

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 folyamatával, és annak aktuális kihívásaival. 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 ismérve a súlyosan elaggottak 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 szomszédsgyi idősápolás dominál, a város intézményeiben

nyújtott bentlakásos ápolásra pedig kiegészítő szerep hárul. A szomszédsgyi környezetben nyújtott ambuláns ápolás kínálatai az egyszerű háztartási tevékenységektől a mindennapi életben való gondozásig, a rehabilitációig és a betegápolásig terjednek. Az egyes településrészekben, utcátömbökben szomszédsgyi, 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 ággyal rendelkeznek, ami a 60 év fölötti lakosok 2,8%-ának felel meg. Ezenkívül a városban 234 ambuláns szomszédsgyi 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 figyelembe veendő, 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 vagyoneképződés 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 elvisselhetetlen 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 m², 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 szorultnak.

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 időskorral 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

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 összkidadások 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 kötnek 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 levezgázott. Az esetmenedzseri szerepkört általában ápolónők, szociális munkások, orvosnők, terapeuták és kiropraktőrök látják el. Az „esetmenedzser” tehát nem egy foglalkozás, hanem egy engedélyezett intézménynél ellátott feladatkör. A minisztérium előírása szerint csak azok az intézményeket engedélyezik esetmenedzserrel 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 esetmenedzserrel 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 prevenciós szolgáltatásokat, a regionális szerveretekhez 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-je. Otthoni ápolási szolgáltatások nyújtására 1995. április 1-jei kezdettel, bentlakásos intézményi szolgáltatások nyújtására 1996. július 1-jei kezdettel került sor. Az ápolásbiztosítás strukturá-

lis 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 szorulólok száma
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 prevenciós, 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 mindig 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 szolgálatok bocsátják rendelkezésre (szövetségi szinten 10 600 engedélyezett szolgálat). 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” („Krankenhaustagegeldversicherung”) 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 pénzügyi ellátásokat nyújt.

A szolgáltatásokra jogosult személyek köre

Általános feltételek

Az ápolásra szorultságot három fokozatra osztják. A besorolás tekintetében mérvadó szempont az egyes esetekben szükséges segítségnyújtás, valamint annak gyakorisága. A segítségnyújtás a mindennapi élet bizonyos műveleteinek részleges vagy teljes átvételére, 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 visszatérő műveleteinek elvégzéshez nyújtott segítségre, mind az ezek elvégzéséhez szükséges irányításra és felügyeletre kiterjed.

Az ápolásra szorultság meghatározása és annak fokozatai

Az ápolásbiztosítás szempontjából ápolásra szorulóknak azok a 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, kötőcsere, 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 Szolgálat” („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-jei kezdettel, mint a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Tizenegyedik Könyve (Sozialgesetzbuch XI.) lépett hatályba. A törvény gyakorlati alkalmazása kezdetől fogva problémamentes volt, az ápolási pénztáraknak a betegpénztárakhoz 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 úgymond „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 jelenlegiekét 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 11 029-re (25%-kal) emelkedett. Az ambuláns intézmények száma ezzel szemben ugyanezen időszakban 10 820-ról 11 529-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 szolgálatoknak 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 intézetei/szervezetei 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 keresőképesség 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 szolgálatok 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, 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. 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 pénzbeli 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 hagyománnyal 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. születésük

nél fogva fogyatékkal élők, az ápolási díjról szóló tartományi törvények alapján a tartományoktól igényelhetik az ápolási díjat. A természetbeni ápolási szolgáltatásokat 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 szorulóak. 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 – pénzügyi 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,

Szakkikk

valamint részben az általános szociális segélyek keretében nyújtják. A szolgáltatás előfeltétele, hogy az igénylő legalább 55%-os funkciózavar mellett mások által nyújtott ápolásra legyen szorulva. A szabályozás minden lakosra kiterjed.

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, 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.

Altenpflege und Pflegeversicherung. Modelle und Beispiele aus China, Deutschland und Japan, Hrsg. Susanne Langsdorf, Rudolf-Traub-Merz und Chun Ding; Friedrich Ebert Stiftung, Japan Shanghai Academy of Social Sciences Press, Dezember 2010
A tanulmány a Friedrich-Ebert-Stiftung honlapján (németül: 115–259. p.): <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/china/07818.pdf>
Az eredeti kiadvány a Friedrich-Ebert-Stiftung Shanghaj gondozásában jelent meg, az összes szerzői jog a Friedrich-Ebert-Stiftung Shanghaj tulajdonában van.
Köszönjük a Friedrich-Ebert-Stiftung Shanghaj hozzájárulását a cikk rövidített változatának közzétételéhez.

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