

***Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben –  
Pflege-Report 2020 – egységes szerkezetben***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Forsa Institut  
Pressemitteilung, Berlin, 2. September 2020 (6 p.)

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido\\_pfl\\_pr2020\\_pm.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_pfl_pr2020_pm.pdf)

**Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Antje Schwinger (Hrsg.) Pflege-Report 2020 Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung**

**További információk:** [www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report](http://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report)

**Open-Access:** <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-61362-7>

Az online-megkérdezésre 2019 december és 2020 január közepe között a „forsa.omninet-Panel“ alkalmazásával került sor. A felmérésben 1.100 tizennyolc éven felüli személy vett részt, akik saját bevallásuk szerint egy elismert ápolási fokozatba besorolt személy otthoni gondozását látták el.

Azon háztartások egynegyede, amelyekben ápolásra szoruló személy él, igen nagy időbeli és pszichés megterhelésnek van kitéve. Ugyanakkor, ezek a háztartások alacsony önrészeket viselnek. A megkérdezett háztartások naponta átlagosan 8,6 órát fordítanak az ápolásra szoruló hozzátartozó gondozására. Ezen időtartam háromnegyede az ápolást végző személyre hárul, aki a fő szerepet tölti be az ellátásban. Mintegy 1,5 óra más – nem fizetett – személyekre, 0,7 óra ápolási szolgáltatókra és az ápolásbiztosítás egyéb szereplőire hárul.

Az ápolás általi időbeli megterhelés megoszlása: Az ápolást végző hozzátartozók fele naponta négy órát vagy annál kevesebbet fordít az ápolásra, miközben a háztartások egynegyede naponta legalább 7,6 órát teljesít. Azok a háztartások, amelyekben a harmadik és ötödik fokozat közötti besorolásban levő, vagy demens beteget ápolnak, különösen megterheltek: esetükben az érintett háztartások egynegyede naponta tíz órányi ápolótevékenységet végez. E háztartások közül minden tizedik naponta 20 órás vagy annál több ideig tartó ápolásról számol be.

Az érintettek kimerültségét, életkedvét, pszichés megterhelését az ún. „otthonápolási skálán” mérik. A megkérdezett ápolást végző személyek 26%-a „magas”, 43%-a „közepes”, 31%-a „alacsony” megterheltségről számolt be.

Azon háztartások pénzügyi ráfordításai, amelyekben hozzátartozót ápolnak, korlátozottak: A megkérdezés szerint csak minden negyedik ápolásra szoruló személy (25%) fizet hozzájárulást az otthoni ápolásért és gondozásért. Ebben az esetben a költségek átlagosan havi 250 EUR-t tesznek ki. Az ápolásbiztosítás természetbeni ellátásait, mint ápolási szolgálatokat, vagy pénzbeli ellátást igénybe vevők 40%-át érintik pénzbeli hozzájárulások. Ők ebben az esetben átlagosan havi 200 EUR-t fizetnek. Csupán a megkérdezettek öt százaléka válaszolta, hogy további segítségért saját zsebből fizet. Az otthoni ápolás területén a pénzügyi megterhelés sokkal alacsonyabb mint a teljeskörű bentlakásos intézményi ápolás területén, ahol 2019 negyedik negyedévében – a csak ápolásért és gondozásért – befizetett önrész átlagosan 775 EUR-t tett ki.

A megkérdezettek többségének azonban más gondjai vannak. A résztvevők fele több támogatást szeretne a „testápolás, táplálkozás és mobilitás”, a „mindennapi gondozás és foglalkoztatás”, valamint a „háztartás vezetése” területén. Az otthonápolási skálán „magas megterheltségű” ápolást végző hozzátartozók körében a támogatás igénye még kihangsúlyozottabb: E személyek 75%-a több támogatásra tartana igényt. Ez érvényes a megkérdezés során vizsgált más vonatkozásokra is, mint az „éjszaka idején nyújtott segítség”. Összességében minden ötödik megkérdezett (22%) úgy érzi, hogy az ápolás ellátása során számára nyújtott segítség „inkább nem jó” vagy „egyáltalán nem jó”. Minden negyedik megkérdezett (25%) saját bevallása szerint „csak nagy nehézségek árán” tud vagy „egyáltalán nem tud” megküzdeni ápolási teendőivel. A demens, vagy a magasabb, negyedik és ötödik ápolási fokozatba besorolt személy ápolását végző hozzátartozók tekintetében ez utóbbi helyzet a megkérdezettek kétharmadát érinti.

**Kapcsolódó:** 2020. 09. 18. A *Vereinte Dienstleistungsgesellschaft (ver.di) köszolgálati szakszervezeti szövetség* és az *Ápolási Ágazat Munkaadóinak Szövetsége (Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche – BVAP)* megállapodása szerint a bértarifa-szerződésekről szóló egyeztetési folyamatban a két szervezet a *szakápolók órabérének 18,50 EUR-ra* emelése mellett fog fellépni.

**Kapcsolódó:** *Begutachtungsstatistik (Pflegeversicherung), GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 08. 10. 2020:* <http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc abr test logon?p uid=gasta&p aid=0&p sprache=D&p knoten=NE1129>

### *Az ápolásbiztosítás strukturális reformjának szükséglete*

Az ápolásbiztosításról szóló jelenlegi vitát az „önrészek” témája dominálja. Mint egyéb egészség- és ápoláspolitikai kérdéseknél itt is a riadalomkeltő hangnem uralkodik. „Az ápolási költségek drámaian növekednek” (*Die Welt*). **Tim Szent-Ivanyi** szerint „az ápolásbiztosítás már nem azt nyújtja, amit kellene”; „sok nyugdíjas

nem tudja megengedni magának az önrészek kifizetését és ezért szociális segélyre szorul” (*Dresdner Neueste Nachrichten*).

A tanulmány áttekinti az ápolásbiztosítás történetének és átalakításának sarkalatos mozzanatait: egyebek között az intézményrendszer fejlesztését, a szolgáltatások körét, a beruházások finanszírozását és az ápolásbiztosítás részleges biztosítási rendszerként történő alakítását. Végül két strukturális problémára hívja fel a figyelmet, amelyek a jelenlegi vitában nem részesülnek kellő megvilágításban.

### ***A beruházásfinanszírozás problematikája***

Az ápolásbiztosításról szóló törvény a monista finanszírozás mellett döntött. Az ápolási szolgálatok és ápolási otthonok részére biztosítani kell a működési és beruházási költségeket fedező finanszírozást. Tényszerűen ez azt jelenti, hogy az ápolásfinanszírozás eltér a fekvőbeteg egészségügyi intézmények „duális finanszírozásától”. A tartományok azonban már az 1990-es évek elején sem tartották be a kórházi beruházások területén rájuk háruló kötelezettségeket. Az ápolásbiztosítás területén pedig tulajdonképpen soha nem jutottak el oda, hogy bármit is finanszírozzanak.

#### ***1. 2. 2. Az ápolási szolgáltatások rendszere***

A szolgáltatások rendszere kezdetektől fogva differenciált volt. Az ápolási fokozatok és az ápolásra szorulóknak természetbeni szolgáltatások és pénzbeli ellátások közötti választásra jogosultsága mellett az alábbiak bevezetésére került sor: az ápolást végző személy szabadságolás idején való helyettesítése, nappali és rövid idejű ápolás, ápolási segédeszközök támogatása, az ápolást végző személyek társadalombiztosításának bővítése.

Elkezdődött egy szociális tanulási folyamat, amelynek első lépéseként tanácsadást és szerény pénzügyi támogatást (évente 460 EUR) nyújtottak a „jelentős gondozási igényű ápolásra szorulóknak” részére (az ápolási szolgáltatások kiegészítéséről szóló törvény – *Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, PflEG 2001*). A következő lépés az ápolás továbbfejlesztéséről szóló törvény volt (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, 2008*), amelynek keretében kiterjesztették a „mindennapi életvitelükben korlátozott kompetenciával” rendelkezők számára nyújtott szolgáltatásokat.

#### ***1. 6. Következtetések és összegzés***

A számos probléma mellett két olyan kihívás merül fel, amelyek az ápolásbiztosítás bevezetésének szakaszában nem jelentek meg, vagy csak csekély szerepet játszottak:

- A társadalomnak többet kellene tennie az ápolásra szorultság, ill. a magasabb ápolási fokozatba történő besorolás valószínűségének megelőzése érdekében. Fontos a prevenció, az egészségfejlesztés és az ápolásra szoruló rehabilitációja. Ha sikerülne csökkenteni az ápolásra szorultság valószínűségét, az ápolási intézmények személyi és pénzügyi szükségletei is csökkennének.
- Az ápolás jövője szempontjából az alapvető probléma a munkaerőhiány. Ez a probléma a demográfiai folyamatok miatt elkerülhetetlen. Ezt az ápolószemélyzet nagyobb megbecsülése és fizetésének emelése nem fogja megoldani. Számolni kell az elvándorolt ápolók visszacsalogatásával és a külföldi toborzással is. Eddig kevés szó esett a termelékenység növeléséről az ápolás területén. Ezzel kapcsolatban az ápolóképzés főiskolai/egyetemi szintre emelése akár akadályt is jelenthet. Ha célszerű megoldásra törekszünk, engedni kell a merev feltételekből, amelyeket mostanság „megoldás” gyanánt emlegetnek – oda kell figyelni az ápolószemélyzet képzettség szerinti vegyes összetételére, amely lehetővé teszi az ápolási szolgáltatások differenciált delegációját. Mindezek mellett az ápolási otthonokra ráférne, ha jelentősebb beruházásokat fordítanának az épületállományra, a műszaki infrastruktúrára és a digitalizációra.

## *2. Nemzetközi tapasztalatok*

### *2. 2. 1. Svédország*

A svéd ápolási rendszer a szociáldemokrata típusú jóléti állam modelljén alapul. Ennek jellemzői, hogy a célcsoportot az összlakosság képezi, széleskörű szolgáltatási spektrum áll rendelkezésre, a szolgáltatások biztosításának legfontosabb szereplője az állam. Az ápolás szervezésének és finanszírozásának felelőssége az államra hárul, a családok és a magánszemélyek szerepe az informális ápolás területén egy idő óta megnövekedett. A svéd ápolási rendszer explicit célja a „méltó körülmények közötti való öregedés” biztosítása.

#### *Az irányítás rendszere*

Svédország decentralizált egységes állam, a törvényhozás állami hatáskörbe tartozik, amely a végrehajtást neki alárendelt testületekre ruházza át. A svéd alkotmány két alárendelt igazgatási szintet határoz meg, a 21 megyéből álló regionális és a 290 községre kiterjedő kommunális szintet.

Az állam a szociális ügyek és az ápolás fölötti illetékességet átruházta a községi testületekre, így szerepe a célkitűzések meghatározására és a felügyeletre korlátozódik.

A megyék inkább az egészségügyi ellátás, a községek inkább az ápolás irányítása tekintetében illetékesek. Az ápolási szolgáltatások biztosítása és finanszírozása a községekre hárul. Az egyfajta önkormányzati testületekként működő községek szabadon rendelkeznek költségvetésükről, maguk állapíthatják meg a kommunális adók mértékét.

### ***A finanszírozás rendszere***

Az ápolásra fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya tekintetében Európában az első helyen Hollandia, a másodikon Svédország áll. Az ápolásra fordított kiadások 2016-ban a GDP 3,2%-t tették ki (az európai átlag 3,1%). Az ápolás finanszírozásának 95%-a általános, nem célhoz rendelt adóforrásokból, 5%-a privát forrásokból történik. Svédországban a teljes nemzeti adóbevétel (nemzeti adóbevétel és indirekt adók) az ápolási kiadások 5%-ának finanszírozását biztosítja. Az ápolási kiadások nemzeti részét nem kötelező és nem célhoz rendelt módon – azok méretével arányosan – a községek rendelkezésére bocsátják. A nemzeti adóbevétel nagyjából a kommunális jövedelemadóból képződő része az ápolási kiadások 90%-át fedezi. A kommunális jövedelemadó 2019-ben átlagosan az adóköteles jövedelem 32,19%-át tette ki (29,18 és 35,15 % között ingadozott).

A privát forrásokból származó befizetések az ápolási kiadások 5%-át teszik ki. A privát önrészek az ápolásra szoruló személyek jövedelméhez igazodnak, azt a község részére kell befizetni, függetlenül attól, hogy az ápolási szolgáltatásokat állami vagy privát szolgáltatóktól veszik igénybe. A községek maguk szabhatják meg a privát önrész mértékét, de az nem érheti el a nemzeti szinten rögzített maximum havi 200 EUR-t. Az önrészek mind az ambuláns, mind a (részben) intézményi ellátásra kiterjednek. Az ápolási otthonokban a hotelszolgáltatások külön tételt képeznek.

### ***A szolgáltatások struktúrája***

A természetbeni ellátások az összes ápolási szolgáltatás 95%-át teszik ki. 2017-ben a 65 év fölöttiek 16,2%-a vett igénybe természetbeni ellátásokat, ezek 4,3%-a az intézményi, 11,9%-a az ambuláns ápolásra jutott. Ezek a számok megerősítik a politikának az ápolás *deinstitutionalizációjára* irányuló törekvéseit.

Az ápolási szolgáltatásokra való jogosultság megállapítása a községre tartozik. Ez az ápolás iránti szükséglet vizsgálatán alapul, amely nem terjed ki az ápolásra szoruló személy pénzügyi rászorultságára. Ennek során az egyes községek „a szociális ügyekről szóló törvény” (*Socialtjänstlagen*) alapján szabadon dönthetnek arról, hogy mely személy, mely ápolási szolgáltatásokra jogosult. A szolgáltatások nyújtása során

a pénzbeli és természetbeni ellátások jellege és volumene tekintetében nincsenek kötelező feltételek, a községek között így jelentős különbségek mutatkoznak. A községek az 1990-ben bevezetett reform óta mind állami, mind privát szolgáltatókat megbízhatnak a szolgáltatások biztosításával.

A községek által biztosított természetbeni ellátások ambuláns, részben intézményi és intézményi ápolásra, otthoni betegápolásra, étel házhozszállítására, közlekedési szolgáltatásokra, a lakás átalakítására és a vészhívó üzemeltetésére terjednek ki. Az ambuláns ápolás keretében biztosított szolgáltatások: segítségnyújtás a háztartás vezetésében (pl. bevásárlás, főzés, mosogatás), a személyes testápoláshoz nyújtott segítség (pl. öltözködés, mosakodás), továbbá érzelmi és szociális támogatás.

Az ugyancsak a községek által biztosított pénzbeli ellátások két típusa: az ápolásra szoruló személy részére a természetbeni ellátásokon kívül a családtagjaik által nyújtott ápolás fejében fizetett havonta max. 450 EUR; valamint az ápolást végző személyek részére fizetett pótlék (*anhöriganstalling*), amely lehetőséget nyújt a 65 év alatti ápolást végző hozzátartozó számára, hogy az adott község alkalmazottjaként lássa el az ápolási teendőket. A pénzbeli ellátások mértéke és a hozzáférés szabályai tekintetében a községek között jelentős különbségek mutatkoznak.

### **2. 2. 2. Hollandia**

A holland ápolási rendszer a konzervatív jóléti állam és ezzel együtt a szubszidiaritás elvén alapul. Az állam csak akkor lép közbe, ha a család már nem tudja kielégíteni az ápolásra szoruló családtag szükségleteit. A társadalombiztosítási tradícióból kiindulva az állam nem teszi döntő kritériummá a finanszírozás kérdését. Ebben a tekintetben a holland modell a svédhez hasonlóan univerzális jellegű.

A holland ápolási rendszer reformjára 2007 és 2015 között több lépésben került sor. 2015-ig átfogó ápolásbiztosítási rendszer volt hatályban, amit az ápolásról szóló törvény (*Algemene wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*) szabályozott. A 2015-ben bevezetett ápolási reform megszüntette az ápolásbiztosítás széleskörű illetékességeit és újraosztotta az illetékességeket.

#### ***Az irányítás struktúrája***

Hollandia decentralizált egységes állam; a törvényhozási kompetencia az államhoz tartozik, amely bizonyos teendők végrehajtását (ápolásbiztosítás, egészségbiztosítás) a decentralis intézményeknek és további alárendelt igazgatási szinteknek delegálja. A holland államigazgatás alárendelt szintjei: 1) a tizenkét tartományból álló regionális szint, amely nem játszik szerepet az ápolás területén; 2) a 355 községből (önkormányzatból) álló kommunális szint. Az ápolás reformja és az illetékességek újraosztása óta a szerepek már nem határolódnak el élesen egymástól. Az állam

szolgáltatási területek szerint strukturálta az illetékességeket, az ápolásbiztosítást és az egészségbiztosítást az önkormányzatokhoz rendelte, maga pedig irányító, koordinációs és felügyeleti funkciót lát el.

### ***Az illetékességek megoszlása a holland ápolási rendszerben:***

- Az ápolásbiztosításról szóló törvény (*Wet Langdurige Zorg – WLZ*) elsősorban az éjjel-nappali ápolás-gondozásra irányul. Az állam irányító szerepet játszik, meghatározza az ápolásbiztosítás járulékait és pénzügyi felelősséget vállal.
- A nem éjjel-nappali gondozást igénylő ápolásra az egészségbiztosításról szóló törvény (*Zorgverzekeringswet – Zvw*) vonatkozik. Az egyes egészségbiztosítási társaságok között szabályos verseny zajlik, a biztosítottak szabad választással rendelkeznek. Az állam irányító szerepet játszik, meghatározza az alapszolgáltatási csomagot, a privát önrészek mértékét és bizonyos szolgáltatások tarifáit.
- Az önkormányzatok a gondozás biztosítása tekintetében illetékesek. Ennek alapja a szociális segélyekről szóló törvény. Az illetékességek megoszlának a központi állam és az önkormányzatok között. Az állam határozza meg keretfeltételeket, az önkormányzatok döntéshozatali mozgásterét, azaz azt, hogy mely gondozási szolgáltatásokat kell biztosítaniuk. Az önkormányzatok döntenek el a gondozási szolgáltatások nyújtásának mikéntjéről.

### ***A finanszírozás struktúrája***

Az ápolásra fordított kiadások 2016-ban a GDP 3,5%-át tették ki, ami a legmagasabb Európában. Az ápolás finanszírozása adó-, társadalombiztosítási és privát forrásokból történik. A kiadások 60%-a a WLZ, 13%-a a Zvw, 27%-a a Wmo (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) keretében nyújtott szolgáltatásokra jut.

- Az ápolásbiztosítás járulékkulcsa a személyi jövedelemadó 9,65%-a, amelynek felső határa fejenként 3.589 EUR. A WLZ szolgáltatásainak igénybevétele során mindenkinek egy országosan egységes önrészt kell fizetnie. Ennek mértéke több tényezőtől függ: az életkor (65 évnél fiatalabb vagy annál idősebb), a családi állapot (egyedülálló vagy párkapcsolatban élő), valamint az ápolás igénybevételének módja (intézményi vagy ambuláns). A beszedett járulékok a holland egészségügyi intézet (*Zorginstituut Nederland*) által adminisztrált ápolási alapba kerülnek. Amennyiben az ápolási alap eszközei nem elégségesek a WZL-szolgáltatások finanszírozásához, a hiányzó összeget a holland kormány az általános költségvetésből pótolja.
- Az egyes biztosítótársaságok forrásai egyrészt a biztosítottak járulékaiból, másrészt az egészségbiztosítási alapból származnak. A biztosítottak járulékaiknak beszedése lényegében két síkon megy végbe: Egyrészt minden 18

év fölötti biztosított biztosítási díjat fizet biztosítójának. Ez évente átlagosan 1.300 EUR-t tesz ki. Másrészt minden 18 év fölötti biztosított személy egy franchise-t is fizet, amelynek mértéke évente max. 385 EUR. A franchise nem terjed ki egyes szolgáltatásokra, mint az általános orvosi és ápolási szolgáltatások. Eltekintve a biztosítási járuléktól és a franchise-tól, bizonyos szolgáltatások igénybevétele esetén a biztosítottaknak privát önrészeket is kell fizetniük. Ezek közé tartoznak: a betegszállítás, a hallókészülékek és az ortopéd cipők. Az egészségbiztosítási alap eszközei a munkavállalók jövedeleमारányos járulékaiból és állami támogatásokból tevődnek össze, amelyek a 18 év alatti személyek ellátását célozzák, ezeket biztosítottanként kockázatokkal kiigazított átalányok formájában fizetik ki a biztosítóársaságok részére.

- Az önkormányzatok egy közösségi alap közvetítésével egy nem célhoz rendelt költségvetést kapnak szolgáltatásaik finanszírozására, amelyek közé az ápolás is tartozik. A költségvetés a helyi lakosság összetételéhez igazodik. Az ápolásra szorulóknak Wmo-szolgáltatások igénybevétele esetén privát önrészt is fizetniük kell. Az önkormányzatoknak egy meghatározott sávon belül kell megállapítaniuk az önrészek mértékét, amely a jövedelemtől, a vagyontól, az életkortól, az ápolásra szoruló személy háztartásának összetételétől, valamint a szolgáltatás jellegétől függ.

### ***A szolgáltatások struktúrája***

A holland ápolási rendszer mind természetbeni, mind pénzbeli szolgáltatásokat alkalmaz, ezek közül a természetbeni szolgáltatások szerepe jelentősebb. 2016-ban a 65 év fölöttiek 13,0%-a vett igénybe természetbeni szolgáltatásokat, ebből 4,4% intézményi, 8,6% ambuláns ápolásra jutott.

Az ápolásra szorultságot a WLZ keretében egy független értékelő központ (*Centrum Indicatiestelling Zorg - CIZ*) állapítja meg, amely egységes országos kritériumok alapján, független, objektív és mindenre kiterjedő értékelést végez. Az ápolásra szorultság megállapítása a Zvw keretében az egészségbiztosítók szerződött intézményeire hárul. A Wmo keretében pedig az ápolásra szorultság megállapítása az egyes önkormányzatok felelősségi körébe tartozik. Az értékelést önkormányzati alkalmazottak végzik, akik megállapítják, hogy az érintett részesülhet-e és mely gondozási szolgáltatásokban részesülhet. Mivel ezen a szinten nincsenek egységes országos kritériumok, a megítélt szolgáltatások volumene tekintetében jelentős regionális különbségek keletkeznek. A WLZ és a Wmo illetékességeinek elhatárolása nem mindig egyértelmű, mivel ez nem a szolgáltatás settingjéhez, hanem az individuális ápolási és gondozási szükségletekhez igazodik. Az önkormányzatok számára emiatt igen nagy a készlet, hogy a magas ápolási igényű személyeket a

WLZ-be sorolják, mivel a WLZ az otthoni ápolás területén is illetékes, amennyiben éjjel-nappali gondozás válik szükségessé.

### **2. 2. 3. Spanyolország**

A spanyol ápolási rendszer a mediterrán jóléti állam modelljét követi. Ez a magánszemélyek és családjaik felelősségi körébe utalja az ápolást, az állam másodlagos szerepet játszik, az informális ápolás nagy jelentőséggel rendelkezik. A család tradicionálisan domináns szerepével összefüggésben az ápolásra fordított állami kiadások viszonylag alacsonyak, miközben a privát önrészek magasak.

Az ápolási rendszer jelenlegi kereteit a 2007-ben elfogadott ápolási törvény (*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia; 39/2006 sz. törvény*) adja meg. Ez univerzális és a szükségleteknek megfelelő jogosultságokat biztosít, a hozzáférést szubjektív jognak tekinti. A 2008-ban bekövetkezett pénzügyi válság következtében csökkentek az állami kiadások és megnyirbálódtak a szolgáltatások.

#### ***Az irányítás struktúrája***

Spanyolország decentralizált egységes állam, az önkormányzati szervek állami felügyelet alatt állnak. A törvényhozási kompetenciák az állam hatáskörébe tartoznak, amely a 17 autonóm régióknak delegálja az egészségügyi és szociális teendőket. A 8.122 önkormányzat alárendelt szerepet játszik. Az állam megteremti a jogi keretfeltételeket, egyeztet a régiókkal a szolgáltatási kínálatot és a finanszírozás feltételeit, rögzíti az ápolási szolgáltatások szükségletektől függő, országosan egységes minimumát.

A régiók teremtik meg az ápolás operatív struktúráját, koordinálják a szolgáltatásokat, egy országos skála alapján értékelik az ápolásra szorultságot. Mint önkormányzati testületek önállóan meghatározzák a regionális adókat, a bevételeket pedig egyebek között ápolási szolgáltatásokra fordítják.

#### ***A finanszírozás struktúrája***

2016-ban a spanyol ápolási rendszer kiadásai a GDP 0,9%-át tették ki (EU átlag 1,3%). Az ápolás finanszírozása általános adóforrásokból (79%) és privát hozzájárulásokból (21%) történik. Az állami finanszírozás 2018-ban 8,3 milliárd EUR-t tett ki.

Az ápolási kiadások állami részét a kormányzat és a régiók általános adókból finanszírozzák. Ezzel kapcsolatban három különböző szolgáltatási csomag különböztethető meg: 1) a kormányzat által finanszírozott szolgáltatási alapsomag;

2) a kormányzat és a régiók által együttesen finanszírozott kiegészítő csomag; és 3) a régiók által finanszírozott regionális kiegészítő csomag, amelynek keretében a régiók további szolgáltatásokat is kínálhatnak. Az ápolási kiadások adóforrásokból finanszírozott kormányzati része 16%, a regionális adókból finanszírozott rész 63%.

A privát háztartások az ápolási kiadások egyötödét viselik. A privát önrészek jövedelemarányosak, de a szolgáltatások jellege szerint különbözők. A privát hozzájárulás egyes esetekben, elsősorban bentlakásos intézményi szolgáltatások igénybevétele esetén akár az összköltségek 90%-át is elérhetik.

### ***A szolgáltatások struktúrája***

A természetbeni szolgáltatások az összes ápolási szolgáltatás 57%-át teszik ki. A 39/2006 sz. törvény ezeket helyezi előtérbe, a pénzbeli ellátások inkább kivételnek számítanak. Másrészt Spanyolországban az ambuláns szolgáltatások vannak túlsúlyban a bentlakásos intézményi szolgáltatásokkal szemben. Az ápolásra szoruló személyek 32%-a ambuláns, 13%-a intézményi szolgáltatásokat vesz igénybe. A 65 év fölöttiek körében 2018-ban 2,2% vett igénybe intézményi, 8,8% ambuláns ápolást. Más európai országokhoz viszonyítva a formális ápolási szolgáltatásokat igénybe vevők aránya alacsonyabb, ami az informális ápolás jelentőségét tükrözi.

A legfontosabb természetbeni ellátások: ambuláns és intézményi ápolás, (speciális) nappali központok, technikai támogatás (internetes tanácsadás, forródrót, felügyeleti rendszerek).

Pénzbeli szolgáltatások az informális ápolásért és a saját háztartásban igénybe vett támogatásért, valamint természetbeni szolgáltatások vásárlásáért biztosíthatók és csak meghatározott célokra fordíthatók. A havi pénzbeli szolgáltatások az ápolásra szorultság mértékéhez és az érintettek pénzügyi lehetőségeihez igazodnak: 2018-ban ezek informális ápolás esetén 153 EUR (1. ápolási fokozat) és 387,64 EUR (3. ápolási fokozat), személyes támogatás és természetbeni szolgáltatások vásárlása esetén 300 EUR és 715 EUR között mozogtak.

### ***A geriátriai rehabilitáció helyzete***

#### ***9. 3. 2. Kórházi geriátriai rehabilitáció***

A kórházi geriátriai rehabilitáció már az 1990-es évek közepén, az ápolásbiztosítás bevezetésével párhuzamosan támogatásban részesült. Erre kezdetben a Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium és nem a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium hatáskörében került sor. Norbert Blum, az akkori szövetségi szociális miniszter meggyőződése volt, hogy a geriátriai rehabilitáció csökkenti, vagy akár megelőzi az ápolásra szorultságot. A támogatásra különböző programok keretében

került sor, amelyek a szövetségi tartományok kétharmadára terjedtek ki. A legutóbbi felmérés szerint 159 intézmény nyújtott kórházi geriátriai rehabilitációs szolgáltatásokat, összesen 8.173 hely állt rendelkezésre, évente 122.932 betegek kezeltek. Az elmúlt évben enyhe növekvő tendencia volt tapasztalható. A betegfelvételek többségére akut eseményt követően került sor. A házi orvos vagy a Betegpénztárak Orvosi Szolgálata által beutaltak aránya nem éri el a 10%-ot.

A kórházi rehabilitáció, neurológia nélkül, jelenleg egy esetre 4.000 EUR-ba kerül, a stroke kezelése már költségesebb. Költség-haszon és költség-hatékonyság elemzések nem állnak rendelkezésre. A szerzők szerint az utóbbi évtizedekben több trend körvonalazódik. A stroke-betegek geriátriai rehabilitációját a neurológiai rehabilitációba irányították át, miközben az izom-csontrendszeri megbetegedésekben szenvedők aránya a geriátriai rehabilitáció területén növekedett. A születéskor várható élettartam növekedése folytán a rehabilitálandó tüdőbetegek aránya is növekedik. Ezenkívül számos rehabilitálandó személynek rövidesen bekövetkező (demencia) vagy újonnan fellépett (delírium) kognitív károsodásai vannak. A rehabilitációs eljárások időtartamának témáját még nem sikerült kimeríteni. Miközben nemzetközi összehasonlításban a neurológiai rehabilitáció időtartama aránytalanul hosszú, más indikációknál túl rövid, ill. az ambuláns vagy mobil rehabilitációs formákra való áttérés sikertelen. Továbbá most már lassan tíz éve nem következik be változás a tartományok geriátriai rehabilitációs kapacitásai tekintetében, holott ezek fölös ágyakkal rendelkeznek és az elmúlt tíz évben makacsul megtagadták a kórházi geriátriai rehabilitáció megfelelő struktúrájának kiépítését.

### ***9. 3. 3. Ambuláns geriátriai rehabilitáció***

Az ambuláns geriátriai rehabilitáció tartalmi jelentősen eltérnek a kórházi fázistól. Ennek súlypontja a lakáson kívüli mobilitás és az inklúzió helyreállítására esik. A terápiák frekvenciája és intenzitása meghaladja a kórházi területét. A betegek többsége terápiás naponként ötnél több terápiás egységben részesül. Az intenzitás jóval meghaladja a kórházi fázis szintjét. Ez a szakasz protézist viselő lábamputáltaknál és közepesen súlyos neurogeriátriai eseteknél, a tartós felépülés érdekében sokkal fontosabb. A második csoportot azok a betegek alkotják, akik közvetlenül az akutfázist követően ambulánsan továbbkezelhetők. A lakás akadálymentessége és megfelelő otthoni támogatás esetén az ambuláns rehabilitáció kedvezőbb költségű és tartósabb hatású, mint a kórházi. A rehabilitációs eljárások összeségét tekintve és közegészségügyi szempontból az ambuláns geriátriai rehabilitáció ugyan rendkívüli potenciállal rendelkezik, ténylegesen azonban jelenleg az alacsony esetszámok miatt kevésbé járul hozzá az ápolásra szorultság csökkentéséhez.

### **9. 3. 4. Mobil geriátriai rehabilitáció**

Az otthoni környezetben történő rehabilitáció a rehabilitáció formáinak harmadik pillére. Az e célból igénybe vett szolgáltatók száma az utóbbi öt év során pozitívan alakult. Miután kezdetben a szolgáltatók iránti érdeklődés mérsékelt volt, 2018-ban már 15 ilyen intézményt vettek igénybe, amelyek 1.710 mobil geriátriai rehabilitációs eljárást biztosítottak. Ez a trend folytatódni látszik. A szerzők szerint az MDS-irányelv (Keretajánlás a mobil geriátriai rehabilitációs tevékenységekhez, 2007) megfogalmazása kezdetben túl restriktív volt és jelenleg folyamatban van annak átdolgozása. A mobil geriátriai rehabilitáció tartalma, frekvenciája és intenzitása eltér az ambuláns és a kórházi rehabilitációtól. Ezek a terápiák kizárólagosan egyediek. A beszédhibás vagy kognitív károsodásban szenvedő betegek hozzátartozóik jelenlétében könnyebben gondozhatók, mint kórházban. Ugyanez érvényes a multirezisztens csírákkal fertőzöttekre, akiket kórházban izolálni kell. További fontos célcsoportot képeznek az érzékszervi korlátozottak (vakok, süketek), akik saját környezetükben jobban eligazodnak. A mobil rehabilitáció rövid idejű ápolás keretében is alkalmas eljárásnak bizonyul.

### **9. 5 Az ápolásra szoruló időskorúak rehabilitatív ellátási struktúrái Európában**

Miközben az ápolásra szoruló személyek szükségletei között alig van különbség, az egyes országok rehabilitációs ellátási struktúrái és kapacitásai között jelentős eltérések vannak. Több európai országban egyáltalán nem állnak rendelkezésre geriátriai rehabilitatív ellátási struktúrák. Ott pedig, ahol a megfelelő struktúrák léteznek, a kapacitások (intézmények és ágyak száma) jelentős mértékben különböznek. A 100.000 lakosra jutó ágyak száma pl. 0 és 70 között mozog. Az elaggott, multimorbid betegek részére a kórházi rehabilitációs programok keretében nyújtott rehabilitatív eljárásokra csaknem minden esetben aktív fekvőbeteg ellátást követően kerül sor.

#### ***„Skilled Nursing Home Facilities“, a geriátriai rehabilitáció helyszíne***

Az egyes európai országok közötti legnagyobb különbség a geriátriai rehabilitatív settingek tekintetében tapasztalható. Az elaggott, multimorbid személyek részére a fekvőbeteg rehabilitatív eljárásokra speciálisan képzett ápolószeméllyel és elkülönített személyi állománnyal rendelkező ápolási otthonokban került sor (*Skilled Nursing Homes Facilities, SNF*). Ezzel szemben Németországban a geriátriai rehabilitáció fekvőbeteg klinikai settingekben történik. A német ápolási intézmények jelenleg nincsenek felkészülve arra, hogy geriátriai team bevonásával rehabilitációs programokat nyújtsanak. Léteznek bizonyos kompenzációs törekvések, pl. a mobil geriátriai rehabilitáció közvetítésével és fejlesztés stádiumában vannak innovatív kezdeményezések, mint a REKUP-modell, ezek

azonban nem a klasszikus geriátriai rehabilitáció célcsoportjaira összpontosulnak. Hollandiában pl. a „*Skilled Nursing Home Facilities*“ keretében betegségentítések szerint differenciálják a betegeket. Speciális egységekben gondozzák a rákos megbetegedésekben, a stroke-ban szenvedő és a demens betegeket. Ezekben az intézményekben az orvosi ellátást mindennapi jelenléttel és éjszakai telefonos készenléttel biztosítják. A geriátriai rehabilitatív settingek/programok keretében az európai országokban az ápolási idő 7 és 65 nap között mozog. További kihívást jelent a geriátriai rehabilitáció standardizálása egy európai szintű „*best practice*” irányelv keretében.

### ***Az ápolásra szorultság helyzete Németországban. Az ápolási ellátások igénybevétele***

#### ***16. 3. Az ápolásra szorulóknak terápiai ellátásnak adatai***

##### ***16. 3. 1. Ambuláns orvosi ellátás***

###### ***Az ápolási szolgáltatások igénybevétele***

2018-ban az ápolásra szoruló személyek 96,1 %-a negyedévente átlagosan legalább egy alkalommal orvoshoz fordult, azaz elszámolást tett szükségessé. Az ápolásra szorulóknak 89,6 %-a negyedévente legalább egy alkalommal házi orvoshoz, 71 %-a szakorvoshoz fordult. A leggyakrabban felkeresett szakorvosok: az urológusok (negyedévente a férfiak 18 %-a) és a neurológusok (mindkét nemnél 18%). Jelentős különbségek vannak az ambulánsan (otthoni környezetükben) és a bentlakásos ápolási intézményben ellátottak között. A házi orvosok igénybevétele teljes körű fekvőbeteg kontextusban 97%, ambuláns settingben 88% volt.

##### ***16. 3. 2. Otthoni betegápolás***

A kötelező betegbiztosítás tagjai bizonyos feltételek mellett otthoni betegápolásra jogosultak. A szolgáltatás előfeltétele, hogy sem a biztosított, sem a vele egy háztartásban élő személy nem tudja biztosítani a szükséges és felírt ápolási műveleteket. Az otthoni betegápolás tekintetében megkülönböztetendők az olyan esetek, amikor a cél a kórházi kezelés megelőzése, ill. a beteg állapotának főleg kórházi tartózkodást követően bekövetkező rosszabbodása, valamint az olyanok, amelyek az orvosi kezelés biztosítására irányulnak. Otthoni betegápolás esetén a 2-ik ápolási fokozatba sorolt személyek nem jogosultak alapápolásra és háztartási segítségre. A teljes körű bentlakásos ápolási intézményekben lakók részére a betegápolási szolgáltatásokat az ápolásbiztosítás keretében nyújtják. A betegápolást

különösen magas kezelési szükséglet esetén a bentlakásos ápolási intézményekben kivételes módon a betegbiztosítás is finanszírozhatja.

### ***16. 3. 3. Bentlakásos intézményi ellátás***

#### ***Az ápolási szolgáltatások igénybevétele***

2018-ban negyedéves átlagban csaknem minden ötödik ápolásra szoruló személyt (18,7%) legalább egy alkalommal kórházban kezeltek. Az ápolásra szorulóknak negyedévente 1,4, évente 2,1 alkalommal részesültek kórházi kezelésben. A több alkalommal kórházban kezelt ápolásra szoruló személyek többsége tehát rövid időn (egy negyedéven) belül többször került kórházba. Az ápolásra szorulóknak alkalmanként évente átlagosan nyolc napot, az ápolásra nem szorulóknak öt napot töltöttek kórházban. A kórházi tartózkodás időtartama összefügg az életkorral. A 19 éven aluli ápolásra szoruló személyek esetenként évente átlagosan hat, a 90 év fölöttiek kilenc napot, tehát 50%-kal több időt töltöttek kórházban. Az ápolásra szorulóknak 11 %-a, az ápolásra nem szorulóknak 2%-a kórházi kezelése során meghalt.

### ***16. 3. 4. Gyógyszerellátás***

Az elemzés a potenciálisan kockázatos gyógyszerreceptekre összpontosít, amelyek növelhetik a nem kívánt gyógyszeres események veszélyét. Speciálisan több gyógyszer egyidejű felírásáról (polimedikáció), valamint időskorúak részére potenciálisan nem javasolt gyógyszerekről van szó, amelyeket az ún. PRISCUS-Lista részletez [***PRISCUS-Liste*** vagy ***Gelbe Liste***: az időskorúak részére nem ajánlott, 18 gyógyszerkategóriához tartozó 83 gyógyszert tartalmazó lista: <https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf> ; <https://www.gelbe-liste.de/arzneimitteltherapiesicherheit/priscus-liste> – a szerk. ].

#### ***Időskorúak többszörös gyógyszerzése***

A morbiditás fokozódásával, ill. az életkor előrehaladtával fennáll a többszörös gyógyszerzés veszélye. A gyógyszeres terápiák halmozódása az adott hatóanyagok nem kívánt kölcsönhatásával jár. Az ápolásra szoruló személyek kétharmada (60,6%) 2018-ban minden negyedévben, az ápolásra nem szorulóknak 11,6%-a öt vagy annál több hatóanyagot kapott. A többszörös gyógyszerzéssel (legalább öt hatóanyaggal) kezelt aránya az ápolási otthonokban (teljeskörű bentlakásos ellátásban részesülők), valamint a természetbeni és kombinált szolgáltatásokban részesülők körében volt a legmagasabb (68,2%), a kizárólagosan pénzbeli ellátásban részesülők körében pedig a legalacsonyabb (57,3%). A hatóanyagok rátája a 70 és 74 év közöttiek körében volt a legmagasabb: az érintettek egynegyede

(25,4 %) negyedévenként tíz vagy annál több különböző hatóanyagra szóló receptet kapott. Ez az érték négyszer annyi volt, mint a hasonló életkorú, ápolásra nem szoruló személyeknél (4,8 %).

**Peter Willenborg, Wissenschaftliches Institut der AOK**

Telefon +49 30 34646 – 2467 Fax +49 30 34646 – 33 2467 E-Mail [presse@wido.bv.aok.de](mailto:presse@wido.bv.aok.de)

**Recenziós példányok:**

Uschi Kidane | Springer Verlag | 49-6221 4878166 | [uschi.kidane@springer.com](mailto:uschi.kidane@springer.com)

[*Lásd még: Jelentés az ápolás helyzetéről – Pflege-Report, 2015. 18. sz.; 2016. 8. sz.; 2017. 13-14. sz.. Egységes szerkezetben: 2017. 15. sz. és az Archívumban is; 2018. 14. sz.; 2019. 14-15., 17., 19., 24. sz.; 2020. 3-4., 6-8.– Egységes szerkezetben: 2020. 8. sz. és az Archívumban is.*]