata alapján alakították ki a létszámokat, és noha alapul a Kamara erre vonatkozó 2008-2009-ben beadott javaslata szolgált, volt olyan szakmai kollégium, amelyik növelte a kérdéses létszámokat. Cserháti Péter helyettes államtitkár úr megígérte, hogy megvizsgálják a rendeletek alkalmazhatóságát, lesz

## Portré

lehetőség a módosításra. A cél az, hogy a betegeket ellássuk, és nem lehet országosan megszüntetni egy adott területen az ellátást, csak mert sehol nem felelnek meg a követelménynek. Ha egy követelménynek sehol nem felelnek meg az országban, akkor a követelmény a rossz – ahogyan ha egy osztályban a tanár minden gyereket megbuktat, ott valószínűleg nem a diákokkal van csupán probléma.

### *– A járóbeteg-ellátásban meghatározott minimumfeltételekről mi a véleményük?*

– Teljesen figyelmen kívül hagyták a 2008–2010-ig terjedő fejlesztési javaslatainkat. Próbáltuk megjeleníteni a szakdolgozói szakképesítéseket a minimumrendeletben, hogy a Magyarországon jelenleg is megszerezhető (pl. pulmonológiai vagy elektrofiziológiai szakasszisztensi stb.) szakképesítések

használhatóvá váljanak a járóbeteg-ellátásban, de sajnos minden eredmény nélkül. Különösen ott kellene teret adni a szakdolgozói specializációnak az ellátásban, ahol már megjelentek az orvosi specializációk. Hosszútávon nem tesz jót ez a rendszernek, hiszen nem létezik minden egyes részterülethez professzionálisan értő, univerzális szakasszisztens, és a képzés sem ebbe az irányba mutat. Lehet, hogy anyagi okoknál fogva jelenleg kényelmesebb egy szerényebb szaktudásban megállapítani a minimumot, de így hosszútávon az orvoslás és az egészségügyi ellátás egyaránt lelassul és csorbát szenved. Lehet mátrixrendszerben működtetni egy intézményt, de ha az osztályról-osztályra vándorló szakdolgozók tudása nincs meg az adott feladatokhoz, akkor a mátrix csak az ellátás minőségét rontja. Az orvosok biztos pontként szeretnének asszisztenseik kompetenciájára is számítani.

# A GVG két tanulmánykötete a szakápolók iránti igényről nemzetközi összehasonlításban

A publikáció első része átfogóan ismerteti az ápolószemélyzet helyzetét Németországban. A szerző elemzi az ápolói pálya választását negatívan befolyásoló tényezőit, a pályára való visszatérés és a pályán való megmaradás lehetőségeit, különös tekintettel a képzésre/átképzésre/továbbképzésre és a jobb munkakörülmények biztosítására. A második részben pedig a szakápolók iránti igényt nemzetközi összehasonlításban olvashatjuk.

■ Michael Sch önstein, Prof . Hans Maarse, Marcel Fink

## I. RÉSZ: NÉMETORSZÁG: A SZAKKÉPZETT MUNKAERŐ HIÁNYÁVAL SZEMBENI FELLÉPÉS AZ ÁPOLÁS TERÜLETÉN

### Az ápolás helyzete az elöregedő társadalomban

Az ápolásbiztosítás bevezetésére Németországban 1995-ben került sor. Azóta a férfiak várható életkora 73,3-ról 77,3-ra, a nőké 79,7-ről 82,5-re emelkedett; a prognózisok szerint pedig 2050-ig férfiaknál 84,5 évre, nőknél 90 évre emelkedik. A demenciás betegek száma a jelenlegi 1,2 milliőről 2060-ig 2,5 millióra fog emelkedni.

### Az ápolásra szorulókat helyzete

Az ápolásra szoruló személyek száma Németországban 2009-ben 2,34 millió volt. A szociális ápolásbiztosítás keretében 1,62 millió ápolásra szoruló személy (69%) részesült otthoni ellátásban, 700 000 (31%) pedig ápolási otthonokban. A privát ápolásbiztosítás keretében 140 000 ápolásra szoruló személyt gondoztak: 97 000 fő (70%) ambuláns ellátásban, 41 000 fő (30%) intézményi ellátásban részesült.

### Az ápolásra szorulókat helyzetének prognózisa Németországban 2050-ig

A Szövetségi Statisztikai Hivatal két forgatókönyvet dolgozott ki. – A status quo szerinti forgatókönyv: ha az életkorhoz viszonyítva differenciáltan és egy meghatározott időpontban tekintjük az ápolásra szorulókat arányát, az ápolásra szorultság az életkorral arányosan emelkedik. E feltevés szerint az ápolásra szorulókat száma a következőképpen alakul: 2010: 2,4 millió; 2015: 2,65 millió, 2020: 2,9 millió, 2030: 33,37 millió; 2050: 4,5 millió. Ez a jelenlegihez képest 87,5%-os növekedést jelent.

– Az ápolásra szorulókat arányának csökkenését feltételező forgatókönyv szerint a demográfiai fejlődés során emelkedik a várható életkor, növekedik a jólét, csökken a fizikai meg-

terhelés. Az egészségi állapotnak az adott korcsoportok körében való javulásával csökken az ápolásra szorultság kockázata. Az ápolásra szorulókat száma a következőképpen alakul: 2020: 2,72 millió, 2030: 3,0 millió, 2050: 3,76 millió. A növekedés aránya: 57%.

### Az ápolószemélyzet helyzete és prognózisa

#### Az ápolószemélyzet helyzete

A Szövetségi Statisztikai Hivatal 2009. évi ápolási statisztikája szerint (Lásd: Az ápolás statisztikája Németországban 2009-ben – Pflegestatistik 2009, 2011. 19. sz.) az ambuláns ápolási szolgálatoknál 269.000 személyt, a bentlakásos intézményi ápolás területén 621 000 személyt foglalkoztattak. Teljes munkaidős állásokra átszámítva ez az ambuláns ápolás területén 177 000, az intézményi ápolás területén 453 000 teljes munkaidős ekvivalenst jelentett. Az ambuláns ellátás területén a foglalkoztatottak többsége (71%) részmunkaidőben dolgozott, az intézményi ellátás területén ez az arány 59% volt. Az ambuláns szolgáltatóknál a személyzet 22%-a dolgozott kizárólagosan az ápolásbiztosítás részére, az intézményi ápolásnál 70%.

Az ápolási szolgálatok számának 4,3%-os növekedésével 2007-hez viszonyítva az ellátott ápolásra szorulókat aránya 10,1%-kal, a személyzet aránya 13,9%-kal emelkedett. A növekedés a részmunkaidő tekintetében 13,3%, a teljes munkaidő tekintetében 15,3% volt. A bentlakásos ápolási intézmények száma 5,5%-kal emelkedett, a foglalkoztatottak arányának növekedése 8,3% volt, ami a teljes munkaidős foglalkoztatottak arányának 2,2%-os, a részmunkaidősök arányának 15,1%-os növekedését jelentette.

#### Az ápolószemélyzet helyzetének prognózisa Németországban 2025-ig

– A status quo szerinti forgatókönyv 2005–2025 között az ápolószemélyzet 27,3%-os növekedésével számol.



Az ápolásra szorulóknak számának emelkedésével a teljes munkaidős ápolószemélyzet iránti igény 48,1%-kal (465 608) növekedik. Kizárólagosan szakképzett ápolók foglalkoztatása esetén a rendszerből hiányzó ápolók száma már 2005-ben 39 000 lett volna. A betanítatlan és betanított ápolószemélyzetnek a számításokba való bevonása esetén a keleti tartományokéhoz hasonló foglalkoztatási struktúra figyelembevételével 2018-tól ápolóhiány lép fel. 2025-ben a teljes munkaidős ápolószemélyzet iránti igény 940 000, a kínálati oldalon azonban 828 000 személy fog rendelkezésre állni, miáltal 2025-ben 112 000 ápoló hiányával számolhatunk.

– Az ápolásra szorulóknak számának csökkenését feltételező forgatókönyv szerint az ápolószemélyzet iránti igény 2025-ig az ambuláns ellátás területén 19,5%-kal, a bentlakásos intézményi ellátás területén 35,4%-kal emelkedik. A régi szövetségi tartományok foglalkoztatási struktúrájának figyelembevételével a szakképzett ápolók hiánya eléri a 157 000-et. A betanítatlan és a betanított ápolószemélyzet beszámításával és a 2005. évi foglalkoztatási struktúra figyelembevételével az ápolóhiány 2025-ben eléri az 55 000 főt, a nyugati tartományokban azonban ez már 2023-ban bekövetkezik.

### Az ápolást végző hozzátartozók és az önkéntesek helyzete

#### Ápolást végző hozzátartozók

A mintegy 2,34 millió ápolásra szoruló személynek több mint a kétharmadát (69%, ill. 1,62 millió) otthonában látják el. 1,07 millió ápolásra szoruló személyt csakis hozzátartozói látnak el. További 555 000 személy ellátására ambuláns szolgáltatók segítségével vagy csakis általuk kerül sor.

Az ápolásra szoruló személyek 92%-a többnyire legközelebbi hozzátartozóitól részesül rendszeres ellátásban. Ezek többsége (60%) már 55 éves vagy annál idősebb. Az 55–70 év közöttiek korcsoportjában a családi kötődés folytán igen magas a hozzátartozók ápolásának átvállalására való hajlandóság. Ugyancsak megfigyelhető, hogy családi kapcsolatok hiányában a szomszédok, barátok, ismerősök általi ápolás is elterjedőben van.

#### Önkéntesek

Az ápolásra szorulóknak mintegy 11%-át önkéntesek látják el, ami jelentéktelen arány. Az önkéntességről 2009-ben készített vizsgálat szerint az önkéntesek szerepvállalása mennyiségileg stabil: 1994-ben 34%, 2004-ben 36%, 2009-ben ugyancsak 36% volt. A szociális munka területén 1999-ben a szerepvállalás növekedése 1999-ben 4,1%, 2004-ben 5,4% volt, majd 2009-ben 5,2%-ra csökkent. Az egészségügy területén 1999-ben 1,2%, 2004-ben 0,9%, 2009-ben 2,2% volt. Az időskorúak időskorúakért való szerepvállalása egyre jelentősebb, a 66 év fölöttiek tekintetében minden harmadik tevékenység speciálisan az időskorúakra irányul, és ez az arány a 75 év fölöttiekénél 38%-ra emelkedik.

### A szakképzett munkaerő hiányának okai

#### A szükségletek alakulása

A szakképzett munkaerő iránti igény folyamatosan növekedik, az ápolási helyek és az ambuláns szolgáltatók száma

emelkedik. A bentlakásos ápolási intézmények lakóinak száma 1999–2009 között 31%-kal, az ambuláns ápolásra szoruló ügyfelek száma 33%-kal emelkedett. Az ápolási otthonok személyzettel való ellátottságáról szóló 1993. évi rendelet szövetségi szinten szabályozta a bentlakásos ápolási intézmények keretszámait, amit az otthonokról szóló tartományi törvények is átvesznek.

Ezzel egyidejűleg, a demográfiai folyamatok folytán a munkaerő potenciál az előzetes becslések szerint csökken. Fontos tényező a ténylegesen a munkaerőpiac rendelkezésére álló munkaképes lakosság aránya. A szakképzett munkaerő hiánya legkésőbb 2020-ig krónikussá válik.

### A pálya választását negatívan befolyásoló tényezők

Az Institut für Demoskopie Allensbach 2011. februári felmérése szerint az iskoláskorú fiúk 1,9%-a és a lányok 10,4%-a tudná elképzelni, hogy az ápolói pályát válassza. Ebben szerepet játszik a média által sugallt kép, de a szülők, a tanárok és a pályaválasztási tanácsadók befolyása is.

Az ápolói pálya társadalmi elismertsége inkább korlátozottnak tekinthető. A mindennapi munka keretfeltételei semmit sem javultak, a közvélemény figyelme pedig elsősorban az ápolók által elkövetett kezelési hibákra összpontosul.

A szakma arculatát maga az ápolószemélyzet is túlnyomórészt negatív módon ítéli meg, és rossz fényben mutatja be az időskorúak fogyasztósságait hangsúlyozó szemlélet, a megterhelő munkakörülmények, mint az időtaktusra végzett ápolás, a kedvezőtlen fizetés, az alacsony színvonalú képzés.

Az Institut für Public Health und Pflegeforschung Bremen 2010-ben tanulmányt készített az ápolói hivatásról kialakított képről. A pályaválasztásra vonatkozó döntés tekintetében a fiatalok 83,4%-ánál a szülők, 76,2%-ánál a munkaügyi hivatalok tanácsadói, 66,6%-ánál a tanárok játszottak szerepet. A megkérdezett iskoláskorúak 77%-a nem rendelkezett elégséges információval az ápolói pályára vonatkozóan, amit az ápolóképzésben már résztvevők is megerősítettek.

#### A javadalmazás

A pályakezdő betegápolók fizetése a közalkalmazottak tarifaszervezései szerint az 1. fokozatban havi bruttó 20,50 euró. A pályán töltött hat év elteltével elérik a 4. fokozatot, ami havi bruttó 2 568,08 euró fizetéssel jár. Ez nem tartalmazza a pótlékokat és az éves soron kívüli fizetést. Az órabér az 1. fokozatban keleten 11,79 euró, nyugaton 12,25 euró. A 4. fokozatban az órabér keleten 14,77 euró, nyugaton 15,34 euró. A kelet-nyugat közötti különbség a tarifaszervezésekben meghatározott heti munkaidőből adódik, amely nyugaton heti 38,5 óra. Keleten heti 40 óra. A szövetségi kormány 2010-ben meghatározta a segédápolók minimális órabérét: keleten 7,50 euró, nyugaton 8,50 euró.

#### A munka általi megterhelés

Az ápolók munkakörülményeivel összefüggő megterhelésekre vonatkozóan a Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) tanulmányai és projektjei nyújtanak támpontokat.

#### Kórházi ápolás

A Robert-Bosch-Stiftung projektjének eredményei azt mutatják, hogy a kórházi ápolótevékenységet végző foglalkoztatot-

tak megterhelése életkor szerint különböző. A fiatal ápolók számára nagy megterhelést jelent a munka és a családi élet összeegyeztetése. Az egyik leggyakoribb megterhelés az elmulás és a halál kezelése, a betegekkel és hozzátartozóikkal való konfliktushelyzet. Az idősebb foglalkoztatottak körében a pszichés megterhelések a legjellemzőbbek.

Az ápolás helyzetéről szóló 2009. évi felmérés (Lásd: Felmérés az ápolás helyzetéről Németországban – Pflege-Thermometer 2009; 2010. 29. sz.) is megállapítja, hogy a megbetegedési mutatók a betegápolók körében meghaladják más ágazatok átlagát. A betegápolók megterheltségének oka mindenekelőtt az ellátandó betegek számának emelkedése. Ez közvetlen összefüggésben áll az ápolás területén végrehajtott leépítésekkel. Ennek folytán az ápolók 94,4%-a túlórázik.

### **Ambuláns idős- és betegápolás**

Az ambuláns ápolás területén a leggyakoribb pszichés megterhelések: az időprés, a szünetek hiánya és a teljesítménykényszer. A legnagyobb változások: a munkatempó, valamint a dokumentációs és igazgatási feladatok arányának növekedése. Egyes tanulmányok szerint a fizikai megterhelés súlypontjai: a betegek „emelése, cipelése és leültetése”, valamint a „kedvezőtlen testtartásban való munkavégzés”.

Az ambuláns ápolás területén dolgozók pozitívabban értékelik helyzetüket és megterheltségüket, mint azok, akik kórházban dolgoznak.

### **Bentlakásos intézményi idősápolás**

A BGW az elmúlt években a pszichoszomatikus panaszok számának növekedését regisztrálta a bentlakásos intézményi idősápolás területén működő foglalkoztatottak körében. Ehhez járulnak a fizikai megterhelések, a bőrbetegségek és a hátfájás.

Az Universitát Wuppertal új 3Q-vizsgálata szerint a leggyakoribb megterhelések: a munka és család, a munkatempó, valamint a hibák miatti szorongás.

Az Általános Területi Betegpénztárak egyik vizsgálata szerint az idősápolást végzők szubjektíven becsült pszichés egészsége 12%-kal alacsonyabb, mint a keresőtevékenységet végző lakosság egyéb csoportjainál.

### **Egészségvédelem az ápolás területén**

Az idősápolást végzőknek mindössze a 25%-a tudja elképzelni, hogy a jelenlegi követelmények mellett nyugdíjas koráig gyakorolni tudja hivatását. Az ápolószemélyzet egészségi állapotáról a betegpénztárak által a táppénzre vonatkozóan összeállított jelentések nyújtanak támpontokat. A BARMER Gesundheitsreport 2009 szerint a betegápolást végző személyzet első helyen áll a megbetegedések vonatkozásában. A pszichés és viselkedési zavarok mind a munkából való kiesés, mind a betegség időtartama tekintetében második helyen állnak. A jelenséggel szemben az üzemi egészségfejlesztés keretében szervezett tanfolyamokkal próbálnak fellépni.

### **A pályára való visszatérés és a pályán való megmaradás**

Az európai NEXT-vizsgálat (2005) célja az ápolói pálya elhagyásával összefüggő okok és kísérő körülmények, illetve ennek a lépésnek az ápolási intézményre és az érintett személyekre gyakorolt következményeinek feltárása volt. A szerzők abból indultak ki, hogy a szükséges ellenintézkedések hiányában az elkövetkező 20-30 évben a helyzet súlyosbodni fog.

Ennek a foratókönyvnek a jellemzői: a fiatal munkavállalók arányának csökkenése, az idősebb munkavállalók arányának növekedése, a 64 év fölötti személyek arányának növekedése az összlakosságban belül.

### **A NEXT-vizsgálat legfontosabb következtetései**

- Az EU számos országában az ápolók többsége a fiatalabb korcsoportokhoz tartozik, a középkorú és idősebb ápolók korábban elhagyják a pályát, mint más foglalkozási csoportok tagjai.
- Az EU-ban Spanyolország kivételével növekvő ápolóhiánnyal szembesülünk.
- Németországban a megkérdezett ápolók 18,4%-a egy hónapban egynél több alkalommal gondol arra, hogy elhagyja a pályát. Ez egyformán érvényes a magas képzettségű fiatal ápolókra és a magas pszichés és fizikai megterhelésnek kitett tapasztalt ápolókra.
- Az általuk megnevezett okok: a munka és a család összeegyeztethetőségével összefüggő nehézségek, a személyes fejlődés lehetőségeinek hiánya.

A Rheinland-Pfalz Tartományban 2009-ben a pályán maradás időtartamáról végzett vizsgálat legfontosabb eredményei:

- A 20–24 év közötti életkorban való első végzettséget követően a pályán tartózkodás időtartama képzés és szakterület szerint különböző: a betegápolók tovább maradnak a pályán, mint a segédápolók, valamint az idősápolók és a szociális ápolók.
- A 35–44 év közötti pályára lépésnél a pályán tartózkodás időtartama szövetségi szinten még tíz év elteltével is 80%, a segédápolók 70%-a még tíz év után is gyakorolja hivatását. Az idősápolók és a szociális ápolók a kettő között vannak.

### **Képzés/átképzés/továbbképzés**

#### **Képzés**

A végzősök száma elsősorban az új szövetségi tartományokban csökken. Az idősápolás területén a végzősök száma 2001-ben 105 000, 2010-ben 44 000 volt, ami 57%-os csökkenést jelent. A képzési helyek száma az idősápolás területén szövetségi szinten 2003–2006 között 26,1%-kal csökkent. Az ambuláns ápolási intézményeknél alig folytatnak képzési tevékenységet: a foglalkoztatottak részére nyújtott képzési tevékenységek aránya szövetségi szinten 1,5%.

#### **A képzési helyek számának alakulása az ápolás területén**

A 2009–2010-es tanévben a tanulók száma az idősápolás területén, szövetségi szinten 46 174 volt. Az idősápolás egyetemes szövetségi szabályozásának bevezetése óta (2003) a képzési helyek száma folyamatosan emelkedett. Ezzel szemben a betegápolás területén 2003-ban megszűnt az egységes szövetségi szintű képzés, a képzési helyek száma szövetségi szinten évek óta alacsony, 2 500 körül mozog.

#### **Illetékesség és finanszírozás az ápolóképzés területén**

A szakmai képesítések elismerése tekintetében a szövetségi illetékes. A törvények végrehajtási rendelkezései, az elméleti és gyakorlati képzés minőségi standardjai, a curriculumok és a tantervek a tartományokban eltérők.

Az ápolói foglalkozások különböző szövetségi minisztériumok illetékességi körébe tartoznak. A betegápolásról



szóló törvény szerinti képzés tekintetében a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, az idősapólásról szóló törvény szerinti képzés tekintetében a Szövetségi Családügyi, Idősügyi, Nőpolitikai és Ifjúsági Minisztérium illetékes. Tartományi szinten az illetékességek szabályozása ismét csak különböző. A szakmai képesítések elismeréséről szóló törvények (Berufszulassungsgesetze) szintje alatt a gyógyító foglalkozások (Heilberufe) tekintetében a tartományok elsősorban az egészségügyi és a szociális foglalkozások területén rendelkeznek szabályozási mozgástérrel. Ezek nem tartoznak a szakképzésről szóló törvény (Berufsbildungsgesetz – BBiG) hatálya alá.

### Az ápolóképzés térítése és refinanszírozása

Az ápolási intézmények fenntartói direkt a képzésben résztvevők részére fizetik a képzésre fordítandó térítést. Az ápolói foglalkozások (idősápolás, betegápolás, gyermekápolás) területén a tarifák megfelelnek a közszolgálati tarifaszereződéseknek. Ezek összege: a képzés első évében 821,58 euró, a képzés második évében 882,66 euró, a képzés harmadik évében 983,46 euró.

A képzésre fordított térítések refinanszírozása különböző rendelkezések alá tartozik. A betegápolásról szóló törvény szerinti képzés refinanszírozása a kórházak által elkülönített képzési költségvetésekből vagy a tartományi kórházfinanszírozásokról képzett és igazgatott képzési alapokból történik a kórházfinanszírozásról szóló törvény (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) rendelkezései alapján. Így a képzést folytató kórházakat nem éri hátrány.

Az idősapólásról szóló törvény (Altenpflegegesetz) szerinti képzésre más rendelkezések vonatkoznak. A bentlakásos intézmények fenntartóinak két lehetőségük van a képzés térítésének refinanszírozására:

- egy meghatározott személyzeti kulcs rögzítése az ápolási díj részeként, vagy
- évente megállapodás az ápolás térítésének egy bizonyos pótlékáról.

### A képzés reformja, aktuális fejlemények

Az utánpótlás biztosításának legjobb útja az ápolói foglalkozások professzionalizálása. Az ápolóképzés vonzerejének erősítése jegyében összevonták a különböző képzési curriculumokat, és ezt összekapcsolták a már elkezdődött akademiázási folyamattal. Ez egyebek között reakciót jelent a német idősapólóknak az európai mobilitás keretében való hátrányos megkülönböztetésére is. A képzések kölcsönös elismeréséről szóló 2005. szept. 7-i EU-irányelv ugyanis csak a német betegápoló képzés számára nyújtott „automatikus elismerést” az Európai Unióban. A magasabb vertikális átjárhatóság érdekében a szakképzettség mellett szakfőiskolai végzettséget is szerezni kell.

### Közös képzés az ápolói foglalkozások területén

2001-ben az egységes szövetségi idősapólási képzés bevezetésével az ápolói foglalkozásokról szóló törvényeket egy próbaszabályozási folyamatnak vetették alá, amelynek során lehetőség nyílik a közös képzési curriculumok kipróbálására. Azóta mintegy 40 modellkísérlet keretében próbálták ki az idősapólás, a gyermekápolás és az általános betegápolás területén való közös képzést. Lényegében két modell különböztethető meg:

– az „integratív” képzés, amelynek során a képzés zömének kialakítása közös és közösen is abszolválható, amely azonban idősapólóként, betegápolóként és gyermekápolóként való különböző végzettségeket eredményez,

– a „generalisztikus” képzés, amelynek szervezése a képzés minden részében egységes, és amelynek egységes végzettséghez is kell vezetnie, ami azonban jelenlegi jogi okokból nem lehetséges.

A modellkísérletek tapasztalatai szerint mindkét képzési modell megvalósítható és számos előnnyel jár. A politikai vitákban a generalisztikus modell széles támogatásra lel a szakmai szervezetek és az egyes szövetségi tartományok részéről, ugyanakkor aggodalmakat vált ki az idősapólási és gyermekápolási szövetségek körében.

### A képzés akademiázása

Az 1990-es évek eleje óta a nyugati tartományokban szakfőiskolákon is indítottak ápolóképzést. Ez rendszerint valamely ápolói végzettség megszerzésével zárult és ápoláspedagógiai, ápolástudományi és ápolásmenedzsment diploma megszerzésével járt.

Létezik egy tisztán szakmapolitikai vita arról, hogy az egészségügyi foglalkozások és elsősorban az ápolóképzés területén a három éves, első diplomát nyújtó egyetemi képzést [n. grundständige Ausbildung; a. undergraduate studies] általában vagy részben főiskolákhoz kell-e telepíteni. Ezt az álláspontot elsősorban a szakmai szervezetek és a főiskolák képviselik.

### Specializálódás és továbbképzés

A szakmai továbbképzések skálája a szakképzett betegápolótól a szakképzett pszichiátriai betegápolóig és a sebápolási szakértőig terjed. Problematikus, hogy ezeket a továbbképzéseket nem minden szövetségi tartományban ismerik el, mivel a továbbképzések elismerése tartományi hatáskörbe tartozik (pl. az illetékes tartományi minisztérium, az adott tartományi betegpénztár vagy ápolási pénztár részéről). Ennek eredményeként bizonyos továbbképzéseket egyes tartományokban elismernek, másokban nem.

### Átképzés

A képzési helyek csökkenése az idősapólás területén elsősorban az irányítási mechanizmust érintő döntésekre vezethető vissza. Miközben 2003-ban szövetségi szinten még 11 750 fő vett részt idősapólóként való átképzésben, 2005-ben ezek száma már csak 2 800 volt. 2006-ban az idősapólóként vagy betegápolóként való átképzés támogatását három évről kettőre csökkentették, majd 2009-ben a második konjunktúraprogram keretében ismét három évre emelték. Ebben az évben az átképzésre jelentkezők száma megduplázódott: 3 500-ról 6 900-ra emelkedett.

### Ajánlások

#### Keretfeltételek

A munkaerő-potenciál Németországban előreláthatóan csökkeni fog. A munkaerő toborzása során fenntartható, etikus koncepciót kell követni. Példaként utalhatunk a kórházak által az európai szociális párbeszéd keretében 2007-ben kötött szociális partnerségi megállapodásra, amelynek tartalmi elemeit a WHO is átvette.

Szabályozott kooperációs kapcsolatokra van szükség a foglalkozások közötti együttműködés javítása érdekében, elsősorban a foglalkozások és az ellátási szektorok közötti metszpontokon.

Továbbra is fejleszteni kell a személyzet mérésének tudományosan megalapozott eljárását.

### Iskolapadból a szakképzésbe

Jóllehet a pályaválasztási tanácsadó központok bőséges információval szolgálnak a különböző ápolói foglalkozásokról, az iskolákból kirepülők arra panaszkodnak, hogy nem kapnak elég információt a lehetőségekről. A pályaaorientáció javításának lehetőségei:

- a pályaválasztási tanácsadásnak az adott pálya területén ténylegesen működő személyek általi támogatása;
- az iskolásoknak az intézményekben végzett gyakorlat során való kompetens irányítása;
- a munkaügyi tanácsadók általi individuális és realista tájékoztatás és tanácsadás;
- a képzési intézmények fenntartóinak felszólítása az általános iskolákkal való szorosabb együttműködésre és az ápolási foglalkozások jövőbeli lehetőségeiről való tájékoztatásra;

### Képzés

- A képzési curriculumok alapvető reformjára van szükség, a szövetségi szintű illetékességek egységes szabályozásával;
- a különböző ápolói foglalkozások vonzerejének fokozásával összefüggésben jelenleg vita zajlik a generalisztikus és az integratív képzés lehetőségeiről;
- az ápolás területén való képzésnek mindenki számára nyitva kell állnia; a képzésnek ingyenesnek kell lennie a résztvevők számára, hogy a pályaválasztásról szóló döntés során megelőzhető legyen a versenyhátrány;
- a szövetségi tartományi szinten rendelkezésre álló továbbképzések elemzése és értékelés a szövetségi szintű elismerés lehetőségeire és szabályozásra való tekintettel;
- szabályozott, rövidített időtartamú átképzés a rokonszakmákban rendelkezésre álló három éves, első diplomát nyújtó egyetemi képzés területén, mint pl. gyógyító-ápoló, betegápoló, gyermekápoló,
- a képzésben résztvevők támogatása akár a harmadik képzési évben is az átképzési intézkedések keretében.

### Jobb munkakörülmények

A pénzügyi keretfeltételek mellett a munkahelyi egészségvédelemre is nagy szerep hárul.

### Szociális jog, ápolástudomány és ápolói praxis

- Az ápolásnak alap- és betegápolásra való szétválasztása történetileg túlhaladott és tudományosan elavult. Ez a beteghez közeli ápolás leértékelődéséhez vezetett. Ezt az ellentmondást a szociális jog nézőpontjából felül kell vizsgálni.
- Az ápolástudománytól megkövetelendő, hogy fokozottabban dolgozzon ki praxisorientált eljárásokat, amelyek figyelembe veszik az ápolási intézmények keretfeltételeit.
- Az érintetteknek hozzá kell járulniuk ahhoz, hogy kedvezőbb fényben jelenítsék meg az ápolást a nyilvánosság számára.

## II. RÉSZ: TARTÓS ÁPOLÁS – SZAKÁPOLÓK IRÁNTI IGÉNY NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN

### MICHAEL SCHÖNSTEIN: A SZAKÁPOLÓK HELYZETE AZ OECD TAGÁLLAMAIBAN

A demográfiai folyamatok eredményeként a 80 év fölöttieknek az összlakossághoz viszonyított aránya az OECD országaiban is erőteljesen növekedni fog, ami az ápolás iránti szükséglet növekedésével jár. A 80 év fölöttiek korcsoportja az EU-27-ekben valamivel népesebb, mint az OECD országaiban, ami annak tulajdonítható, hogy egyes OECD-tagállamok, mint pl. Chile, Mexikó és Törökország fiatalabb lakossági struktúrával rendelkeznek. A potenciális ápoltak és a potenciális ápolók közötti arány kedvezőtlennek tekinthető. A 100 potenciális ápolószemélyre jutó potenciálisan ápolásra szoruló 80 év fölöttiek aránya folyamatosan növekedik. Ápolást végző személyeken mind az informális, tehát családi körben vagy egyéb kapcsolatok alapján segítő ápolók, mind a szakképzett ápolók értendők.

### A családi körben végzett ápolás

A családi körben való ápolás minden ország politikai törekvéseiben jelentős értéket képvisel. Ezt egyfajta háromoldalú nyeresi helyzetnek tekintik, amelyből egyaránt profitálnak az ápolásra szoruló és az ápolást végző személyek, valamint az állami szektor. Az OECD minden tagállamában megfigyelhető az a tendencia, hogy az ápolási szolgáltatások zömét az informális szektorban biztosítják. A tulajdonképpeni keresőtevékenységük mellett ápolási feladatokat is ellátó személyek aránya változó: Svédországban 8%, Németországban 11%, Írországban 14,6%, Olaszországban 16%.

Az ápolási tevékenységet többnyire nők végzik. Az OECD-országokban az ápolást végző hozzátartozók kétharmada nő. A nők aránya csak az idősebb korcsoportokban (75 év fölött) csökken 66-ról 60%-ra. Ez azt jelenti, hogy az otthoni ápolásban résztvevő férfiak aránya csak időskorban emelkedik valamelyest.

Az országok többségében az ápolást végző személyek mintegy heti kilenc órát fordítanak hozzátartozójuk gondozására. Egyes országokban azonban, pl. Spanyolországban a hozzátartozók ápolása sokkal intenzívebb, akár a heti 20 órát is meghaladja.

A hozzátartozók ápolása jelentős korlátozásokkal/hátrányokkal jár az ápolást végzők számára: esetenként jelentősen csökkentik munkaidejüket, az ápolás fokozott pszichés megterhelést jelent.

Az ápolást végző hozzátartozók tehermentesítésével összefüggésben az OECD-országokban három politikai megközelítés azonosítható

Az első stratégia a munka és az ápolás jobb kombinálását tűzi célul, elsősorban az ápolási időre való jogosultság bevezetésével, rugalmas munkaidő, többnyire részmunkaidő lehetővé tételével. A munkavégzés szüneteltetésére az OECD-országok kétharmadában nyílik lehetőség: az ápolási idő többnyire fizetés nélküli, ahol pedig fizetett, időtartama viszonylag rövid, néhány nap és egy-két hét között mozog. Megállapítható, hogy az ápolási idő egy tömbben, vagy a részmunkaidő igénybevételét sokkal jobban korlátozzák, mint pl. a gyermeknevelési szabadságot.

A második politikai törekvés az ápolást végzők közérzetének javítására irányul. Ha az ápolást végző hozzátartozók az

ápolást megszakítva szabadságra mennének, számos országban helyettesítő ápolót bocsátanak rendelkezésre. Ez pozitív hatást gyakorol az ápolást végzők elégedettségére. Egyes országokban azonban nehézségek merülnek fel a helyettesítő ápolók beállításával kapcsolatban, főleg vidéken nehéz helyettesítőt találni. További támogató intézkedések: ápolási tanfolyamok szervezése, pszichológiai tanácsadás az ápolást végzők számára, de a regionális különbségek ebben a tekintetben is megjelennek.

A harmadik politikai megközelítés az ápolást végző hozzátartozók vagy az ápolásra szorulóknak pénzügyi támogatásában nyilvánul meg. A tanulmány szerint csak néhány országban térítenek kizárólagosan természetbeni ellátásokat. Az országok többségében inkább pénzbeli ellátást nyújtanak. A skandináv országokban az ápolást végző személyeket arra az időre, amíg hozzátartozójukat gondozzák, kvázi a közösség alkalmazottainak tekintik, és egyfajta fizetésben részesítik. Jóllehet ez az összeg, mindössze havi 300–500 EUR, az ápolást végzők számára mégis előnyös, mivel ez idő alatt társadalombiztosítási viszonyra való jogosultságot szereznek. Végül létezik egy támogatási rendszer, amelynek keretében az ápolást végző személy fizetését felhalmozzák, amennyiben az nem ér el egy bizonyos küszöbértéket.

### A professzionális ápolás helyzete az OECD-országokban

A nők aránya a szakképzett ápolók körében is magasabb: Japánban 87%, Dániában 96%. A részmunkaidő elsősorban az otthoni ápolás területén elterjedt. Ezzel szemben az életkori struktúra igen változó, egyes országokban az ápolószemélyzet átlagéletkora 45–50 év, más országokban (pl. Franciaországban) alacsonyabb. Az ápolószemélyzet kulturális és etnikai sokfélesége elsősorban az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában igen magas. Ráadásul néhány kivételtől eltekintve (pl. Németország), az ápolószemélyzet képzettsége viszonylag alacsony. Ennek következtében az ápolási intézményekben alkalmazott ápolószemélyzetnek kevesebb, mint a fele rendelkezik ápolói szakképzettséggel.

Más egészségügyi foglalkozásokhoz hasonlóan az OECD-országokban a száz ápolásra szoruló személyre vagy potenciálisan ápolásra szoruló személyre rendelkezésre álló szakápolók száma változó: Szlovákiában pl. csak tíz, Svédországban több mint 40. Ez az egyes országok ápolási rendszereinek különböző szervezeti fokával függ össze. Amennyiben az ápolók számán kívül a teljes munkaidős ekvivalenst is figyelembe vesszük, ismét megmutatkozik, hogy mennyire elterjedt a részmunkaidő az ápolók körében.

A tanulmány szerint az ápolói pálya vonzereje csaknem az összes OECD-országban alacsony. Ez lényegében három tényezőnek tulajdonítható:

- az alacsony fizetésnek;
- a rossz munkakörülményeknek és
- az ápolói pályáról kialakított negatív képnek.

Az ápolók fizetése az átlagfizetés 50–70%-a. A munkában szerzett tapasztalat alig gyakorol hatást a fizetésre. A kórházi ápolók sokkal jobban keresnek, mint az ápolási intézményekben dolgozók. Az ápolók munkakörülményei az OECD-országokban hasonlóak: az ápolókat megillető szociális szolgáltatások (pl. a nyugdíjak) elmaradnak az átlagos szociális szolgáltatásoktól, az ápolók egészségügyi kockázatai

magasabbak, a mentális és fizikai megterhelés igen magas, amit tetéz a kedvezőtlen munkaidő (váltott műszak, hétféle beosztás).

A jövőben az egészségügyi személyzet iránti igény fokozódni fog. A szakképzett ápolószemélyzet iránti igény a demográfiai folyamatok figyelembevételével 2050-ig 57–85%-kal fog növekedni. Az ápolószemélyzet biztosítása tekintetében a vizsgált országok három stratégiát követnek: külföldi toborzás, férfiak fokozottabb megnyerése az ápolói pálya számára, az ápolószemélyzetnek a pályán való megtartása.

### MARCEL FINK: TARTÓS ÁPOLÁS ÉS TARTÓS ÁPOLÁST VÉGZŐ ÁPOLÓSZEMÉLYZET AUSZTRIÁBAN. KIHÍVÁSOK ÉS PERSPEKTÍVÁK

#### Az ápolás rendszere Ausztriában

Előrebocsátandó, hogy a tartós ápolás gyakorlata Ausztriában távol áll attól, hogy a best-practice példaként emlegethessék. Eltérően más politikai területektől, mint a munkaerőpiac, vagy a nemzetközi összehasonlításban csekély államháztartási hiány, a tartós ápolás biztosítása számos nehézséggel jár. Ezek elsősorban:

- a finanszírozás;
- a szükségleteknek megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférés;
- a minőségbiztosítás és
- a szakképzett személyzet hiánya.

Jóllehet a problémák közismertek és tudományosan is dokumentáltak, Ausztriában még mindig nem kezdődött széleskörű vita azok megoldásáról. Mindaz, ami a reformokkal összefüggésben történik, fokozatos kiigazításokra korlátozódik, amelyek a legnyomoztatóbb problémák, egyebek között a rendszer fenyegető alulfinanszírozottságának elhárítását célozzák. A reformok késlekedése a tartós ápolás rendszerének strukturális adottságaival, elsősorban a felelősség különböző szintek közötti megosztásával függ össze.

Egyrészt megnyilvánul a privát és a közfinanszírozású ápolás közötti dualitás. Jóllehet ez gyakorlatilag mindenütt működik, Ausztriában a rendszer sajátosságainál fogva különösen virulens. Másrészt, Ausztria föderális berendezkedésénél fogva átfedések vannak az ápolás biztosítására irányuló szövetségi és tartományi szintű kompetenciák között. Ezenkívül sajátos szerepet töltenek be a betegbiztosítási teherviselők, amelyek kísérletet tesznek a tartós ápolásnak a kórházakban való minimalizálására és annak más fenntartókra való áthárítására. Végül a természetbeni ellátásokban involvált a 2400 önkormányzat és a tartományok, ami feszültségekhez vezet a két területi szint között.

#### A tartós ápolás rendszere Ausztriában

Ausztriában 2003-ig az „ápolás” még nem vált az egészségpolitika önálló részterületévé. Intézményesített ápolásra csak az önkormányzatok és a tartományok által működtetett szociális szolgáltatások keretében és csak a szükséglet vizsgálatát követően került sor. Az otthoni ápolás keretében a tartós ápolás elsősorban privát formában szerveződött. Jóllehet az ápolási szolgáltatások elvben bárki számára rendelkezésre álltak, a szolgáltatásokat az ápolásra nem szoruló személyeknek saját

zsebükből kellett kifizetniük. Tartós ápolásra valójában a kórházi betegápolás keretében is lehetőség nyílt. Gyakorlatilag számos kórházban egész osztályokat tartottak fenn a tartós ápolás céljára, amelyeket a társadalombiztosítás, ill. az adott tartomány utólagosan finanszírozott. Az ápolás témája az 1980-as és 1990-es években elsősorban a fogyatékkal élők szövetségeinek nyomására jelent meg a politika napirendjén.

Az 1993-ban bevezetett ápolási rendszer a pénzbeli és természetbeni ellátások kombinációján alapult. Ennek központi eleme a szövetségi szinten egységes és adókból finanszírozott pénzbeli ápolási ellátás („Pflegegeld”) állt, amelynek kifizetésére az ápolásra szorultság mértékétől függően (a hétfokozatú klasszifikáció keretében), a jövedelmi és vagyoni helyzetől függetlenül kerül sor. A pénzbeli ápolási ellátás felhasználásának módjáról az érintettek szabadon dönthetnek. Kivételt képez a kórházi ápolás, ahol a pénzbeli ápolási ellátást egyfajta „zsebpénzzé” csökkentették. Az ápolási szolgáltatások tényleges igénybevétele esetén a pénzbeli ápolási ellátás a tényleges költségek 30-40%-át fedezi.

Ugyancsak 1993-ban született megállapodás arról, hogy a tartományok és az önkormányzatok kötelezettséget vállalnak a kórházon kívüli, ambuláns és kórházi ápolási szolgáltatásoknak a teljes területen történő és decentrális biztosítására. A területi választott testületeknek dokumentálniuk kell a rendszer kiépítését. Ez két-háromévente bemutatott jelentések formájában történik. A gyakorlatban azonban a tartományok gyakran elmulasztják a szolgáltatások biztosítását és a jelenlét előterjesztését; szankciókra azonban nem kerül sor.

A felmérések eredményei szerint az ápolásra szorulóknak 58%-a a hozzátartozók vagy szomszédok általi otthoni ápolást veszi igénybe; egyharmadát hozzátartozók, szomszédok és mobil segítő szolgálatok ápolják, 16%-át kórházban látják el. Az ápolásra szorulóknak 2%-át az ún. 24 órás gondozás keretében ápolják, ezek aránya azonban feltehetően eléri a 3-4%-ot. A 24 órás gondozásban többnyire Csehországból és Szlovákiából informálisan toborzott ápolókat foglalkoztatnak, számuk jelenleg mintegy 25 000.

Az ápolásban részesülők száma 1999-2009 között 275 000-ről 370 000-re emelkedett. Ebben az összefüggésben igen érdekes az egyes ápolási fokozatok összetétele. A csekély mértékben ápolásra szorulóknak száma viszonylag magas, ezzel szemben az igen intenzív ápolásra szorulóknak (6-7. fokozat) számának növekedési rátája a legmagasabb, az ápolást igénybevevők száma az utóbbi tíz évben megduplázódott. Ez azt jelenti, hogy különösen az intenzív ápolás iránti igény fokozódik. Mindezekkel összefüggésben a tartós ápolásra fordított közkiadások 1994-2009 között 25%-kal növekedtek. A GDP-hez viszonyított kiadások főleg a kórházi szektorban növekedtek erőteljesen. Ezzel szemben a pénzbeli ápolási ellátásra fordított költségek aránya csökkent, ami arra vezethető vissza, hogy ezen a területen csak ritkán kerül sor inflációs kiigazításra. A tartományok és az önkormányzatok számára ez több nettó kiadást jelent, mivel az összességében növekedő közkiadások mellett egyre kevesebb pénzügyi forrás vonható be a szövetségi ápolási díjből. Ez a tartományok és a szövetség közötti feszültséghez vezet.

A föderális rendszerben az is problematikus, hogy ténylegesen kilenc különböző ápolási modell létezik, a kilenc szövetségi tartományban ugyanis a természetbeni ellátások és a szolgáltatások kiépítésének mértéke eltérő. Amennyiben figyelembe vesszük a szövetségi pénzbeli ápolási ellátást

igénybevevő 65 év fölöttiek arányát, bizonyos szóródás tapasztalható, a pénzbeli ápolási ellátásnak a tartományokban való odaítélése azonban viszonylag egységes. Amennyiben viszont azt tekintjük, hogy száz pénzbeli ápolási ellátásban részesülőre hány intézményi hely áll rendelkezésre, az egyes tartományok közötti jelentős szóródást figyelhetünk meg. A rendszer egységes kiépítettségéről tehát szó sem lehet.

Hasonló a helyzet a mobil ápolási szolgálatok által nyújtott, egy ápolásra szoruló személyre eső, órákban kifejezett szolgáltatásokkal. Bécsben a rendszer jól kiépült, egyes tartományokban, mint Burgenlandban és Stájerországban, kevésbé. Itt mutatkozik meg, hogy a szövetségi tartományok mennyire eltérően tesznek eleget az egész területet lefedő ellátás követelményének. Ám ez azt is jelenti, hogy a szövetségi tartományokban a személyzettel való ellátottság is eltérő és ennek megváltozása a közeljövőben sem várható. A szakképzett munkaerő hiánya különösen ott magas és az intézményi ápolás kiépítettsége ott van lépéshátrányban, ahol a tartós ápolás privát rendszere már korábban megszerveződött.

A tartományokra jellemző eltérések mellett jelentős strukturális kihívások jelentkeznek. Mindenekelőtt szembeötlő a laikusok által nyújtott ápolás magas aránya, a minőségbiztosítás hiánya, az ápolást végző személyek erőteljes fizikai és pszichés megterhelése.

A jövő perspektívájában súlyos problémát jelent az informális ápolás túlsúlya. Dániában, Norvégiában és Hollandiában a formális ápolás aránya mind az ambuláns, mind a mobil szolgáltatók tekintetében viszonylag magas. Ezekben az országokban a GDP-hez viszonyítva viszonylag sokat fordítanak ezekre a területekre, ami egyben azt jelenti, hogy a szükséges pénzügyi források eleve rendelkezésre állnak, és nem kell újabb források után kapkodni. Ezekhez az országokhoz viszonyítva azonban Ausztriában az állami szerepvállalás és az intézményi ellátás kiépítettsége alacsonyabb.

Szociálpolitikai szempontból problematikus a mobil szolgáltatókhoz való hozzáférés helyzete. Ebben a tekintetben az osztrák szövetségi tartományok között jelentős különbségek állnak fenn. A Bécsben nyújtott szolgáltatási órák száma például a Burgenlandban nyújtottak háromszorosa, ahol pedig az ápolásra szorultság strukturálisan nem különböző. Ugyancsak problémák merülnek fel a minőségi kórházi ápoláshoz való hozzáférés tekintetében is.

Egészen más probléma merül fel a 24 órás gondozás tekintetében. Ezt az ellátási formát 2006-ban legalizálták, és becslések szerint 15 000–17 000 ápolásra szoruló személyt érint. Ezen a területen azonban nem létezik semmiféle minőségbiztosítás. Tulajdonképpen ez az ellátási forma 2006 előtt is működött. Egyrészt ugyanis az ápolást végző hozzátartozók megpróbálták csökkenteni megterhelésüket, másrészt az intézményi ápolás keretében a családi jövedelem és vagyon figyelembevételével a költség regresszió elvét alkalmazták. Miután a sajtó megszéllőztette, hogy az akkori kancellár anyósát is ebben a formában gondozták, a 24 órás ápolást viszonylag gyorsan legalizálták. Az új modell bevezetésének eredményeként a társadalombiztosítás megnyílt az ápolást végző hozzátartozók számára, és bevezették a közfinanszírozást. A 24 órás ellátás költségeinek összege úgy napi 50–70 EUR-ra tehető, ami az intézményi ápolási helyhez viszonyítva még mindig kedvezőbb.

A demográfiai folyamatok alakulásával – az OECD-államokhoz hasonlóan – a tartós ápolás költségei Ausztriában is



növekedni fognak. Nemzetközi összehasonlításban azonban a kiindulási szinten igen eltérőek. Ausztriában az ápolási kiadások kiindulási szintje 2006-ban a GDP 1,1%-a volt. A mérsekelt scenárium szerint az ápolási költségek 2030-ban eléri a GDP 2%-át, a maximális scenárium szerint pedig 2,3%-át.

A szakképzett ápolószemélyzet hiánya már most megmutatkozik. Jelenleg Ausztriában – teljes munkaidős ekvivalensekre átszámítva – az intézményi ápolásban foglalkoztatottak száma 27 000, a mobil szolgáltatási szektorban további 10 000. Ahhoz, hogy az ápolás jelenlegi rendszere megfelelhessen a demográfiai kihívásnak, Ausztriában az intézményi ellátás területén 2020-ig 25%-kal (+6 500 fő), az ambuláns ápolás területén 50%-kal (+6 400 fő) több ápolóra lesz szükség.

Am a fenyegető ápolóhiány ellenére Ausztriában a reformról szóló vita elsősorban az ápolási rendszer közép- és hosszútávú finanszírozhatóságáról szól. A tartományok és az önkormányzatok alulfinanszírozottságát elhárítandó 2009-ben elkezdődött egy pénzügyi átcsoportosítás, amelynek során a szövetség 2014-ig félmilliárd eurót helyez át a tartományokba.

### Az ápolószemélyzet problematikájának politikai tükröződése

A munkaerőhiány elsősorban a szakképzett ápolók tekintetében nyilvánul meg. 2010-ben 3500 szakképzett betegápolói állás volt betöltetlen.

Folyamatos a kereslet a kevésbé szakképzett személyzet iránt is, mint segédápolók, idősgondozók, intézményi segéderők. További probléma, hogy a szakképzett személyzet inkább az egészségügyi szektorban, tehát a jobb munkakörülményeket kínáló kórházakban vállal munkát. Az ápolási szektorban az alkalmazottak megtartásának aránya alacsony. Egyes tartományokban az ápolási szektorban foglalkoztatottnak mindössze 10%-a negyven év fölötti.

Mindez összefügg az ápolói fizetésekkel is. Jóllehet a tarifaszervezők szerinti lefedettség 100%-os, a pályakezdők fizetései ágazatok közötti összehasonlításban alacsonyak. Az eleve lapos hierarchiával rendelkező ápolási szektorban strukturális problémát jelent az előmenetel kilitástalansága: legfeljebb két-három hierarchia-szint van és csak keveseknek sikerül felvergődniük az ápolási menedzsmentbe.

Mindezen problémák mellett az osztrák politika, a kórházi és intézményi terület tehermentesítése érdekében elsősorban a privát ápolás erősítésének stratégiáját követi. Ebben az összefüggésben 2006-2007-ben legalizálták az otthoni 24 órás ápolást és azt állami pénzügyi forrásokból támogatásban részesítették. Ezenkívül 2009 óta az ápolást végző hozzátartozók a harmadik ápolási fokozattól kezdődően nyugdíjbiztosításra is jogosultak. 2007-ben az egész területen bevezették az ápolási tanácsadást, ami ugyancsak a privát szektort erősíti.

A tartós ápolásnak a privát szférában való erősítésére tett kísérlet mindenestre kritikusan szemlélendő. Ez végső soron a migrációs háttérű otthoni segítők modelljének terjedéséhez vezet. Mivel azonban a demográfiai nyomás a kelet-európai országokban is növekedni fog, ennek a modellnek a jövője megkérdőjelezhető.

Egy további stratégia a tartós ápolás területén működő személyzet munkakörülményeinek javítására irányul. 2003-ban a kollektív tarifaszervezők rendszerét az állami szektorról kiterjesztették a vegyes szektorra, ami 100%-os lefedettséget

jelent a tarifaszervezők tekintetében. Azóta folyamatos vita zajlik a fizetésekről és a munkafeltételekről, amelynek során a szakszervezetek is erőteljesebben hallatják hangjukat. A munkaügyi és szociális minisztérium munkaközösséget állított fel, amelynek 2012-ben ki kell dolgoznia az ápolási reformot.

A szakképzés rendszerét már 2010-ben megreformálták. Németországhoz hasonlóan Ausztriában is fennáll a szövetség és a tartományok közötti kompetencia-megosztás problémája. Ennek ellenére két új szakirány – a szakképzett szociális gondozóké és az okleveles szakképzett szociális gondozóké – szabályozása szövetségi szinten egységes.

Vita folyik arról is, hogy az ápolás területén csökkenteni kellene a képzés alsó korhatárát, így a kötelezőnek számító képzés teljesítésével a 15 évesek is jelentkezhetnek ápolóképzésre.

A hadkötelezettség előrelátható eltörlésével szó van egy egyéves önkéntes szociális munka bevezetéséről. Ebben az esetben az ápolásra bevethető polgári szolgálatosok is kiesnek a rendszerből. Ezért vita kezdődött egy szociális év bevezetéséről, amely bruttó 1 300 EUR-s fizetéssel és társadalombiztosítási jogosultsággal járna. Csupán az nem tisztázódott, hogy mely „fenntartó szervezet” fogja finanszírozni az önkénteseket.

További politikai stratégiák a tartós ápolás rendszerének rövid távú finanszírozhatóságára és szervezeti egyszerűsítésére irányulnak. Ezzel kapcsolatban állították fel az ápolási alapot, amelynek 2014-ig biztosítania kell a tartományok összesen 685 millió EUR összegű kiadásait. A szabályozás szintjén a pénzbeli ápolás 2012-ig egyedül a szövetség hatáskörébe kerül. Ezenkívül az ápolásra szorultság besorolását megállapító fenntartók számát 280-ról nyolcra csökkentették.

A jelenlegi nyilvános politikai agenda gyakorlatilag nem támogatja a külföldi ápolószemélyzet célzott toborzását. A politikai agenda alig foglalkozik a tartós ápolás iránti igény csökkentését célzó prevenciós és rehabilitációs stratégiákkal. Az osztrák egészségügyben profilaktikus intézkedésekre fordított közkiadások nemzetközi összehasonlításban igen alacsonyak. Amennyiben bizonyos kórképeket tekintünk, mint pl. a diabétesz, kitudnik, hogy Ausztriában igen magas a hasonló betegségek incidenciája, amelyek az ápolásra szorultsághoz vezetnek.

PROF. HANS MAARSE: AZ ÁPOLÁSI REFORM HOLLANDIÁBAN

### Az ápolás szervezete és finanszírozása

Az intézményi ápolási szolgáltatásokat elsősorban privát közhasznú szervezetek, az otthoni ápolást erre szakosodott szolgáltatók biztosítják. Az érintettek ápolásuk önálló szervezése érdekében személyre szabott költségvetést kérelmezhetnek. 2010-ben a holland lakosság 3,6%-a vett igénybe otthoni vagy intézményi ápolást. Ezt az arányt Európában csak Ausztria, Svédország, Norvégia és Svájc haladja meg. Az OECD-ben az átlag 2,8%.

Az ápolás finanszírozása nagyjából állami forrásokból történik. 2009-ben az ápolási összkidadásoknak mindössze 8%-át fedezték privát hozzájárulásokból. Az ápolásra fordított kiadások a GDP 3,5%-át teszik ki. Más európai országokhoz viszonyítva ez az érték is magas, csak Svédország haladja meg (3,6%).

1. táblázat. Az ápolásra fordított kiadások alakulása 2000–2009. között (milliárd EUR)

	2003	2005	2007	2009	Összesen
AWZB	10,9	11,4	11,4	12,6	15,60%
WMO	–	–	1,0	1,1	10,00%
PGB	0,7	0,9	1,3	2,0	185,70%
Összesen	11,6	12,3	14,0	15,6	34,50%

Az ápolás finanszírozása három pilléren nyugszik:

1. A betegségekre fordított költségekről szóló általános törvény (AWZB: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten),
2. A társadalmi inklúzióról szóló törvény (WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning),
3. A személyre szabott költségvetések rendszere (PGB: persoonsgebonden budget).

Az AWZB bevezetésére 1968-ban került sor. Ez fedezi az ápolási igények zömét. Ez egy állami, járulékalapú kötelező betegbiztosítási rendszer (a jövedelem 12,25%-a; fejenként évi 3 290 EUR járulékszámítási plafonnal), amely az otthoni ápolás, a betegápolás, a tanácsadás, az orvosi kezelés és a kórházi kezelés és tartózkodás céljait szolgálja. A szolgáltatásokat igénybe vevőknek jövedelmüktől, életkoruktól, családi helyzetüktől és az ápolás jellegétől függő hozzájárulást kell fizetniük.

A havi befizetés minimális összege fejenként 145 EUR, a maximális 2 097 EUR. Az ápolási és lakóotthonokban gondozott személyek átlagos befizetése jelenleg átlagosan évi 6 400 EUR.

A WMO 2007-ben lépett hatályba. Ez egy kommunális szinten alkalmazott, adókból finanszírozott rendszer, amely elsősorban az otthoni segítségnyújtásra irányul. Megvalósításához az önkormányzatok adókból származó forrásokban részesülnek. A WMO bevezetését megelőzően az otthoni segítségnyújtást az AWZB-ből fedezték. A biztosítottaknak ezekhez a szolgáltatásokhoz is jövedelemarányos hozzájárulásokat kell befizetniük.

A PGB-t az 1990-es évek közepén vezették be. Ez egy állami finanszírozású támogatás, amelynek a célja, hogy lehetőséget teremtsen a biztosítottak számára ápolásuk személyre szabott megszervezésére. A kiadások az elmúlt évtized során robbanásszerűen növekedtek: összegük 2002-ben 413 millió EUR, 2010-ben 2 300 millió EUR volt. A magyarázathoz hozzátartozik, hogy a PGB rendszerét az időskorúak mellett számos fogyatékkal élő fiatalok is igénybe veszi (1. táblázat).

A biztosítottak ápolásra szorultságának megállapítása tekintetében a felelősség az AWZB keretében a szolgáltatókra hárult. Az 1990-es évek közepe óta ez megváltozott: a kormány általános és objektív kritériumok alapján egy egységes eljárás mellett döntött. Az ápolásra szorultság elemzését intézményesen leválasztották a szolgáltatói oldalról, és azt független regionális szakértői testületekre ruházták át. Az ápolásra szorultság megállapítására 2005-ben létrehoztak egy központi állami hivatalt (CIZ: Centraal Indicatieorgan Zorg), amelynek alárendelték a regionális hatóságokat. A CIZ adja ki azokat az irányelveket, amelyek alapján meghatározzák az ápolási szolgáltatások jellegét és volumenét. Mindenesetre az ápolásra szorultság megállapítását a regionális hatóságokhoz delegálták, és az eljárást lefolytatása gyakran telefonbeszélgetés keretében történt, ami folyamatos kritika tárgyát képezte. Az utóbbi években körvonalazódik egy trend, amelynek során a szolgáltató szervezeteket ismét jobban bevonják a fo-

lyamatba és bizonyos esetekben átruházzák rájuk a döntést. A decentralizálás célja a bürokrácia csökkentése és a szolgáltatók felelősségének fokozása. Az önkormányzatok a regionális hatóságokra bízhatják a WMO keretében szolgáltatást kérelmezők ápolásra szorultságának megállapítását.

### Az ápolás iránti igény növekedése

Az ötven év fölöttiek aránya jelenleg 15,3%, számuk azonban előreláthatóan 2015-ig 17,5%-ra, 2030-ig 23,7%-ra emelkedik. 2050 körül pedig az ötven év fölöttiek 40%-a már nyolcvan év fölötti lesz.

A szociális és kulturális tervezési hivatal (SPC) adatai szerint az ápolás területén foglalkoztatottak száma 1995-2005 között évente átlagosan 1,8%-kal növekedett. A hivatal előrejelzése szerint azonban ez az adat nem vetíthető ki a jövőre. Az egészség és a képzettségi szint tényezőinek figyelembevételével a foglalkoztatottak számának növekedése 2010-2030 között évi 1,2%-ra tehető.

A növekedés tényleges mértékétől függetlenül kétségtelen, hogy az ápolás kínálata és finanszírozása egyre nagyobb nyomás alá kerül. Az OECD aktuális jelentése szerint egy tiszta idősödési modell figyelembevételével az ápolásra fordítandó állami kiadások növekedése Hollandiában 2050-ig évi 8,2%-ra tehető. Egy egészségesebb öregedéssel számoló modell szerint azonban ez az arány 7,7%-ra csökken.

### Az ápolási reform elemei

#### A saját felelősség nagyobb jelentősége

Az ápolás morális tartópillére továbbra is a szolidaritás marad. Saját felelősség nélkül azonban szolidaritásról sem beszélhetünk. Az államilag finanszírozott ápolási szolgáltatások széles spektruma olyan helyzetet teremtett, amelyben az emberek egyre inkább az állami ápolási intézményekre és segítségnyújtásra számítanak. Egy szakértői értékelés szerint: „Hollandiában a gyermekekről való gondoskodás »természetes« közege a család, miközben az időskorúak gondozásának szerepét az államtól várják el.” Tehát sokkal jobban kellene ösztönözni a saját felelősséget. A több felelősség konkrétan azt jelenti, hogy több önrészt kell befizetni az ápolás céljaira és nagyobb súlyt kell adni az informális ápolásnak.

#### Az önkormányzatok szerepének kiterjesztése

A társadalmi inklúzióról szóló törvény (WMO) bevezetése jelentősen erősítette a lokális szint (önkormányzat, település) szerepét az ápolás területén. Itt elsősorban a háztartásban nyújtott segítségnek az AWZB-ből a WMO-ba való áthelyezését kell említeni. 2013-ban az önkormányzatok a szociális szolgáltatók általi gondozást is átveszik, amelyet jelenleg még az AWZB biztosít. Ezek a reformok, amelyek implikációjaként az ápolás zömének finanszírozása a jövőben adóforrásokból történik, azon a megfontoláson alapulnak, hogy az önkormányzatok a legalkalmasabbak az ápolásra szorulókat hatékony,

szükségleteknek megfelelő és mindenre kiterjedő támogatására. Bizonyos hasonló területeken, mint az intézményben való elhelyezés, a jóléti programok és a kommunális tervezés, már most is az önkormányzatok illetékesek.

### A reformok és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés

Az AWZB szolgáltatásait a jogosultság feltételeinek szigorításával bizonyos mértékig csökkentették. Egy, a közelmúltban bejelentett intézkedés szerint az ápolási intézményekben elhelyezett biztosítottoknak lakbért kell fizetniük, és viselniük kell létfenntartási költségeiket. A jelenlegi szabályozás szerint az AWZB az ápolási intézmény minden költségét fedezi, a biztosítottoknak csak önrésszel kell hozzájárulniuk. Az otthoni ápolási szolgáltatásoknak az AWZB-ből a WMO-ba történő áthelyezése, illetve az önkormányzatok szerepének bővítése feltehetően messzemenő következményekkel jár a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre nézve.

Az AWZB a valóságban egy betegbiztosítás, amelynek keretében a biztosítottak az ápolásra szorultság megállapítása esetén szolgáltatásokra jogosultak, ami a WMO keretében már nem érvényes. Az AWZB szolgáltatásaitól eltérően, a WMO szolgáltatásai nem korlátlanok. A törvény csak annyira kötelezi az önkormányzatokat, hogy olyan mértékben járuljanak hozzá a költségekhez, amely lehetővé teszi a biztosítottak számára az önálló életvitelt és a társadalmi életben való részvételt. Az már az önkormányzat mérlegelésén múlik, hogy miként teljesíti ezt az ún. kompenzációs elvet. A helyi szinten alkalmazott kritériumok szerint a WMO legfeljebb egyfajta „biztonsági háló” vagy szükségmegoldás gyanánt működik.

### A személyre szabott költségvetés részleges megszüntetése

A személyre szabott költségvetések költségei 2000 óta robbanásszerűen növekedtek. Ez különböző tényezőknek tulajdonítható: részben a homályos irányelveknek, részben a személyre szabott költségvetések bőkezűségének. Az OECD egyik aktuális tanulmánya szerint a személyre szabott költségvetés éves összege 15 000–18 000 EUR között mozog, amely sokkal magasabb, mint a szomszédos országokban: Németországban 2 700–8 220 EUR, Franciaországban 6 360–14 820 EUR, Belgiumban 925–6 210 EUR. Egy elemzés következtetése szerint a költségvetések felhasználóinak kétharmada a személyre szabott költségvetés bevezetése miatt döntött az ápolás igénybevétele mellett. A természetbeni ápolási szolgáltatások iránt nem tanúsítottak érdeklődést. Aggodalmakra adnak okot a csalásról és az informális ápolás ún. „elpénzesedéséről” szóló szóbeszéddek: azok a személyek, akik korábban térítés nélküli informális ápolást végeztek, most pénzt kapnak érte. Az egészségügyi államtitkár 2011 nyarán bejelentette, hogy csak azok a biztosítottak tartják meg a személyre szabott költségvetés iránti opciót, akik ápolási intézményben való ellátásra jogosultak (a jelenlegi jogosultak 10%-a). Amennyiben élnek az opcióval, csak olyan személyektől és szervezetektől részesülhetnek ápolásban, akik/amelyek szerződést kötöttek az AWZB végrehajtásáért illetékes regionális hatósággal (zorgkantoor). Azok a biztosítottak pedig, akik többé nem jogosultak a személyre szabott költségvetésre, a megbízott szolgáltató általi természetbeni ellátásban részesülnek.

A személyre szabott költségvetések 2013-ban tervezett részleges felszámolása heves vitákat eredményezett. Ez a döntés

megfosztja a biztosítottakat önállóságuktól, még jobban szűkíti a saját felelősséget és minőségi visszaeséshez vezet. Végül a szolgáltatók sem kínálhatnak személyre szabott szolgáltatásokat. Kétségek merülnek fel arra vonatkozóan is, hogy az intézkedés beváltja-e a kitűzött 600 millió EUR megtakarítást. Figyelembe veendő, hogy a természetbeni ellátások becslések szerint egynegyeddel többre kerülnek, mint a költségvetésben részesülők által megszerzett szolgáltatások. A megtakarításokkal kapcsolatos számítások főleg azon a feltevésen alapulnak, hogy így majd a potenciálisan költségvetésben részesülők nem fogják igénybe venni a természetbeni ellátásokat.

### Teljesítményfüggő kifizetések

A reformok további iránya: a tartós intézményi ápolás teljesítményfüggő finanszírozása az ápolási fokozatokhoz kapcsolódó szolgáltatási csomagok segítségével. A valamely szolgáltató által egy biztosítottra elnyert költségvetés a szolgáltatási csomag jellegétől és volumenétől függ. Összesen nyolc ápolási csomag létezik, amelyek mellett bizonyos célcsoportok számára még két további csomagot is felkínálnak. Minden egyes csomag maximális tarifáját a holland egészségügyi hatóság (NZa) határozza meg. Az új finanszírozási rendszer a szolgáltatók és a biztosítottak közötti kapcsolatok tekintetében rendelkezik különös jelentőséggel. Ez ugyanis a szolgáltatók és a biztosítottak közötti szerződés funkcióját tölti be, amely kölcsönös jogokat és kötelezettségeket tartalmaz. Az új finanszírozási rendszer bevezetése véglegesen felszámolja az ápolási otthonok és az otthoni ápolás egységes költségvetésének modelljét.

### A betegbiztosítók szerepének kiterjesztése

Alapvetően megváltozik a betegbiztosítók szerepe. Jelenleg az AWZB végrehajtásával összefüggésben a biztosítók működése egy reprezentációs modellen alapul. Ennek lényege, hogy valamely biztosító – rendszerint a regionális piacvezető – megbízást kap a 32 régió valamelyikében az AWZB végrehajtására – mégpedig az összes biztosító nevében. A felelős biztosító (ill. ápolási szolgáltató, zorgkantoor) fő feladata abban áll, hogy szerződéseket kössön a szolgáltatókkal és tájékoztassa a biztosítottakat. Ezek azonban nemcsak az ápolásra szorultság megállapításában vesznek részt. A reprezentációs modell 2013-ban lejár, így ezután a betegbiztosítók maguk lesznek felelősek az AWZB végrehajtásáért. Így a biztosítóknak az ápolás tekintetében való felelőssége kiszélesedik. Ez a folyamat már az AWZB szolgáltatási csomagjának a betegbiztosításról szóló törvény (ZVW: Zorgverzekeringswet) szerinti szolgáltatási csomagra való áttevődésével elkezdődött. A jövőben az AWZB és a ZVW közötti még szorosabb összefonódásról lesz szó, jöllehet ez a folyamat valamivel bonyolultabb, mivel a kockázatkiegyenlítés során strukturális kiigazításokra van szükség.

Megállapíthatjuk, hogy a tartós ápolás Hollandiában jelenleg különböző reformfolyamatok szenvedő alanya. A reformok kimenetele és hatása megjósolhatatlan. Mindenesetre kézenfekvő, hogy a jövőben jelentősen növekedni fognak az ápolás finanszírozásába befolyó privát befizetések, és egyre hangosabbak lesznek a saját felelősségre hivatkozó hangok. A privát vagyonnak az önrész kiszámítása során való figyelembevétele ugyancsak ebbe az irányba mutat. Olyan hangok is vannak, amelyek szerint az embereknek „időskorukra” össze kellene kuporgatniuk valamennyi pénzt. Ezek azonban



politikailag meglehetősen súlyos üzenetek, messze az az idő, amikor ezek elfogadottságra lelhetnek. A politikusok azonban már tudatában vannak, hogy az elöregedő társadalom egyben elöregedő választóbázist jelent.

A reform politikai szenzibilitása a kormány 2012. áprilisi bukásával vált nyilvánvalóvá. A koalíció és a három korábbi ellenzéki párt közötti megállapodás az államháztartási hiány 3%-ra csökkentéséről, egyebek között az ápolási reformot érintő intézkedéseket is tartalmazott. A leglátványosabb a személyre szabott költségvetések részleges felszámolásának visszavonása volt.

### Emberi erőforrások

Az ápolás területén foglalkoztatottak száma 1970–2008 között 170%-kal növekedett (2. táblázat). Az egészségügy területén az előrejelzések szerint 2007–2030 között az állások száma 300 000-re növekedik (évente 1,4%).

A létszám növekedését az ápolás iránti igény növekedése gerjeszti, ami különösen aggályos. Annál is inkább, mert a foglalkoztatottak összlétszáma előreláthatóan évente 0,2%-kal csökkenni fog. A hollandiai reformok összességükben a közpénzekből finanszírozott ápolás csökkentését tűzik célul. A munkaerő problematikájának kezelésére irányuló egyéb instrumentumok: a megelőző gondoskodási programok, az informális ápolást nyújtó személyeket támogató programok, valamint az eHealth bevezetése a tartós ápolás területén. Ennek segítségével az intelligens információ és kommunikációs technológiák és a közösségi oldalak hozzájárulnak a potenciális ápolásra szorulóknak önállóságának megőrzéséhez és annak erősítéséhez. Ezenkívül a termelékenység növelése

érdekében a bürokrácia karcsúsítása is napirendre kerül.

A felügyelet szabályozásának szigorítását követelő hangok mindig baleseteket követően erősödnek fel. A jelenlegi kormány ígéretet tett arra, hogy 12 000 új állás létesítését finanszírozza az intézményi ápolás területén. Ez része a koalíciós pártok és a kormányt a parlamentben támogató populista PVV (Partij voor de Vrijheid) közötti politikai megállapodásnak. A ténylegesen megvalósított állások száma azonban kérdéses marad. Egy másik megoldás az egészségügyi személyzet elvándorlásának megállítása. Az „emberi erőforrásokba” való beruházás stratégiája azonban beleütközik a túlméretezett bürokráciába, a folyamatos átszervezési folyamatba, a pályázati kiírások rendszerébe és az alacsony bérekbe, amelyek káros hatást gyakorolnak az egészségügyi dolgozók közérzetére és önértékelésére. A személyzet szakmai önértékelésének helyreállítása tekintetében felmerült, hogy az ápolásra szorultság megállapítása során több felelősséget ruháznak az ápolókra és csökkentik a bürokráciát.

---

*Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), Köln, Schriftenreihe der GVG, Bd. 69*

*Long Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich (Teil II) Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG), Köln Schriftenreihe, Band 70*

*A tanulmány gondozását, a fordítási munkát is beleértve Komáromi Béla nyug. vezető főtanácsos végezte.*

# Az idősápolás és az ápolásbiztosítás tapasztalatai

## Kína, Japán, Németország és az Európai Unió gyakorlata

A Friedrich Ebert Alapítvány segítségével bepillantást nyerhetünk a keleti országok – Kína és Japán – idősápolás és az ápolásbiztosítás terén szerzett tapasztalataiba, továbbá megismerkedhetünk a németországi ápolásbiztosítás bevezetésének folyamatába, és annak aktuális kihívásaiba. A szerzők megvizsgálták az ápolásra szorultság kockázatának biztosítását az Európai Unió egyes országában.

■ **Julan Gao, Chun Ding, Fang Chen, Miyoko Motozawa, Michael Schmidt, Günther Merkel**

### KÍNA

JULAN GAO: AZ IDŐSÁPOLÁS TAPASZTALATAI SANGHAJBAN

Kínában az előregedés folyamata Sanghajban a legerőteljesebb. 2008-ban a város lakóinak születéskor várható élettartama 81,28 év volt, a 60 év fölöttiek száma meghaladta a 3 milliót, a regisztrált lakosok 21,6%-át. Ez az arány az országos átlag kétszerese. 2005–2008 között az idősokorúak száma évente 100 000 fővel emelkedett, ami jóval meghaladta a korábbi, 20 000–30 000 főre becsült prognózisokat. Újabb előrejelzések szerint a folyamat 2025–2030 között tetőzik, amikor Sanghajban a 60 év fölöttiek száma meghaladhatja az ötmillió főt, a jelenleg bejelentett lakosság 40%-át. Ennek további ismerve a súlyosan elagottak számának növekedése. A 80 év fölöttiek száma jelenleg 534 400, ami a 60 év fölöttiek 17,8%-a. Jelenleg a csak idősokorúakból álló családokhoz tartozó személyek száma 863 800, az egyedülálló idősokorúaké 188 000. Az előregedés velejárója az ápolásra szorulóak számának emelkedése. 2010-ben a mindennapi élet során bizonyos műveleteket el látni képtelen személyek száma eléri a 230 000-et.

A városi kormányzat kidolgozta Sanghaj társadalmi-gazdasági fejlesztésének keretprogramját, amelynek összefüggésében a 10. és a 11. ötéves terv az idősokorúak szociális problémáival is foglalkozik. Ennek keretében 2010-ben azt a célt tűzték ki, hogy a városi idősápolási szolgálatok a sanghaji idősokorúak 10%-a számára biztosítsanak ellátást. Az idősokorúak számára 100 000 ápolási ágylétesítést terveztek, ami a bejelentett idősokorúak 3,2%-ának felel meg, továbbá 250 000 fő, a regisztrált idősokorúak 7%-a számára biztosítottak ambuláns otthoni ápolást.

Az ápolás iránti növekvő igény kielégítése érdekében a város más országok tapasztalatainak átvételét és egy sajátos sanghaji ápolási modell kidolgozását, olyan ápolási szolgáltatási rendszer bevezetését tűzte célul, amelyben az ambuláns szomszédági idősápolás dominál, a város intézményeiben

nyújtott bentlakásos ápolásra pedig kiegészítő szerep hárul. A szomszédági környezetben nyújtott ambuláns ápolás kínálatai az egyszerű háztartási tevékenységektől a mindennapi életben való gondozásig, a rehabilitációig és a betegápolásig terjednek. Az egyes településrészekben, utcátömbökben szomszédági, egészségügyi szolgáltatási központok kiépítésére kerül sor, amelyek orvosi kezelés, valamint prevenció, betegápolási és rehabilitációs szolgáltatások integrált kínálatát nyújtják az idősokorúak részére.

Sanghajban jelenleg 582 idősápolási intézmény működik, amelyek közül 287-et a kormányzat, 295-öt a társadalmi szereplők üzemeltetnek. Ezek az intézmények összesen 80 554 ágygal rendelkeznek, ami a 60 év fölötti lakosok 2,8%-ának felel meg. Ezenkívül a városban 234 ambuláns szomszédági ápolási szolgálat működik, amelyek 177 000 személyt látnak el. Az ápolásra szorulóak közül 103 000 személy részesül támogatásban az ápolási szolgáltatások finanszírozásához. A városban az idősokorúak számára 229 nappali intézmény, 5547 szabadidő eltöltésére alkalmas helyiség működik. Végül az idősokorúak részére 71 orvosi kezelési intézményt működtetnek, az otthoni ápolásban ellátott személyek részére 41 300 betegágyat bocsátottak rendelkezésre.

Sanghajban az egy főre eső GDP jelenleg több mint 10 000 USD, tehát eléri az átlagos jövedelmű országok szintjét. A lakosság előregedése azonban meghaladja számos fejlett országét. Az idősápolás rendszerének kiépítésében a város jelentős előrelépést ért el, de korábban csak kármentésre korlátozódott. Az ápolási szolgáltatások iránti igény és a fizetőképes kereslet között hatalmas a szakadék. Másrészt Sanghajban a közfinanszírozás rendszere még alakulóban van, az ápolási szolgáltatások hosszú távú finanszírozása problémát jelent. A kormány eddig szubvencionálta az ápolási intézményeket és az ambuláns ápolási szolgálatokat, ez azonban a szükségletek töredékére elég. 2008-ban 103 000 fő ambuláns ellátása számára nyújtottak szubvenciót, ami az idősokorúak 3,4%-ának felel meg.

Más országok, mint Németország és Japán, ápolásbiztosítási rendszereket vezettek be, amelyek keretében a biztosítási

**1. táblázat. Egyes országok egy főre eső GDP-je az öregedő társadalom szakasza elérésének időpontjában**

	Franciaország	Svédország	Egyesült Államok	Japán	Kína
Az öregedés szakaszának elérése	1851–61	1890–1900	1940–50	1970–80	1999
Egy főre eső GDP (USD)	1568–1862	2086–2561	7010–9561	9714–13 428	825

tottak már fiatal életéveikben járulékokat fizetnek be időskori ápolási ellátásuk fedezésére, az egyén és a közösség közösen viseli az ápolás egyre növekvő költségeit. Az ápolásbiztosítás rendszerének bevezetése tekintetében figyelembeveendő, hogy Sanghaj a gyors lakosságnövekedés kezdeti szakaszában van. A társadalmi megterheltség kvótája még viszonylag alacsony, és ezért könnyebben felhalmozhatók a biztosítási alap forrásai. Az ápolásbiztosítás bevezetése kellő időben megteremthetné az intézményi keretet a lakosság előregedésének közelgő tetőzésére való felkészüléshez. A német és japán tapasztalatok felkeltették a sanghaji kormányhatóságok figyelmét, és azok már tanulmányozzák az ápolásbiztosítás bevezetésének lehetőségét.

**CHUN DING: AZ ÁPOLÁSBIZTOSÍTÁS BEVEZETÉSÉNEK FELTÉTELEI KÍNÁBAN**

**Előzmények**

A kínai gazdaság 1978 óta átlagosan évi 9,85%-os gazdasági növekedést ért el. Kínában 1978-ban a GDP a világ GDP-jének 2%-a volt, 2008-ig 6%-ra emelkedett, és az ország a világ második gazdasági hatalmává vált. Az egy főre eső GDP 1978-ban, a gazdasági reform kezdetén 114 USD volt, 2008-ig viszont elérte a 3266,80 USD-t.

A vagyonképződés és a gazdasági fejlődéssel járó társadalmi átalakulás fokozta a társadalombiztosítási szolgáltatások iránti igényt. Ez elsősorban a középosztályt érinti, amely az összlakosság 23%-át teszi ki. 2004-ben az Alkotmányban is rögzítették a szociális biztonsághoz való jogot. Kínában időközben bevezették a nyugdíjbiztosítást, a betegbiztosítást, a balesetbiztosítást, a munkanélküliek biztosítását és az anyasági biztosítást. Különösen figyelemreméltó a társadalombiztosításnak a vidéki területekre való kiterjesztése és annak a városi rendszerekhez való illeszkedése, valamint a régiók közötti transzferkifizetések fokozatos bevezetése.

**A lakosság előregedésének folyamata**

Kínában a születéskor várható életkor 68 évről (1981) 73-ra (2007) emelkedett. Ráadásul az állam családpolitikája gondoskodott a születési ráta csökkentéséről. Az „előregedő társadalom” nemzetközileg elismert klasszifikációjának figyelembevételével (a 60 év fölöttieknek az összlakosság körében való aránya legalább 10%, ill. a 65 év fölöttieké legalább 7%), Kína már tíz éve elérte ezt a küszöböt. 1999-2000-ben a 60 év fölöttieknek az összlakosság körében való aránya 10,2%, a 65 év fölöttieké 6,96% volt. A 60 év fölöttiek aránya 2009-re 12,5%-ra (167 millióra) emelkedett. Ez azt jelenti, hogy a világ minden ötödik 60 év fölötti lakosa Kínában él.

Becslések szerint 2050-ben a 60 év fölöttiek aránya eléri a 31,1%-ot (438 millió), a 65 év fölöttieké a 22%-ot (320 millió). A súlyosan elaggottaké, tehát a 80 év fölöttiek száma évente 5,4%-kal növekedik.

Az előregedés folyamata Kínában sokkal gyorsabban megy végbe, mint más, már korábban előregedett társadalmakban.

Miközben Kínában ahhoz, hogy a 65 év fölöttiek aránya 7%-ról 14%-ra emelkedjen, mindössze 25 évre lesz szükség, ehhez Franciaországban 115 évre, az Egyesült Államokban 66 évre, Japánban 30 évre lesz szükség.

Kína abban különbözik az iparosodott társadalmaktól, hogy itt „a meggazdagodást megelőző öregedés” („Getting old before getting rich”) különösen kihangsúlyozott. Ha összehasonlítjuk az egyes országok jövedelemszintjét abban az időpontban, amikor elérik az öregedés küszöbét, feltűnő, hogy a mai fejlett társadalmak hamarabb előregedtek, és csak utána érték el a jólétet (1. táblázat).

Az előregedés tekintetében Kínában a regionális különbségek is jelentősek. A nagyvárosokban, mint Sanghaj és Peking, valamint a partvidékeken, különösen kihangsúlyozott. Sanghajban 2009-ben a regisztrált lakosság körében a 60 év fölöttiek aránya 22,5% (3,16 millió fő), a 65 év fölöttieké 15,8%, a 80 év fölöttieké 4% volt. Ez az országos átlag kétszerese és megközelíti Svédország és Japán előregedésének szintjét.

**Az ápolás helyzete**

A kínai egészségügyi szolgálat felmérése szerint a krónikus megbetegedések aránya a 65 év fölöttiek körében 51,8%-kal magasabb, mint az összlakosság körében, egyesek két-három megbetegedésben szenvednek. Magas életkorban a demencia is gyakoribb, ez a 65 év fölöttiek 5%-át érinti.

Kínában jelenleg az ápolásra szorulóknak száma meghaladja a 20 milliót. Az időskorúak körében városi környezetben 14,6%, vidéken 20%. A Pekingi Egyetem felmérése szerint a 80 év fölöttiek egyharmada a mindennapi élet során mások segítségére szorul.

Kínában a családi körben való ápolásnak nagy hagyománya van, az emberek vonakodnak az intézményi ápolástól. Másrészt a családok ez irányú kapacitása csökkent. A családok átlagos mérete 4,83 főről (1973) 3,97 főre (1991), majd 3,38-ra (2003) csökkent. A generációs minta városokban 4-2-1, vidéken 4-2-2 (nagy szülők-szülők-gyermekek).

Az ápolási intézmények és ápolószemélyzet kereslet-kínálati helyzete tekintetében hatalmas a szakadék. Kínában a tartós ápolásra szorulóknak száma 30–40 millió. A rendelkezésre álló ágyak száma az idősápolási intézményekben viszont mindössze 2,5 millió. 1000 ápolásra szoruló személyre átlagosan 15 ágy jut, a fejlett országokban 70. Kína egész területén 9,9 millió ápolóra lenne szükség, de számuk jelenleg mindössze 1 millió, ezek közül pedig csak 20 000 rendelkezik szakképzettséggel. Az országos gerontológiai kutatóintézet felmérései szerint az időskorúak 16,5%-a igényelne ambuláns ápolást, de mindössze 1,1%-uk él a lehetőséggel.

**Az ápolás költségeinek finanszírozása**

A Kínában jelenleg működő betegbiztosítási rendszer nyomatékosan kizárja a tartós ápolás költségeinek finanszírozását. Emiatt aztán a betegbiztosítással rendelkező ápolásra szoruló személyek ápolási intézményekként veszik igénybe a kórházakat. Ez hosszadalmas kórházi tartózkodást, és a kórházi

kiadások drasztikus növekedését eredményezte. A kormány kénytelen volt emelni a kórházi kiadásokra szánt pénzt.

Ezek után az ápolásbiztosítás bevezetése a közbeszéd napirendjére került, néhány éve több kezdeményezést benyújtottak a legfelső képviseleti szerveknél a szociális ápolásbiztosítás bevezetése érdekében. A nagyvárosokban és a partvidéken, ahol a kérdés a legsürgetőbb, az ápolásbiztosítás hívei még hangosabban követelik az arra vonatkozó jogszabály elfogadását.

Jóllehet Kínában a nyugdíj- és a betegségbiztosítási rendszer tekintetében jelentős előrehaladást értek el, a rendszer nem fedezi az összes polgár szükségleteit. Egy országos szintű, a városok és a vidék ellátását integráló finanszírozási és szolgáltatási rendszer kiépítése még nem történt meg. Ezért az ápolásbiztosítás bevezetésének még nem érkezett el az ideje. Figyelembeveendő továbbá, hogy a kínai társadalombiztosítás ágazataiban behajtott járuléktömeg (munkavállalói és munkaadói befizetés) meghaladja a bér 40%-át, sőt, bizonyos régiókban, mint Sanghajban, a járuléktétel már 50%. Az ápolásbiztosítás bevezetése és egy új járulék bevezetése már elvileg lehetetlen terhet jelentene.

A hatalmas szociális és gazdasági különbségekre való tekintettel célszerű lenne, ha az ápolásbiztosítás bevezetése az egyes régiókban fokozatosan, a metropolisokban kísérleti projektek keretében történne. Sanghajban a „Cathay Life Insurance Company Ltd.” már 2005-ben elindította a tartós ápolást nyújtó „Kangning” egészségbiztosítási szolgáltatást. Ezt követően a „PICC Health Insurance Company Limited”, az első hivatásszerűen működő kínai egészségbiztosítási társaság, az egész ország területén bevezette a tartós ápolást nyújtó „Quan-Wu-You” individuális egészségbiztosítási szolgáltatást. Ez az első országos biztosítás, amely a tartós ápolásra is kiterjed, és széleskörű védelmet nyújt. Célszerű lenne a továbbiakban az ápolásbiztosítás bevezetését a régiókban differenciáltan előrelendíteni, majd az egész országban egységes rendszert kiépíteni.

### FANG CHEN: AZ IDŐSÁPOLÁS FEJLESZTÉSE KÍNÁBAN

A demográfiai folyamatok felgyorsulása Sanghajban előtérbe hozta az időskorúak iránti gondoskodást. A 60 év fölöttiek száma meghaladja a 3 milliót (a lakosság 21,6%-át). A városi kormányzat 11. ötéves tervében rögzítették az idősápolás ún. „90-7-3 modelljét”, azaz az időskorúak 90%-ának a hozzátartozók általi, 7%-ának a szomszédsági ambuláns ápolás keretében, valamint 3%-ának intézményben történő ellátását. Az állami intézményekben való ellátás a rendszer nélkülözhetetlen elemévé vált. A sanghaji Minhang körzetben levő szociális otthon beépített területe 21 000 m<sup>2</sup>, 600 ágygal rendelkezik, felkészült a segítségre és ápolásra szorulóknak fogadására. Az otthon lakóinak 60%-át bentlakásos rendszerben látják el, 20%-uk demenciás.

### Betegápolás az idősotthonban

Az állami idősotthonokban elsősorban a mindennapi élet műveleteiben nyújtott segítség dominál. Ez a fejlett nyugati országokban, Japánban és Hongkongban is így van. Betegség esetén az időskorúakat általában kórházakba helyezik át. Az idővesztés, a szállítással járó bonyodalmak, a pszichés megterhelés megelőzése érdekében a Minhang otthonban

megteremtették a szakképzett orvosi team általi betegápolás feltételeit. Az orvosi kezelés költségeit és a gyógyszereket a betegségbiztosítás viseli. A Minhang otthonban 100 idősorú krónikus beteget kezelnek, akiket a normál kórházak már nem vállaltak.

### Rehabilitációs szolgáltatások az idősotthonban

Külföldön az ápolási intézmények egészen korán áttértek a rehabilitációs szolgáltatások felkínálására. Az ápolási otthonban lakók képessége, hogy bizonyos műveleteket önállóan végezzenek el, idővel csökken. Ez elsősorban azokat sújtja, akik stroke-on estek át. A Minhang otthon rehabilitációs szakorvosa minden idősorú számára speciális rehabilitációs tervet dolgoz ki, és mindennapi foglalkozásokat végez velük. Így több mint száz idősorú személynél sikerült elérni bizonyos képességek helyreállítását.

### Mentális egészség és biztonságérzet

Az időskorúak a társadalom gyenge láncszemei. Közülük is a demenciások a leggyengébbek. Problémáikkal Hollandiában és Japánban foglalkoznak a legintenzívebben. Japánban új modellt dolgoztak ki a demenciások gondozására: az ún. „familiáris” szolgáltatási modellt. Ez azt jelenti, hogy az ápolók dolga nem merül ki a pusztán gondozásban, hanem az otthonban lakók életének szervezésére, tervezésére is kiterjed. Törekedniük kell a gondozottak fejlesztésére, hogy saját „családjaik” körében birkózzanak meg a mindennapi élet feladataival.

### Az ápolásbiztosítás bevezetésének aktualitása Kínában

Ilyen rendszer csak néhány nyugat-európai országban, mint Németországban, illetve Japánban működik. A Japánban 2000-ben bevezetett kötelező ápolásbiztosítási ágazat keretében minden 40 év fölötti polgárnak járulékot kell befizetnie az ápolásbiztosítás rendszerébe. Ez a biztosítás az alacsonyabb jövedelműekre is kiterjed, számukra a járulékfizetést a kormány biztosítja a szociális segélyekből. A kormány ennek megfelelően emelte a szociális segélyek költségvetési keretét. Szolgáltatásokra csak azok a személyek jogosultak, akik bizonyos műveletek elvégzéséhez mások segítségére szorulnak.

Kínában a hagyományos kisparaszti gazdálkodás keretében az időskorúakról a család vagy a rokonság gondoskodott. A kormány most állami intézményekkel próbálja megoldani a lakosság problémáit. Kína jelenlegi adottságainak figyelembevételével a különböző régióknak mérlegelniük kellene az ápolásbiztosítás helyi rendszerének bevezetését.

### Az időskorúakról való gondoskodás kiteljesítése, az egész területre való kiterjesztése

Hollandiában, Németországban és Japánban már jól bevált az időskorúakról való gondoskodás rendszere, amely a szükségletekkel összhangban álló szolgáltatásokat nyújt az időskorúak részére. Azok, akik még többé-kevésbé önállóan képesek elvégezni az alapvető műveleteket, a szomszédsági közösségekben részesülnek szolgáltatásokban, mint az időskori képzés, társalgás, egészségügyi tanácsadás. Akik részben (még) el tudják látni magukat, néhány óras segítséget



kapnak otthonukban, súlyosabb esetekben pedig nappali ápolásban részesülnek. Akik pedig már egyáltalán nem tudják ellátni magukat, otthonuk közelében levő idősotthonokban részesülnek bentlakásos ápolásban.

Kínában 2000-ben egy országos tanácskozássra került sor, amelyen döntés született az idősokorúakról való gondoskodás kiépítéséről, amelynek alapvető pillére Hollandia, Németország és Japán tapasztalatai alapján a szomszédság, kiegészítő összetevője a szociális intézmény.

### Az idősokorúakról való gondoskodás értékelési rendszere

Az értékelésre vonatkozóan Hollandia, Hongkong és Japán jelentős tapasztalatokkal rendelkezik. Kína számára ez teljesen ismeretlen. Az értékelési rendszer bevezetését a szomszédsági segítségnyújtás területén kellene elkezdni.

### Az idősokorúakról való gondoskodás professzionalizálása

Kínában eddig kevés szakmai elvárás támasztottak az ápolók iránt és kevés figyelmet fordítottak az ápolószemélyzet szakképzésére. Hollandiában, Németországban és Japánban az idősokorúak ápolásának professzionalizálása igen magas fokú. A történelmi, kulturális, politikai, gazdasági fejlettségi különbségek azonban nem akadályozzák a tapasztalatok el-sajátítását.

## JAPÁN

MIYOKO MOTOZAWA: AZ ÁPOLÁSBIZTOSÍTÁS  
RENDSZERE JAPÁNBAN

### Az ápolásbiztosítás bevezetése és annak módosítása

Japánban a második világháború utáni „baby-boom” generáció rövidesen 65. életévébe lép, így az idősokorúak számának ugrásszerű növekedésével számolhatunk. Ezzel szemben a születési ráta a hatvanas évektől folyamatosan csökkent. Közép- és hosszú távon ez az összlakosság számának csökkenéséhez, és ezzel egyidejűleg a 65 év fölöttiek számának gyors növekedéséhez vezet.

Az ápolásbiztosítás bevezetésére német minta alapján, a társadalombiztosítás ötödik ágazatként került sor. Az ápolásbiztosításról szóló törvényt 1997. december 17-én fogadták el, és 2000. január 4-én lépett hatályba. A törvény előírja a finanszírozás háromévente történő kiigazítását, valamint a törvény, mint olyan, ötévente történő felülvizsgálatát. A járulékok kiigazítására és emelésére 2003-ban, 2006-ban és 2009-ben került sor. Ez utóbbi kiigazítás során a szolgáltatási katalógust is bővítették, elsősorban a demenciások ellátása és a szakképzett ápolók biztosítása vonatkozásában. A törvényt 2005-ben módosították.

### Az ápolásbiztosítás teherviselői

A teherviselők szerepét az önkormányzatok töltik be. Az intézmények fejlesztéséről és támogatásáról az állam gondoskodik. A prefektúrák feladata az önkormányzatok támogatása a szolgáltatások biztosításához. A biztosítottakat felelősségteljes viselkedésre, a biztosítótársaságokat pedig együttműködésre kötelezik.

### Az ápolásbiztosítás személyi köre

#### A biztosításra kötelezett személyek köre

A Japánban lakóhellyel rendelkező 65 évesek és 65 év fölöttiek, függetlenül állampolgárságuktól, nemüktől, és jövedelmüktől: 2000-ben 22,7 millió fő, 2008-ban kb. 27,6 millió fő. A kötelező betegbiztosítás 40 és 64 év közötti tagjai és azok eltartásra jogosult hozzátartozói: kb. 43 millió fő.

#### A szolgáltatásokra jogosultak köre

Az ápolásbiztosítás szolgáltatásaira a segítségre és ápolásra szoruló személyek jogosultak. Ápolásra szoruló személy: aki testi vagy szellemi fogyatékosága miatt a mindennapi élet során bizonyos műveletek elvégzése tekintetében (pl. tisztálkodás, székletürítés, táplálkozás) tartósan, előreláthatóan a miniszteri rendeletben megszabott hat hónapon keresztül, teljesen vagy részben ápolásra szorul. Segítségre szoruló: akik a fenti műveletek tekintetében mások segítségére szorulnak, de a fenti értelemben nem tekinthetők ápolásra szorulóknak. Ennek a besorolásnak a szolgáltatások odaítélése tekintetében van jelentősége. Az ápolásra szoruló várakozási idő nélkül megkapják a szolgáltatást, a segítségre szoruló csak abban az esetben, ha a kormányrendeletben felsorolt valamely idősokorral összefüggő megbetegedés (pl. Alzheimer, Parkinson) miatt ápolásra és segítségre szorulnak. A minisztérium adatai szerint az ápolásra szoruló száma 2000-ben 2,2 millió, 2008-ban 4,5 millió volt. Amennyiben az ápolásra és segítségre szorultság nem az életkorral függ össze, a második csoportba tartozók (segítségre szoruló) nem az ápolásbiztosítás, hanem a fogyatékosügyi ellátás keretében részesülnek szolgáltatásban. 65. életévüket követően aztán mindennemű egyéb oknyomozás és vizsgálat nélkül átsorolják őket az első csoportba, és az ápolásbiztosítás szolgáltatásaiban részesülnek.

#### A segítségre és ápolásra szorultság tényállásának megállapítása

A biztosítottnak kérelmet kell benyújtani az illetékes önkormányzathoz a segítségre és ápolásra szorultság megállapítására, a kitöltött nyomtatványhoz mellékelnie kell társadalombiztosítási kártyáját. Az önkormányzatnak 30 napon kell döntenie a kérelem elbírálásáról és a megfelelő ápolási fokozatba történő besorolásról.

#### Az önkormányzat eljárásának két szakasza:

- egy önkormányzati alkalmazott meglátogatja otthonában a kérelmezőt, megvizsgálja annak testi és szellemi állapotát, valamint környezetét; a vizsgálatot végző személy kitölti a minisztérium által kibocsátott kérdőívet, amelyben feltünteteti észrevételeit, pl. az illető demenciában szenved; a kérdőívet a minisztérium speciális szoftvere értékeli; ennek eredménye az első szakértői vélemény;
- az önkormányzat megkereséssel fordul a háziorvoshoz a kérelmező testi és szellemi állapotára vonatkozóan; a háziorvos egy formanyomtatványban foglalja össze véleményét, a következő lépés során összehívják egy szakértői értekezletet, amelyen szakorvosok, ápolási intézményvezetők, ápolók, egyéb szakértők vesznek részt, megvizsgálják az első szakértői véleményt és a háziorvosi szakvéleményt; a szakértői értekezlet által készített értékelés képezi a



második szakértői véleményt, amelyet megküldenek az önkormányzatnak.

Ezt követően az önkormányzat meghozza döntését, amelyet írásban kell közölnie a kérelmezővel, meg kell küldenie a biztosítási igazolást, amelyben feltüntetik a megfelelő ápolási fokozatba történő besorolását. A kérelmező a prefektúránál fellebbezhet, ezzel a lehetőséggel azonban kevesen élnek, inkább újabb kérelmet nyújtanak be.

### Az ápolásbiztosítás szolgáltatásai

Az ápolásra szorulóknak otthoni és intézményi ellátásban, ezzel szemben a segítségre szorulóknak csak otthoni ellátásban részesülnek. Az ápolást önkéntesen végzők számára nem nyújtanak direkt pénzbeli ellátást. 2007-ben 2,6 millió személy részesült otthoni, 0,8 millió személy pedig intézményi ellátásban. A két ellátási formára jutó összkifizetések csaknem azonosak voltak.

#### Otthoni szolgáltatások

Az otthoni ápolási szolgáltatások tartalma: ambuláns ápolás, segítség a háztartásban, ambuláns fürdetés, ambuláns betegápolás, orvosi és fogorvosi ellátás, nappali ápolás és rehabilitáció, rövid idejű ápolás és rehabilitáció, demenciások ún. „Group-Homes” keretében történő gondozása, bizonyos intézményekben (időotthon, ún. gondozott lakás) lakók gondozása, segédeszköz kölcsönzés.

A segítségre és ápolásra szorulóknak csak a minisztérium által meghatározott összeghatárig igényelhetik az otthoni ápolási szolgáltatások költségeinek fedezését. A költségtérítés hét fokozatra tagolódik:

- segítségnyújtási fokozat: havi 4 970 egység;
- segítségnyújtási fokozat: havi 10 400 egység;
- ápolási fokozat: havi 16 580 egység;
- ápolási fokozat: havi 19 480 egység;
- ápolási fokozat: havi 26 750 egység;
- ápolási fokozat: havi 30 600 egység;
- ápolási fokozat: havi 35 830 egység;

Az összeg kifizetéséhez az adott számítási egységet egységenként a jelen aktuális értékének 10–10,72-szeresével kell megszorozni.

Az otthoni ápolás költségeinek 10%-át önrészként az ápolásra szorulóknak fizetik, 90%-át az ápolásbiztosítás fedezi. A segítségre és ápolásra szorulóknak szerződést kötnék egy engedélyezett ápolási intézménnyel, amit bejelentenek az önkormányzatnál, amely rögzíti az információt a biztosítási igazolványban.

Az otthoni ápolás személyes ápolási terv alapján történik, amit a kijelölt esetmenedzser állít össze. Esetmenedzser lehet bárki, aki az adott szolgáltatási területen legalább öt év tapasztalattal rendelkezik, elvégezte a prefektúra által szervezett tanfolyamot, és levizsgázott. Az esetmenedzseri szerepkört általában ápolónők, szociális munkások, orvosnők, terapeuták és kiropraktikerek látják el. Az „esetmenedzser” tehát nem egy foglalkozás, hanem egy engedélyezett intézménynél ellátott feladatkör. A minisztérium előírása szerint csak azok az intézményeket engedélyezik esetmenedzserként végzésére, amelyek meghatározott számú esetmenedzsert foglalkoztatnak.

#### Intézményi szolgáltatások

Az intézményi szolgáltatások tartalma: ápolási terv, szállás, étkeztetés, gondozás, betegápolás, terápia. Ezek csak bentlakásos ápolási intézményekben vehetők igénybe. Az ápolási tervet az intézmény alkalmazásában levő esetmenedzser állítja össze.

Az ápolásbiztosítás keretében három intézménytípust különböztetnek meg:

- Az időskori jóléti ellátás ápolási intézményei: az időskorúak jólétéről szóló törvény alapján állami támogatással épültek, működtetésükre a szociális jóléti rendszer keretében kerül sor.
- Időskorúak egészségügyi intézményei: állami támogatással épültek, működtetőik orvosok és jogászok, céljuk a kórházakból elbocsátott betegek rehabilitációja, ezért az itteni tartózkodás hat hónapra korlátozódik.
- Ápolás és kezelés céljából létesített egészségügyi intézmények: ezek időskorúak részére létesített speciális kórházak, amelyek kórházi osztályokkal és ágyakkal rendelkeznek, a betegbiztosítás intézményeként működnek, céljuk az időskorú, gyógyíthatatlan betegek hosszú távú orvosi kezelése.

A felsorolt intézménytípusok száma 2007-ben: az első csoportban 5 989, a másodikban 3 461, a harmadikban 2 961 volt (2000-ben még: 4 085, 2 160, 2 898).

A súlyosan ápolásra szorulóknak száma folyamatosan emelkedik. Az ápolási fokozatokba való besorolás átlaga 2007-ben az első csoportban 3,80, a másodikban 3,25, a harmadikban 4,30 volt.

### A szolgáltatók

A legfontosabb szolgáltatók az ápolási intézmények. Az otthoni ápolást nyújtó intézményekkel szembeni követelmények: jogi személyiséggel kell rendelkezniük, az ismeretek, a technikák és az alkalmazottak száma tekintetében meg kell felelniük a minisztérium által támasztott minimális feltételeknek. A bentlakásos intézményekkel szembeni követelmények: megfelelő épület, személyi ellátottság, üzemeltetési feltételek.

2000 áprilisa és 2007 áprilisa között az ambuláns ellátást nyújtó intézmények száma 11 475-ről 27 602-re, a nappali ápolást nyújtó intézményeké 7 133-ról 21 615-re, az esetmenedzsermentet nyújtó intézményeké 20 995-ről 32 462-re emelkedett. Jóllehet a bentlakásos intézmények száma is emelkedett, ez az önkormányzatok, a prefektúrák és az állam ápolási kerettervétől függ, ezek építése ugyanis állami támogatásból történik.

### Az ápolásbiztosítás finanszírozása

#### A finanszírozás struktúrája

A költségek megoszlása: önkormányzatok 12,5%, prefektúrák 12,5%, állam 25%, biztosítottak hozzájárulása 50%. A biztosítottak első csoportja (65 évesek és annál idősebbek) jelenleg a szolgáltatások költségeinek 19%-át, a második csoport (a kötelező betegbiztosítás 40–64 év közötti tagjai) 31%-át viseli.

A járulékszintet azért sikerül alacsonyan tartani, mert a szolgáltatások költségeinek a felét adókból finanszírozzák. A különböző forrásokból való finanszírozás folytán azonban romlik az ápolásbiztosítás kiadásainak és költségeinek átlát-

hatósága. A törvény előírja a járulékok háromévente történő kiigazítását.

**A biztosítottak első csoportjának járulékai (65 évesek és annál idősebbek)**

A járulékszámítás nem egységes járuléktétel meghatározásával történik, hanem hat fokozatra oszlik. Első lépésben az önkormányzat meghatározza a negyedik fokozat mértékét. Ezt a következő számviteli év várható kiadásainak figyelembevételével kalkulálják. Minél magasabbak a bentlakásos intézményi ellátás várható költségei, annál magasabb a normatív összeg. Ez jelenleg átlagosan 4 500 jen, miközben kezdetben 2 800 jen volt. Ebbe a negyedik fokozatba azok a biztosítottak tartoznak, akik az előző számviteli évben nem fizettek lakossági adót.

A többi fokozatot a normatív járuléktétellel arányosan kalkulálják.

**A biztosítottak második csoportjának járulékai (40–64 év közöttiek)**

A járulékokat a havi jövedelemmel arányosan számítják ki. Betegbiztosítással rendelkező foglalkoztatottak részére a járulék felét a munkaadó, a másikat a munkavállaló fizeti. Az eltartásra jogosult házastársak, amennyiben évi jövedelmük nem éri el az 1 300 000 jent, mentesülnek a járulékfizetés alól. Más foglalkoztatottak, mint a földművesek és önálló tevékenységet végzők, akik a népi betegbiztosítás tagjai, a járulék felét fizetik be az önkormányzatnak, a másik felét az állam viseli. A segélyekben részesülők és hozzátartozóik nem fizetnek járulékot, mivel ők nem rendelkeznek beteg- és ápolásbiztosítással. Ők járulékfizetés nélkül részesülnek a szolgáltatásokban.

**A 2005. évi reform és a nyitott kérdések**

A 2005. évi reform során bevezették „a segítségre szorulás II. fokozatát”, a prevenció szolgáltatásokat, a regionális szervezetekhez kötődő szolgáltatásokat és ötről hatra emelték a járulékfizetési fokozatokat. A minisztérium célja a reformmal az ápolásbiztosítás pénzügyi helyzetének megszilárdítása volt. Ennek ellenére az ápolásbiztosítás összkiadásai tovább növekedtek. A közeljövőben ismét alapvető reform válik esedékessé. A japán ápolásbiztosítást ugyanis kezdettől fogva túlméretezték, és ezért elkerülhetetlenül súlyos pénzügyi problémákkal szembesül.

**NÉMETORSZÁG**

MICHAEL SCHMIDT: AZ ÁPOLÁSBIZTOSÍTÁS ALAPELVEI NÉMETORSZÁGBAN

**Az ápolásbiztosítás bevezetésének indokai**

**Az ápolásbiztosítás a német társadalombiztosításban**

A németországi társadalombiztosítás öt ágazattal rendelkezik: betegbiztosítás, balesetbiztosítás, nyugdíjbiztosítás, munkanélküliek biztosítása és ápolásbiztosítás. Az ápolásbiztosítási ágazatba történő járulékbefizetés kezdete: 1995. január 1. Otthoni ápolási szolgáltatások nyújtására 1995. április 1-jei kezdettel, bentlakásos intézményi szolgáltatások nyújtására 1996. július 1-jei kezdettel került sor. Az ápolásbiztosítás

strukturális továbbfejlesztéséről szóló törvény 2008. július 1-jén lépett hatályba.

**Az ápolásra szoruló helyzet**

Az ápolásra szoruló személyek a mindennapi élet bizonyos műveleteinek elvégzéséhez mások segítségére szorulnak. Emiatt az ápolásukat végző hozzátartozóknak gyakran korlátozniuk kell keresőtevékenységüket, vagy azzal teljesen fel kell hagyniuk.

Az időskor és az ápolásra szorultság közötti összefüggés kétségtelen. A statisztikák szerint azonban a 80 év fölöttiek többsége nem szorul ápolásra. Ez jelentős üzenet a prevenció szükségessége és az ápolástudományok ösztönzése tekintetében.

**Az ápolásra szoruló személyek számának alakulása**

Év	Az ápolásra szoruló szám
1995	1,65 millió
2002	1,89 millió
2010	2,13 millió
2020	2,64 millió
2030	3,09 millió

**Az ápolásbiztosítás alapelvei**

**Az otthoni ápolás prioritása**

- Ez elsősorban a következő módon érhető el:
- magas színvonalú ápolás biztosítása az otthoni környezetben;
  - nappali, éjszakai és rövid idejű ápolási szolgáltatások bevezetése;
  - az ápolást végző személyek nyugdíj- és balesetbiztosítása;
  - a szükséges gyógyászati segédeszközök rendelkezésre bocsátása.

A teljes körű bentlakásos intézményi ápolással szemben a részben bentlakásos és a rövid idejű ápolás szolgáltatásai is prioritást élveznek.

**A prevenció és a rehabilitáció elsőbbsége**

Az ápolásra szorultság késleltetése, annak csökkentése vagy megelőzése érdekében az illetékes szolgáltatók (főleg a betegpénztárak és a nyugdíjbiztosítási teherviselők) kötelesek kihasználni a rendelkezésre álló prevenció, kezelési és rehabilitációs intézkedéseket.

Az ápolásbiztosítás nem jelent minden élethelyzetre kiterjedő „teljes körű” (casco) biztosítást: az ápolásbiztosítás pénzügyi keretei korlátozottak.

A teljes lakosságnak az ápolásra szorultság kockázatával szembeni védelme

Az ápolásbiztosítás két ágazata: a szociális ápolásbiztosítás a kötelező betegbiztosítás tagjai részére, és a privát ápolásbiztosítás a privát betegbiztosítással rendelkezők részére.

**Az ápolásbiztosítás finanszírozása**

**A járulékszámítás elvei**

A szociális ápolásbiztosítás keretében a járulékok a tagok járulékköteles jövedelmeihez igazodnak. A privát

betegbiztosításban: a belépéskor való életkorhoz és a kockázathoz.

Az ápolásbiztosítás finanszírozásánál öt alapszabályt vesznek figyelembe:

- a finanszírozás a betegbiztosítás alapelveit követi;
- a járulékszámítás határa: havi 3675 euró járulékköteles jövedelem (2009);
- a járuléktételt törvény szabályozza: ennek mértéke a járulékköteles jövedelem 1,95%-a; gyermekteleneknél 0,25% pótlék;
- a szociális ápolásbiztosítás finanszírozása felosztó-kirovó rendszer keretében történik, a forrásokat a folyó bevételekből fedezik,
- a járulékokat (Szászország kivételével) elvben fele-fele arányban a munkavállalók és a munkaadók fizetik.

### A járulékfizetés megoszlása

A járulékokat a munkavállalók és a munkaadók fele-fele arányban viselik. Az ápolásbiztosítás finanszírozására a szövetségi tartományokban (Szászország kivételével) megszűntek egy mindíg munkanapra eső ünnepnapot.

### A járuléktételek

A járulékköteles jövedelmet a kötelező betegbiztosításban alkalmazott járulékköteles jövedelemhatárig hajtják be. Az ápolásbiztosítás bevezetésének időpontjában a járulék mértéke 1% volt, amelyet a bentlakásos intézményi ellátás bevezetésekor 1,7%-ra emeltek.

### Járulékköteles jövedelmek

A járulékszámítás alapja a kötelező betegbiztosításhoz hasonlóan a munkából származó jövedelem, valamint az önálló tevékenységből a jövedelemadóra vonatkozó jogszabályok alapján kiszámított nyereség. Az önkéntesen biztosított önálló vállalkozók számára megállapított havi minimális járulék mértéke 36,86 euró.

Munkanélküliségi segélyben, kései német kitelepülők részére nyújtott beilleszkedési segélyben, létfenntartási segélyben és időskorúak részére nyújtott átmeneti segélyben részesülők számára a járulékokat a Szövetségi Munkaügyi Hivatal fizeti. A létfenntartáshoz szükséges egyéb szociális ellátásokban részesülők számára a járulékokat az illetékes szociális hatóság fizeti. Nyugdíjasok részére a járulékokat a nyugdíjbiztosításhoz hasonlóan fele-fele arányban maguk a nyugdíjasok és a nyugdíjbiztosítási teherviselők fizetik.

### Az ápolásbiztosítás szervezete

#### Ápolási pénztárak

A szociális ápolásbiztosítás teherviselői a kötelező ápolási pénztárak. Ezek önkormányzattal rendelkező önálló, jogi személyiséggel rendelkező testületek, amelyek a kötelező betegpénztárak ernyője alatt működnek. Feladataik ellátásához a betegpénztárak személyzetét veszik igénybe.

#### Szolgáltatók

Az ambuláns (otthoni) ellátás szolgáltatásait ambuláns ápolási szolgáltatók bocsátják rendelkezésre (szövetségi szinten 10 600 engedélyezett szolgáltató). A bentlakásos intézményi ápolás szolgáltatásait ápolási otthonok biztosítják (szövetségi szinten 9 200 ápolási otthon).

### A biztosított személyek köre

#### A kötelező betegbiztosítás tagjainak biztosítási kötelezettsége

Az alapelv: „Az ápolásbiztosítás követi a betegbiztosítást.” Ez azt jelenti, hogy a kötelező betegbiztosításban kötelezően biztosított személyek, önkéntesen biztosított személyek és a hozzátartozóként biztosítottak ezzel egyidejűleg a szociális ápolásbiztosítás tagjaivá, a privát betegbiztosítási társaságoknál biztosítottak pedig a privát ápolásbiztosítás tagjaivá válnak. A szociális ápolásbiztosításba történő belépéshez nincs szükség különleges kérelemre, ez a kötelező betegbiztosítással automatikusan jár. Ez a lakosság 90%-ára terjed ki.

#### A hozzátartozók biztosítása

A kötelező betegbiztosítás tagjainak eltartásra jogosult hozzátartozói (házastársak, gyermekek) jogosultak a járulékmentes hozzátartozói, családi biztosításra (Familienversicherung).

#### A privát ápolásbiztosítás tagjainak biztosítási kötelezettsége

A privát betegbiztosítás tagjai részére bevezették a privát ápolásbiztosítás keretében való kötelező biztosítást („private Pflege-Pflichtversicherung”). A biztosítás előfeltétele viszont a „betegségi költségekre való teljes körű biztosítás”. Ezt a privát kiegészítő biztosítás, az utazási megbetegedésekre való biztosítás, vagy a „kórházi napidíjas biztosítás” („Krankenhaustagsgeldversicherung”) nem váltja ki.

A privát biztosítottak kötelesek hozzátartozóik részére biztosítást kötni és azt fenntartani. Ennek a biztosításnak jellege és volumene tekintetében a szociális ápolásbiztosításban nyújtott azonos értékű szolgáltatásokat kell tartalmaznia. A szociális ápolásbiztosításban nyújtott természetbeni ellátások helyett a privát ápolásbiztosítás azonos értékű pénzületi ellátásokat nyújt.

### A szolgáltatásokra jogosult személyek köre

#### Általános feltételek

Az ápolásra szorultságot három fokozatra osztják. A besorolás tekintetében mérvadó szempont az egyes esetben szükséges segítségnyújtás, valamint annak gyakorisága. A segítségnyújtás a mindennapi élet bizonyos műveleteinek részleges vagy teljes átvételében, vagy e műveletek önálló elvégzésére irányuló felügyeletre vagy irányításra vonatkozik. A pszichés betegek, szellemi fogyatékkal élők és agysérültek részére a szolgáltatáshoz való jogosultság mind a mindennapi élet viselkedési műveleteinek elvégzéséhez nyújtott segítségre, mind az ezek elvégzéséhez szükséges irányításra és felügyeletre kiterjed.

#### Az ápolásra szorultság meghatározása és annak fokozatai

Az ápolásbiztosítás szempontjából ápolásra szoruló az az személyek, akik valamely testi, szellemi vagy lelki megbetegedésük vagy fogyatékoságuk miatt a mindennapi élet során megszokott és rendszeresen visszatérő műveletek elvégzéséhez előreláthatóan legalább hat hónapon keresztül, jelentősebb vagy fokozottabb mértékben segítségre szorulnak. Az

ápolásra szorultság megkülönböztetendő a betegségtől és a fogyatékoságtól. A törvény közelebbről meghatározza a „betegség”, a „fogyatékoság”, valamint „a mindennapi élet során megszokott és rendszeresen visszatérő műveletek” fogalmát. Ezeket az ápolási pénztárak irányelvei részletezik.

**Betegségek és fogyatékoságok:**

- bénulás, vagy a támasztó- és mozgásszervek funkciózavarai, pl. amputáció, veleszületett fejlődési rendellenességek, harántbénulás, spasztikus bénulás, gerincbetegségek stb.;
  - a belső szervek vagy az érzékszervek funkciózavarai, pl. légzőszervek, légutak, keringési és érrendszer, emésztőszervek, vese és a húgyutak; látáskárosultság, vakság, nagyothallás, emésztési zavarok, mint diabétesz, mukoviszcidózis stb.;
  - a központi idegrendszer zavarai, mint emlékezet- vagy tájékozódási zavarok, valamint endogén pszichózisok, pl. Alzheimer-kór, demencia, gyermekeknél a beszédfejlődés.
- A mindennapi élethez kapcsolódó műveletek:
- testápolás: tisztálkodás, zuhanyozás, fürdés, fogápolás, fésülködés, borotválkozás, hólyagürítés;
  - táplálkozás: a táplálék elkészítése és elfogyasztása;
  - mozgás: önálló felállás, lefekvés, öltözés, vetkőzés, járás, állás, lépcsőn járás, a lakásból való eltávozás és az oda való visszatérés;
  - háztartás: bevásárlás, főzés, takarítás, mosogatás, ágynemű és ruházat cseréje és mosása, fűtés.

Nem számít ápolási szolgáltatásnak: a hajmosás, a körömvágás, a sétáltatás, kulturális eseményekre való elkísérés.

Az alapellátások köre: a nem orvosi ápolási ellátások, mint a tisztálkodáshoz, megágyazáshoz, táplálkozáshoz való segítségnyújtás. A háztartás vezetéséhez való segítség: elsősorban takarítás, ágynemű és ruházat rendben tartása. Az egészségügyi jellegű ápolás, mint injekció, kötés csere, gyógyszeradagolás, a kötelező betegbiztosítás feladatai közé sorolandó.

A három ápolási fokozatba történő besorolás szociális és egészségügyi szempontok szerint történik, tehát figyelembe kell venni az ápolásra szoruló személy családi és szociális környezetét. A szolgáltatás nem tagadható meg csak azért, mert az ápolásra szoruló személy napközben házon kívül tartózkodik.

Az ápolási pénztárak csak mindennapi ápolási szükséglet esetén nyújtanak szolgáltatást. Csekélyebb szükséglet esetén a szolgáltatásokat magának az ápolásra szoruló személynek kell fizetnie, illetve kérheti azoknak a szociális segélyek rendszeréből történő finanszírozását. A megfelelő ápolási fokozatba való besorolás az ápolásbiztosítás minden szolgáltatására kiterjed, függetlenül attól, hogy ambuláns vagy intézményi ellátásról van-e szó.

**Az ápolásra szorultság fokozatai**

**2. táblázat. Az ápolásbiztosítás szolgáltatásainak pénzbeli kifejezése**

Ápolási fokozat	Otthoni ápolás		Teljes körű bentlakásos intézményi ápolás
	Természetbeni ellátás az ápolási szolgálatnak	Vagy pénzbeli ellátás a saját szervezésű ápoló részére	
I.	havi 420 €	havi 215 €	havi 1 023 €
II.	havi 980 €	havi 420 €	havi 1 279 €
III.	havi 1 470 €	havi 675 €	havi 1 470 €
Kombináció lehetséges			
III. +	havi 1 918 €		havi 1 759 €

**I. ápolási fokozat – jelentős mértékben ápolásra szorultság:**

- azok a személyek, akik a táplálkozás, a testápolás vagy a testmozgás tekintetében legalább két művelet esetén naponta legalább egyszer segítségre szorulnak;
- ezenkívül hetente több alkalommal segítségre szorulnak a háztartás vezetésében;
- az alapápolás és a háztartás vezetése tekintetében a segítségre való igény legalább napi 1,5 óra, amelyből az alapápolásra több mint 45 percet kell fordítani.

**II. ápolási fokozat – súlyos ápolásra szorultság:**

- azok a személyek, akik a táplálkozás, a testápolás vagy a testmozgás tekintetében naponta legalább három alkalommal különböző napszakokban segítségre szorulnak;
- ezenkívül hetente több alkalommal segítségre szorulnak a háztartás vezetésében;
- az alapápolás és a háztartás vezetése tekintetében a segítségre való igény legalább napi 3,5 óra, amelyből az alapápolásra legalább 2 órát kell fordítani.

**III. ápolási fokozat – nagyon súlyos ápolásra szorultság:**

- azok a személyek, akik a táplálkozás, a testápolás vagy a testmozgás tekintetében a nap és az éjszaka minden órájában segítségre szorulnak;
- ezenkívül hetente több alkalommal segítségre szorulnak a háztartás vezetésében;
- az alapápolás és a háztartás vezetése tekintetében a segítségre való igény legalább napi 5 óra, amelyből az alapápolásra legalább 4 órát kell fordítani.

**Méltányosság gyakorlása**

Rendkívül súlyos, a III. ápolási fokozat mértékét jócskán meghaladó esetekben, a betegpénztárak eltekinthetnek a III. ápolási fokozat szempontjaitól.

**Az ápolásra szorultság megállapítási eljárása**

Az ápolásra szorultság megállapítása és a megfelelő ápolási fokozatba való besorolás az ápolási pénztárak feladata. Az eljárásra rendszerint az érintett kérelme alapján kerül sor. Ezt követően a „Kötelező Betegbiztosítás Orvosi Szolgálatá” („Medizinischer Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung” – MDK) megvizsgálja a rehabilitáció és az orvosi segédeszközökkel való ellátás lehetőségeit, elkészíti az individuális ápolási tervet, lefolytatja az eljárás orvosi vizsgálatait, valamint méltányos időközökben a megismételt vizsgálatokat.

**Az ápolásbiztosítás szolgáltatásai (2. táblázat)**

- természetbeni ápolási ellátások;
- teljes körű bentlakásos intézményi ápolás;
- részben bentlakásos intézményi ápolás;



## Szakkikk

- ápolási díj a saját szervezésű ápoló személy részére,
- pénzbeli és természetbeni ellátás kombinációja;
- rövid idejű ápolás;
- nappali és éjszakai ápolás;
- társadalombiztosítási szolgáltatások az ápolást végző személy részére;
- ápolási tanfolyamok az ápolást végző hozzátartozók és önkéntesek részére;
- segédeszközök és technikai eszközök,
- a lakókörnyezet javítása.

GÜNTHER MERKEL: AZ ÁPOLÁSBIZTOSÍTÁS KIHÍVÁSAI ÉS TRENDJEI NÉMETORSZÁGBAN

### A német ápolásbiztosítás aktuális kihívásai

Az ápolásbiztosításról szóló törvény (Pflege-Versicherungsgesetz) elfogadására 1994. május 26-án került sor, és 1995. január 1-i kezdettel, mint a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Tizenegyedik Könyve (Sozialgesetzbuch XI.) lépett hatályba. A törvény gyakorlati alkalmazása kezdettől fogva problémamentes volt, az ápolási pénztáraknak a beteg-pénztárakhoz való szervezeti kapcsolódása zökkenőmentesen történt.

Kezdetől fogva kritikák fogalmazódtak meg azonban a törvénynek az ápolásra szorultság definíciójára vonatkozó felfogásával kapcsolatban. Ez ugyanis hátrányos a szellemi fogyatékkal élők, a demenciások és a fogyatékkal élő gyermekek számára. Az ápolásra szorultság definíciója ugyanis elsősorban a motorikus testi funkciók által okozott korlátozottságot, a szomatikus megbetegedések következményeit vette figyelembe. Ezt a felvetést a Szövetségi Alkotmánybíróság 2003. évi ítélete, valamint a Szövetségi Szociális Bíróság 2008. évi ítélete nem fogadta el, mivel úgy mond, „a nem egyenlő bánásmód még nem üti meg az alkotmányértés mértékét”. A politika ennek ellenére nem vállalhata tovább a szellemi fogyatékkal élő, pszichés megbetegedésekben és a demenciában szenvedő személyekkel szembeni nem egyenlő bánásmódot.

Több új rendelkezés beiktatását követően „az ápolás továbbfejlesztéséről szóló törvény” („Pflege-Weiterentwicklungsgesetz”) 2008. július 1-jén lépett hatályba. Mindezek az intézkedések azonban még mindig nem rendezték kielégítő módon a demenciások problémáit. A politika továbbra is az ápolásra szorultság újradefiniálásával próbálkozik, ebből a célból szakértői tanácsot állítottak fel, amelynek egyebek között az ezzel járó költséghatásokkal is foglalkoznia kell.

### Demográfiai kihívások

Az Eurostat adatai szerint 2015-ben az Európai Unió 27 tagállamában a halálesetek száma meghaladja a születéseket. A 80 év fölöttiek száma 2030-ban meghaladja a jelenlegiek kétszeresét.

Szakértői becslések szerint az ápolásra szoruló személyek aránya 2030-ig 50%-kal emelkedik. A demenciában szenvedő biztosítottak aránya még fokozottabban növekedik. Németországban jelenleg a demenciában szenvedők száma 1,1 millió, 2030-ig azonban eléri az 1,7 milliót, ami több mint 50%-os növekedésnek felel meg.

### Az ápolásra szorulóknak számának alakulása Németországban

Év	Az ápolásra szorulóknak száma
2007	2,03 millió
2010	2,13 millió
2020	2,64 millió
2030	3,09 millió

### Az ápolásra szorultság kockázatának alakulása

Az ápolásra szorultság kockázata az életkorral növekedik. 2009 elején közzétett adatok szerint 60 év alatt 0,7%; 60–80 év között 4,2%, 80 év fölött 28,4%. Németország lakóinak száma ezzel szemben a jelenlegi 82 millióról 2030-ig 78 millióra esik vissza. Németország kettős demográfiai kihívás előtt áll: az ápolásra szorulóknak száma növekedése mellett csökken a járulékfizetők száma, akiknek finanszíroznuk kell az ápolásbiztosítást.

### Trendek és megoldási javaslatok

#### Az ápolási intézmények fejlődése

Az otthoni ápolás támogatása és ösztönzése ellenére a bentlakásos ápolási intézmények száma emelkedik: 1999–2007 között 8859-ről 11029-re (25%-kal) emelkedett. Az ambuláns intézmények száma ezzel szemben ugyanezen időszakban 10820-ról 11529-re (6,5%-kal) emelkedett. Az ápolási intézményekben foglalkoztatottak száma 1999–2007 között 624 722-ről 809 707-re emelkedett. A nyugdíjbiztosításra kötelezett ápolást végző hozzátartozók száma enyhén csökkent: 1999-ben 574 000, 2006-ban 440 000 volt.

#### Az ápolást végző hozzátartozók nyugdíjjogosultsága

Azok a személyek, akik hozzátartozóként vagy szomszédsági viszonyban egy bizonyos volumenű (jelenleg hetente legalább 14 óra) otthoni ápolást végeznek, kötelező nyugdíjbiztosításban részesülnek. Járulékaikat az ápolási pénztár fizeti be a nyugdíjbiztosítónál, így egyéb díjazással nem járó ápolási tevékenységükért nyugdíjjogosultságot szereznek.

#### Ápolási szabadság lehetősége keresőtevékenységet végzők részére

Az ápolás továbbfejlesztéséről szóló törvény (2008) bevezette az ápolási szabadság intézményét. Ez azt jelenti, hogy a foglalkoztatottaknak lehetőségük van tíznapos távolmaradásra, amelynek során gondoskodhatnak ápolásra szoruló hozzátartozójukról. A munkavállalók hat hónapig terjedő ápolási szabadságra jogosultak hozzátartozójuk otthoni ápolása céljából. Ez idő alatt nem veszítik el munkahelyüket, beteg- és ápolásbiztosítási járulékaik befizetése az ápolási pénztár támogatásaiból megtörténik, és munkanélküliségi biztosítási védelemben is részesülnek. A munkaadó azonban csak abban az esetben fizeti ki bérüket is, ha ez a kötelezettség valamilyen más jogszabályból vagy szerződésből adódik.

#### Finanszírozási vonatkozások

A törvényhozó jó okból döntött a társadalombiztosítási típusú finanszírozás és a betegbiztosításhoz való szervezeti kapcsolódás mellett. Ezzel minden vitát kizárt más finanszírozási modellek:

- a tisztán adókból történő;
- a privát, biztosítási szerződésen alapuló,
- és a vegyes finanszírozás tekintetében.



Az ápolásbiztosítás finanszírozásának alapja a munkavállalók jövedelme, amelynek egy törvényben meghatározott részét (2008-tól 1,95%-át, gyermektelen biztosítottak részére 2,2%-át) járulék formájában befizetik az ápolási pénztáraknak. A járulékokat a munkaadók és a munkavállalók arányosan viselik. A járulékfizetés a nyugdíjasokra és az önkéntes betegbiztosítással rendelkezőkre is kiterjed. A felosztó-kirovó jellegű társadalombiztosítás a válságidőszakokban is garantálja a viszonylag stabil bevételeket. Az ápolásbiztosításban keletkező újabb pénzügyi szükségletek fedezése a jelenlegi rendszer keretei között – a politikailag nem kívánatos – járulékemelés formájában lehetséges. A fenntartható finanszírozásról szóló viták során felmerül a járulékszámítási alap bővítése, adójellegű pénzügyi források és egyéb vegyes finanszírozású elemek bevonása.

### A minőségbiztosítás

Az ápolásbiztosítás szolgáltatásai csak szerződéses engedélyezett intézmények részére fizethetők ki. A bentlakásos intézményeknek minőségi és mennyiségi felszereltségük tekintetében meg kell felelniük a szigorú előírásoknak, és alá kell vetniük maguknak a folyamatos minőségi ellenőrzéseknek. 2011-től minden intézményt évente előzetes bejelentés nélkül alaposan megvizsgálják. Az otthoni ápolási szolgáltatások is meg kell felelniük a minőségi követelményeknek, biztosítaniuk kell a szakképzett ápolószemélyzetet, a minőséget ellenőrzik.

### Nemzetközi vonatkozások

Jóllehet a német ápolásbiztosítás nem írja elő a pénzbeli ellátások külföldön való kifizetését, az Európai Közösségek Bíróságának ítélete szerint azokat a német biztosítottak részére külföldre költözésük esetén is ki kell fizetni. Az Európai Bíróságnál jelenleg folyamatban van egy eljárás (C-208/07) az intézményi ellátásokra vonatkozóan. Másrészt elgondolkodtató, hogy bizonyos szolgáltatások, amelyeket az EU egyes tagállamaiban biztosítanak, másokban nem, egyfajta „harmonizációs nyomást” gyakorolnak emezekben.

Németországban nagy érdeklődéssel figyelik az ápolásbiztosítással kapcsolatos nemzetközi törekvéseket. Japánban nagyrészt a német mintát követve 2000-ben vezették be az ápolásbiztosítást, de pl. a finanszírozás, a szolgáltatásokra jogosultak köre, valamint az ápolásra szorultság hat fokozatra osztása tekintetében különbözik attól. A szolgáltatások bővítésének kérdése Japánban is vita tárgyát képezi.

### EURÓPAI UNIÓ

MICHAEL SCHMIDT: AZ ÁPOLÁSRA SZORULTSÁG KOCKÁZATÁNAK BIZTOSÍTÁSA AZ EURÓPAI UNIÓBAN

#### Az ápolásra szorultság mint szociális kockázat Németországban és Európában

A demográfiai fejlődés, amely az összes fejlett ipari államban a lakosság elöregedésével jár, napirendre tűzi az időskorúakról való gondoskodást, egyebek között az ápolásra szorultság esetén való ellátásuk feladatát. A hagyományos, családi körben vagy szomszédsági viszonyban való segítségnyújtás már nem áll rendelkezésre a korábbiakhoz hasonló mértékben.

Az időskorúak ellátásának igényére a társadalmi átalakulás is rányomja bélyegét: az életstílusok pluralizálódása, a nő helyzetének a családon belül, a munkahelyen és a társadalomban való megváltozása, az egyszemélyes háztartások számának emelkedése.

#### Az ápolásra szorultság szociális biztosítása az Európai Unióban

##### Áttekintés

Az Európai Bizottság szociális biztonsági információs rendszere (MISSOC) információkat bocsát rendelkezésre az ápolási kockázat biztosításának finanszírozásával, szervezetével, alapelveivel, szolgáltatásaival kapcsolatban. Ez az Európai Bizottság, valamint a tagállamok minisztériumai hivatalos képviselőinek és intézeteinek/szervezeteinek hálózatának együttműködésén alapul, amit az Európai Bizottság által működtetett titkárság fog össze. Tehát a referencia-országok hivatalos információin alapul. A MISSOC évente közzéteszi az összehasonlító táblázatokat, amelyek a szociális biztonságról szóló jogszabályokat tartalmazzák.

A tartós ápolás legelterjedtebb formái még mindig a családon belüli, és az informális ápolás. Németország az elsők között reagált az ápolás területén jelentkező kihívásokra. Rajta kívül Európában csak Luxemburg, Ausztria és a belgiumi Flamand Közösség hozott létre önálló szociális szolgáltatási rendszert az ápolás területén.

##### Belgium

Országos szinten nincs általános ápolási ellátórendszer. A Flamand Közösség 1999-ben vezette be az ápolásbiztosítás rendszerét. Egyébként bizonyos szolgáltatások nyújtására a betegbiztosítás, a rokkantbiztosítás és a minimális biztosítás keretében kerül sor, az önkormányzatok kiegészítő szolgáltatásokat biztosítanak.

A szükségletektől függő segítségnyújtásról van szó olyan személyek részére, akik a mindennapi élet során nem képesek bizonyos műveletek elvégzésére. Jogosultsággal rendelkeznek a belgiumi lakóhellyel rendelkező 21 éven felüliek, akik a betegbiztosítás és a rokkantbiztosítás szolgáltatásaiban részesülnek. A finanszírozás az adott rendszer keretében történik.

##### Bulgária

Nincs külön biztosítási rendszer. A nyugdíjasok tartós ápolását a keresőképeség több mint 90%-os csökkenése és állandó ápolásra szorultság esetén a társadalombiztosításból vagy szociális segélyekből fedezik. Ez természetbeni és pénzbeli ellátásokat tartalmaz. A szolgáltatások finanszírozása állami és önkormányzati forrásokból, valamint a szolgáltatásokat igénybevevők által fizetendő díjakból történik.

##### Dánia

Az ápolási szolgáltatásokat az önkormányzati fenntartású szociális szolgálatok nyújtják. A szolgáltatásokra jogosultak azok a személyek, akik egészségkárosodás miatt nem képesek elvégezni a mindennapi élet bizonyos műveleteit, pl. testápo-

## Szakkikk

lást, a háztartás vezetését. Ez minden lakosra kiterjed. A szociális szolgáltatások finanszírozása adókból történik.

### Észtország

Azok a személyek, akik nem tudnak gondoskodni a maguk és családjuk elégséges eltartásáról, adott esetben különböző adókból finanszírozott szolgáltatásokban részesülnek. Erre alapjában véve minden lakos jogosult.

### Finnország

Az ápolás az önkormányzati fenntartású egészségügyi és szociális szolgálatok feladata. Szolgáltatásokra jogosultak azok a személyek, akik tartósan és rendszeresen, hetente egy alkalommal gondozásra és ápolásra szorulnak. A szolgáltatásra minden lakos jogosult. A finanszírozás adókból történik.

### Franciaország

Az ápolási szolgáltatásokat a rokkant- és balesetbiztosítás nyújtja az általános szociális rendszer keretében. Szolgáltatásokra jogosultak azok a személyek, akik a mindennapi életben bizonyos fontos műveletek elvégzéséhez mások segítségére szorulnak. A rokkant-, az időskori és baleseti nyugdíjasok ápolási pótlékban részesülnek. Jogosultak: bizonyos feltételek között a gyermekek 20. életévükig, az időskorúak, valamint a 16. életévüket betöltött fogyatékkal élők.

### Görögország

Az ápolási szolgáltatások nyújtására a rokkant- és balesetbiztosítás keretében, illetve a szociális gondoskodás keretében minimális biztosításként kerül sor. Jogosultak: bizonyos feltételek között a keresésképtelen személyek, a folyamatosan mások segítségére és ápolására szoruló, valamint az időskorúak. A finanszírozás rendszerint a járulékfeliről finanszírozású szolgáltatási rendszerből, a minimális biztosítás esetén adókból történik.

### Nagy-Britannia

Nem önálló biztosítási rendszer, hanem az összes korlátlan időre való tartózkodási joggal rendelkező lakosok járulékoktól független állami finanszírozású ellátása. Az ellátás feltétele, hogy a kérelem benyújtásakor a kérelmező már legalább hat hónapja rokkant legyen.

Jogosultak: a 65 év fölöttiek, akik testi vagy szellemi fogyatékoságuk miatt ápolásra szorulnak. A 65 év alatti fogyatékosok eltartási segélye: tartós ápolási díj, amely a munkabaleset vagy foglalkozási betegség miatt 100%-ban munkaképtelené váltaknak jár. (Rokkantság: minimum három hónappal a kérelem benyújtását megelőzően.)

Súlyos fogyatékkal élők segélyezése: egy bizonyos összeg alatti jövedelemmel rendelkező ápolást végző személyek részére nyújtott támogatás (heti 112 euró; amelyhez minimum heti 35 óra gondozást kell teljesíteni).

### Írország

Rendszerint adókból finanszírozzák az otthoni ápolást, az ápolást végző személyek ápolási díját. Jogosultak: az idősko-

rúak, fogyatékkal élő gyermekek és az ápolást végző személyek, akik az ápolás kedvéért részben lemondanak a keresőtevékenységről.

### Olaszország

Az ápolási szolgáltatások nyújtására a társadalombiztosítási rendszerekben és a szociális segélyek keretében kerül sor. Jogosultak: a rokkantnyugdíjasok, akik mások segítségére szorulnak. A keresőtevékenységet nem folytató fogyatékkal élők minimális biztosításra jogosultak. Az időskorúak regionális szinten adott esetben természetbeni ellátásként otthoni ápolásban részesülnek.

### Lettország

Az ápolási szolgáltatásokat az állam és az önkormányzatok által adókból finanszírozott szociális szolgálatok nyújtják azon személyek részére, akik egyebek között életkoruk, egészségi problémáik vagy fogyatékoságuk miatt a mások általi ápolásra szorulnak, és nem tudnak gondoskodni magukról és családjukról.

### Litvánia

A szociális szolgálatokról és az egészségügyről szóló törvény alapján azok a személyek, akik egyebek között életkoruk, egészségi problémáik vagy fogyatékoságuk miatt a mások általi ápolásra szorulnak, naponta nyolc órás időtartamig terjedő ambuláns ápolásban, vagy nappali intézményben biztosított/nyújtott ellátásban részesülnek. Tartós ápolás nyújtására bentlakásos intézményekben kerül sor.

### Luxemburg

Az ápolásbiztosítási rendszer bevezetésére német minta alapján került sor. Ápolásra szoruló az a személyek, akik testi, lelki vagy szellemi megbetegedésük/fogyatékoságuk miatt rendszeresen mások segítségét igénylik. Az ápolásbiztosításban résztvevők köre a keresőtevékenységet végzők összességére kiterjedő betegbiztosításhoz igazodik.

Az ápolásbiztosítási rendszer négy alapelve a német rendszerével rokon.

- a rehabilitációs eljárások elsőbbségben részesülnek az ápolási szolgáltatásokkal szemben (a rehabilitáció tekintetében a betegbiztosítás illetékes);
- b. Az otthoni ápolás elsőbbséget élvez az intézményi ápolással szemben (a hozzátartozók szerepe egyre jelentősebb);
- c. a természetbeni ellátások prioritást élveznek a pénzügyi ellátásokhoz viszonyítva;
- d. az ápolás kontinuitásának biztosítása az ápolásbiztosítás és az ápolási infrastruktúra közötti szoros kapcsolat, koordináció és kooperáció segítségével.

### Málta

A 60 év fölöttiek, a fogyatékkal élők és a folyamatosan mások segítségére szoruló szükségleteiknek megfelelő szolgáltatásokban részesülnek az általános társadalombiztosítási rendszer keretében.

## Hollandia

Az ápolás költségeit a „különleges költségekkel járó betegségek költségeinek biztosítása” (AWEZ) keretében fedezik. Jogosultak: a huzamosan kórházi ellátásban részesülők, az időskorúak és a testi vagy szellemi fogyatékkal élők. A biztosítás minden lakosra kiterjed.

A minőségbiztosítás és ellenőrzés Hollandiában más országokénál fejlettebb. Ennek kritériumai: (a) minőségi követelmények kidolgozása; (b) ezek kötelező jellegének rögzítése; (c) az ápolás gyakorlatában való alkalmazása; (d) betartásuk kontrollja; (e) be nem tartásuk szankcionálása. Mindez egyebek között annak is tulajdonítható, hogy a tartós ápolásnak a betegségek különleges költségeiről szóló általános törvény (AWZB) keretében való szabályozása már 40 éves hagyományral rendelkezik. Hollandia az első ország Európában, ahol az ápolásra szorultságot szociális kockázatként ismerték el és bevonták azt a társadalombiztosítás körébe. Az ápolás- és a betegbiztosítás integrációjával feloldották az illetékesség körüli vitákat. A biztosítás a betegpénztárak és a privát biztosítók által valósul meg. Ezek szervei megállapodásokat kötnek a szolgáltatókkal. Miközben kezdetben csak természetbeni ellátások nyújtására került sor, a kilencvenes évek közepe óta egy ápolási díj választására is lehetőség nyílik. Ez lehetővé teszi a szükséges szolgáltatások szabad megválasztását, de takarékosági megfontolásokkal is összefügg. Ennek során a szolgáltatásokat igénybevevők formális és informális szolgáltatók között választhatnak.

Az ápolásbiztosítás finanszírozása egy bizonyos felső jövedelemhatárig a biztosítottak járulékaiból, továbbá állami támogatásokból és önrészekből történik. A szolgáltatások palletáján otthoni ápolás, háztartásban nyújtott segítségnyújtás, támogató jelenlét, aktiváló jelenlét, kezelés, intézményi elhelyezés szerepel.

## Ausztria

Az ápolásra szorultság kockázatával szembeni biztosítást az ápolási díjról szóló szövetségi törvény, illetve a tartományi törvények szabályozzák. Ezek az adókból finanszírozott rendszerek természetbeni szolgáltatásokkal fedezik az ambuláns és intézményi szolgálatok iránti igényt. Az ápolási díj kifizetésére havi ötven órát meghaladó folyamatos ápolási szükséglet esetén legalább hat hónapos időtartamig terjedően kerül sor.

A társadalombiztosításnak a szociális biztonság rendszerében való domináns pozíciója ellenére az ápolásra szorultság kockázatával szembeni biztosítás Ausztriában csak közvetve és részben kapcsolódik a társadalombiztosításhoz. Az ápolási díjat, a szövetségi szinten egyetlen egységes szolgáltatást az ápolási díjról szóló, 1993-ban hatályba lépett szövetségi törvény (Bundes-Pflegegeldgesetz) szabályozza. Ezt mindazok az ápolásra szoruló személyek igényelhetik, akik a kötelező nyugdíjbiztosítás keretében nyugdíjban, a balesetbiztosítás keretében teljes nyugdíjban, vagy a köztisztviselők különleges nyugdíjrendszerében ún. alapellátásban részesülnek. Az ápolási díj finanszírozása adókból történik, és nem függ társadalombiztosítási kötelezettségtől. Azok az ápolásra szoruló személyek, akik nem jogosultak ilyen szolgáltatásra, pl. még nem, vagy csak nemrég folytatnak keresőtevékenységet, pl. születésüknél fogva fogyatékkal élők, az ápolási díjról szóló tartományi törvények alapján a tartományoktól igényelhetik az ápolási díjat. A természetbeni ápolási szolgál-

tásokat a tartományok különböző szociális és fogyatékosügyi törvényei szabályozzák. Ugyancsak tartományi szintű az ápolási otthonok és az otthonfelügyelet szabályozása. Ezzel szemben az ápolási otthonok szerződéseivel kapcsolatos minimális standardokat a szövetségi szintű fogyasztóvédelmi törvénybe integrálták. Miközben a betegápolás szövetségi szintű ügy, és azt az egészségügyi és betegápolási törvény szabályozza, az időskorú és fogyatékkal élő emberek gondozásának szakmai keretfeltételeit ismét csak tartományi rendeletek szabályozzák.

Az ápolási díjra való jogosultság hét fokozata elsősorban a harmadik személy által elvégzendő teendők időigényéhez igazodik. Ebben nem játszik szerepet, hogy azokat hozzátartozók, vagy hivatásos ápolók végzik-e el. Az sem bír jelentőséggel, hogy ez az érintett otthonában, vagy ápolási intézményben történik-e. Az intézményi ápolási szolgáltatások feltételeit a tartományok szociális törvényei szabályozzák. A szociális segélyekről szóló törvények szerint az intézményben való elhelyezés akkor célszerű, ha az érintett nem képes az önálló életvitelre. A bentlakásos intézményeknek bizonyos minimális standardoknak kell megfelelniük.

## Lengyelország

Az ápolási szolgáltatások nyújtására a beteg- és az időskori biztosítás, a rokkantsági biztosítás, a hátramaradt hozzátartozók biztosítása, valamint a szociális segélyek keretében kerül sor. Jogosultak: a folyamatosan mások segítségére szoruló. A súlyos fogyatékkal élők adott esetben védett műhelyekben részesülnek segítségben.

## Portugália

A polgároknak a társadalombiztosítási rendszerek keretében járulékoktól függő, illetve az adókból finanszírozott minimális biztosítás keretében –járulékoktól független – pénzbeli ellátásokat nyújtanak. A társadalombiztosítási rendszer, valamint az ún. „szociális akció” természetbeni ellátásokat bocsát a rászoruló rendelkezésére. Jogosultak azok a személyek, akik a mindennapi élet során bizonyos műveletek elvégzéséhez mások segítségére szorulnak.

## Románia

Nem önálló biztosítási rendszer. Tartós ápolásra szorultság (pl. rokkantbiztosítás, munkabaleset, foglalkozási betegség, időskor stb.) esetén a szolgáltatásokat a biztosítási rendszer fedezi.

## Svédország

Az ápolást az önkormányzatok által üzemeltetett szociális szolgálatok biztosítják. Jogosultak az ápolásra szoruló személyek. Minden lakosra kiterjed.

## Szlovákia

Az ápolási szolgáltatásokat a betegbiztosítás, az időskori, rokkantsági biztosítás és a hátramaradt hozzátartozók biztosítása, valamint részben az általános szociális segélyek keretében nyújtják. A szolgáltatás előfeltétele, hogy az igénylő legalább 55%-os funkciózavar mellett mások által nyújtott ápolásra legyen szoruló. A szabályozás minden lakosra kiterjed.

## Szakcikk

### Szlovénia

---

Az ápolási szolgáltatásokat a nyugdíj-, a rokkantsági és a betegbiztosítás keretében, családon belüli szolgáltatásként, és a szociális segélyek keretében nyújtják azon személyek részére, akik folyamatosan mások segítségére szorulnak. A szabályok kiterjednek a keresőtevékenységet végzőkre, a nyugdíjasokra, a szociális segélyeket igénybe vevőkre, munkanélküliekre, egyéb biztosítással nem rendelkező lakosokra, és adott esetben olyan személyekre is, akik előbbiektől függenek.

### Spanyolország

---

A járulékokból finanszírozott társadalombiztosítás és az adókból finanszírozott minimális biztosítás rendszerint ápolási szolgáltatásokat is nyújt. Jogosultak: a társadalombiztosítás keretében tartósan keresőképtelen munkavállalók, akik mások segítségére szorulnak. A szolgáltatásokat és a minimális biztosítást azok a 18–65 év közötti személyek igényelhetik, akik betegek vagy fogyatékkal élők (75%-os rokkantság), és mások segítségére szorulnak. Az adókból finanszírozott ápolási rendszer bevezetése folyamatban van.

### Csehország

---

Azon személyek részére, akik mások segítsége nélkül nem tudják elvégezni a mindennapi élet bizonyos műveleteit (öltözködés, testápolás, bevásárlás), egy sor adókból finanszírozott szolgáltatást vehetnek igénybe. Jogosultak a testi vagy szellemi fogyatékkal élő gyermekek és felnőttek.

### Magyarország

---

A társadalombiztosítás és a szociális segélyek rendszere ápolási szolgáltatásokat nyújt a súlyosan gyengénlátó, halláskárosult vagy szellemi fogyatékkal élő személyek részére, akik mások segítségére szorulnak. Adókból finanszírozott szolgáltatásokban részesülnek azok a 65 év fölöttiek, akik testi vagy szellemi fogyatékoságuk miatt mások segítségére szorulnak. Tartós ápolási segélyben részesülnek a munkabaleset vagy foglalkozási betegség miatt 100%-osan keresőképtelenek. A születésüknél fogva fogyatékkal élők különleges segélyben részesülnek. Azok az ápolásra szoruló személyek, akiknek a jövedelme nem halad meg egy bizonyos összeget, az ápolásukat ellátó személyre fordítandó ápolási díjban részesülnek.

### Ciprus

---

Az ápolás, a pszichiátriai ellátás és a szociális segélyek nyújtása a jogszabályok alapján jóléti szolgálatok és bentlakásos intézmények által történik azok részére, akik szociálisan rászorulnak, és ciprusi lakóhellyel rendelkeznek.

---

*A tanulmány a Friedrich Ebert Alapítvány honlapján*

*(németül: 115–259. p.):*

*<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/china/07818.pdf>*

*Altenpflege und Pflegeversicherung Shanghai Academy of Social Sciences Press – 2010. december*

*A tanulmány gondozását, beleértve a fordítási munkát is Komáromi Béla nyug. vezető főtanácsos végezte.*

**b3**



**b4**