

Gertrud M. Backes et al.: A nemek közötti munkamegosztás tapasztalatai Európában az ápolás területén
Geschlechterpolitik zu Pflege/Care
 Friedrich Ebert Stiftung, WISO Diskurs, 2011. július

1. 2. Az idősekről való gondoskodás a jóléti államban:

Esping-Andersen a jóléti állam három típusát különbözteti meg: a liberális, a konzervatív (konzervatív-korporatív) és a szociáldemokrata (univerzalisztikus) modellt, amelyek mellett Spanyolország adekvát besorolása érdekében, egy negyedik, ún. „posztautoriter” típust is felsorol.

A jóléti állam típusai:				
	Liberális	Konzervatív	Szociál- demokrata	Posztautoriter / rudimentáris
Kommodifikáció	magas re-kommodifikáció, liberális munkaetika	közepes de-kommodifikáció (család-fenntartók részére)	magas de-kommodifikáció	vegyes rendszer, a foglalkoztatás formáinak fokozódó deregulációja
Privatizáció	magas privát kiadások az időskorúakra és az egészségre	alacsony – közepes kötelező társadalombiztosítás	alacsony – közepes szociális alapbiztosítás	a privát felelősségből kiindulva az állami felelősség felé halad
Familiarizálódás	marginális jelentőségű	központi családpolitika	marginális jelentőségű	Egyrészt individuum-központú, másrészt családközpontú
Az igazságosság felfogása	magas egyenlőtlenség, szolgáltatások igazságossága	stabil szociális egyenlőtlenség, korporatisztikus, szükségletek igazságos kezelése	csekély szociális egyenlőtlenség, elosztás igazságossága	modernitás, újraelosztás, nemcsak járulékok szerinti szolgáltatások, ezzel egyidejű szelektív prekarizálódás
Országok	Svájc (vegyes forma, konzervatív)	Németország, Belgium, Franciaország, Olaszország	Dánia, Svédország, Finnország, Hollandia (a liberális és a konzervatív típus számos elemével)	Spanyolország

A nemzetközi összehasonlítás azt bizonyítja, hogy jelenleg a szociálpolitikának az EU általi európaizálása keretében új politikai irányítási mechanizmusok alkalmazására kerül sor, amelyek a különböző jóléti állami modellek közeledéséhez vezetnek. Ezek a közeledési folyamatok elsősorban a gondoskodási szolgáltatások reprivatizációjára és a munkaképes felnőttek keresőtevékenységbe való fokozottabb mértékű visszaterelésére vonatkoznak (beleértve a gondoskodó tevékenységet végző nőket). A nemek közötti munkamegosztás elemzése tekintetében a hagyományos „kenyérkereső férfi / ápolást végző nő” (családfenntartó modell) mellett más modellek is megjelennek: a „kenyérkereső férfi / részmunkaidős nő” (modernizált családfenntartó modell, a nő hozzájárulásával), a „két kereset / ápolást biztosító állam” (az állam általi erőteljes tehermentesítés a gondozási infrastruktúra által), a „két kereset / ápolást biztosító piaci szolgáltató” (erőteljesen privát gazdaság alapján szervezett gondozási infrastruktúra), valamint a partnerek közötti egyenlőség alapján működő „két kereset / két ápolást végző személy” modellje.

A személyre szabott szociális szolgáltatások tipológiája:			
	Piaci jellegű szolgáltatások modellje	Családi vegyes modell	Szolgáltatások modellje
Kommodifikáció	nők foglalkoztatásának nagy mértéke	disemployment-stratégia, nők foglalkoztatásának alacsony mértéke	nők foglalkoztatásának nagy mértéke elsősorban a szolgáltatások területén
Privatizáció	piaci jellegű foglalkoztatás terjedése az alacsony bérű szektorban, erőteljes polarizációval (osztályra, etnikumra, nemekre vonatkozóan, nemek között)	a familiarizált, szociális állami szolgáltatások viszonylag magas aránya, az alacsony bérért végzett munka közepes (olykor csekély) aránya a gondoskodás területén	Kiépített közszolgáltatások, professzionális gondoskodási tevékenység
Az igazságosság felfogása	magas egyenlőtlenség	az életstandard viszonylag magas átlagos színvonala, magas transzfer / biztosítási szolgáltatások	csekély szociális egyenlőtlenség, magas adózási kvóta és bürokratizálódás mellett
Országok	Olaszország, Franciaország, Spanyolország (jelenleg a szolgáltatási modellre való áttérés szakaszában)	Németország Emilia-Romagna Régió (Olaszország)	Svájc, Belgium (elsősorban a flamand régió), Dánia, Hollandia, Finnország, Svédország

2. Az európai országok kezdeményezéseinek összehasonlítása

2. 2. Az ápolási tevékenységnek a privát szférából való kiemelése:

Az ápolásnak a privát életből, általában a nők, a hozzátartozójukat otthonukban gondozó nők hatásköréből való kiemelése tekintetében a tanulmányban elemzett tíz ország különböző utakon jár. Ennek során az a kérdés, hogy miként lehetne befolyásolni a nemek közötti viszonyt, csak másodrangúan merül fel. A vita inkább az időskorúak (otthoni) ápolásának és gondozásának alapvető biztosításáról szól. Egyes országok hivatásos segítők rendszerének kiépítésére tendálnak, mások többnyire a nők és az alacsony képzettségű bevándorlók foglalkoztatásának legalizálására törekednek.

2. 2. 1. Mely szolgáltatások tartoznak az ápolás körébe?

Olaszországban (Emilia Romagna tartományban) és Belgiumban részletes szükségletvizsgálatra kerül sor. A refinanszírozás lehetőségei ennek ellenére korlátozottak. Belgiumban például havi 130 eurót fizetnek a szélesebben értelmezett egészségügyi szolgáltatásokat kiegészítő ápolási tevékenységért.

Dániában és Hollandiában az életkortól, a jövedelemtől, a vagyontól, az életformától és az otthoni ápolás potenciáljától függetlenül biztosítják az egyes esetekben szükséges és a közösség által biztosítandó szociális és ápolási szolgáltatásokat. A szükségesnek látott szolgáltatásokat (az otthoni ápolás kivételével) privát költségtérítés nélkül biztosítják. De a szükségleteket ebben a rendszerben sem sikerül teljes mértékben lefedni. Hollandiában kimutathatóan terjed a hozzátartozók (elsősorban nők általi) otthoni ellátása és ezzel összefüggésben a nők rész munkaidős munkavállalása. Ezzel ellentétes példák idézhetők az olaszországi Emilia Romagna tartományból, Finnországból és egyes spanyolországi régiókból, ahol a mindennapi élet szükségleteihez tartozó szolgáltatásokat nyújtanak és részben refinanszíroznak.

Svédországban az ápolási szolgáltatások univerzális és járulékoktól független biztosítása dominál, amelyek formális szolgáltatók bocsátanak rendelkezésre a természetbeni ellátás elve alapján. Az informális ápolás pénzbeli ellátás formájában való támogatása ezzel szemben csekély szerepet játszik.

Svájcban, Dániában és Svédországban a más országokban a hozzátartozók által végzett, elsősorban testközei ápolást, „természetszerűen” áthárítják a professzionális szolgáltatókra és inkább intézményben helyezik el hozzátartozóikat.

2. 2. 2. Melyek a privát és a hivatásos ápolás közötti határok?

Az ápolási tevékenység nemzetközi összehasonlításban is mind privát, mind hivatásos kontextusban női jellegű. A „segítséget nyújtó” férfiak száma

Németországban, Svájcban, Olaszországban, Spanyolországban egyaránt homályba vész. Az elemzett országok közül még egyiknek sem sikerült, hogy a bevezetett intézkedések segítségével megakadályozzák az alacsony képzettségű és eddig keresőtevékenységet nem végző (többnyire nők) túlsúlyát az otthoni ápolásban. Az otthoni ápolásban a házasársak általi ápolás éppen azokban az országokban dominál, ahol hangsúlyozzák az ápolás iránti társadalmi felelősséget (Svájc, Svédország, Dánia). Az intergenerációs ápolás tekintetében továbbra is a lányok és menyek állnak az első helyen. Említésre érdemes, hogy az alacsony képzettségű nőknek a szolgáltatási szektorban, így az ambuláns idősápolás területén való foglalkoztatottsága Dániában igen magas.

Finnországban (kommunális szolgáltatás), Hollandiában (személyes költségvetés), Spanyolországban (másodrangúan, de igénybe vett pénzbeli ellátás), Franciaországban (jövedelemvizsgálattal összefüggő pénzbeli ellátás) és a Flamand Közösségben (regisztrált ápoltak, pénzbeli ellátás) a biztosítási rendszer lehetővé teszi, hogy a hozzátartozójukat ápoló személyek pénzbeli ellátásban részesüljenek.

2. 2. 3. Az infrastruktúrák helyzete:

Az infrastruktúrák kiépítésének sarkalatos elemei a szolgáltatások hálózatba szervezése és összeegyeztetése. Egyrészt figyelembe kell venni a regionális adottságokat, másrészt el kell kerülni az ellátásban jelentkező hézagokat. Belgium kötelező egészségbiztosítási rendszere folytán egy olyan irányító instrumentummal rendelkezik, amely ugyan megengedi a regionális orientációt, de képes biztosítani az infrastruktúrához való egyenlő hozzáférést. Belgiumban a Case-Management-központok, akárcsak a háziorvosi modell, egyben építőelemként és ajtónyitóként működnek. Regionális szinten hasonló törekvések nyilvánulnak meg Emilia Romagna tartományban.

Dániában és Belgiumban az időskorúak adekvát lakáskörülményei, a lakásnak az életkor követelményeihez való adaptálása alapvető szükségletnek, illetve alapjognak számít. A lakás finanszírozása önerőből történik, amihez opció szerint lakástámogatás, illetve szociális segély igényelhető.

Svájcban, Franciaországban és Belgiumban a lakás (nem kell minden lakást egyformán akadálymentesíteni?) és a testi ápolás kérdéseit egymástól szétválasztva kezelik.

Emilia Romagna tartományban az ún. gerontológiai szakegységek azon személyek tekintetében illetékesek, akik mindennapi életvitelükben korlátozottak. Dániában egyre szélesebb körben alkalmazzák a személyre szabott tanácsadást azon időskorúak részére, akik még nem részesülnek segítségben és akik segísége szorulnak. Belgiumban a tanácsadás minden polgár rendelkezésére áll.

2. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

Az idősápolás Németországban és Európában az elmúlt évtizedekben vált hivatásszerűvé. A nemzetközi összehasonlításokból egyértelmű, hogy a területet a nők dominálják. Az idősápolás területén általában alacsonyabb képzettségűek dominálnak, a nemek közötti és ágazati összehasonlítás szerint alacsony jövedelmek jellemzőek (kivéve Hollandiát és Svédországot). Az idősápolás területén az északi országok kivételével a részmunkaidős foglalkoztatás dominál. Az egyes országok egészségügyi rendszerében jól megfigyelhető a magas képzettségű és a betanított, illetve alacsony képzettségű ápolók közötti kihangsúlyozott diskrepancia. Egyes országokban (elsősorban Svájcban és Dániában) (specifikus származási országokból érkező) magas képzettségű migránsok találhatóak, de jellemző az alacsony képzettségű migránsok ápolótevékenysége is (Svájcban, Olaszországban, Spanyolországban, Franciaországban és egyre inkább Dániában, Hollandiában és Finnországban), akik más szektorokban, az idősápolásban és a mindennapi élet szükségleteihez kapcsolódó szolgáltatások (szociális-ápolási tevékenységek) területén is megjelennek.

2. 3. 1. Hatást gyakorol-e a képzés és a továbbképzés a nemek közötti munkamegosztásra az ápolás területén?

A terepen végzett ápolási tevékenységben nem mindenben követel magas képzettséget. De valamennyi tevékenység megkövetel egy bizonyos kompetenciát, amelyet a továbbképzés és a szupervízió során el kell sajátítani. Ebben a tekintetben sokat tanulhatunk Svájctól, Olaszországtól és Belgiumtól, ahol különbséget tesznek a szociális-egészségügyi és az egészségügyi-ápolási segítségnyújtás között. Belgiumban a szociális gondozást, ill. tanácsadást és a mindennapi élet megszervezését, valamint a fizio- és az ergoterápiát az ápolás szempontjából releváns tevékenységekként ismerik el. Ezenkívül a háztartáshoz közeli szolgáltatások tekintetében lehetőség van egy „*service cheque*” alkalmazására (ld. Finnország). Hasonló struktúrák működnek Emilia Romagna tartományban (Olaszország), Spanyolországban („*home help services*”), valamint a spanyolországi Galícia régióban („*assistential cheque*”).

Az idősápolás területén ellátandó teendők differenciált szemlélete rávilágít az egészségügyben, a fogyatékosügyben, az idősápolási rendszerekben gondozottak kombinált ellátásának lehetőségeire. Az egyes területek közötti nyitással elképzelhetővé válik a vertikális és horizontális továbbképzés, illetve a területek közötti átjárhatóság (ld. Svájc, Belgium, Franciaország, részben Németország), ami ugyancsak lehetőséget kínál a pályaváltásra és a karrier alakítására.

2. 3. 2. Befolyásolhatja-e a jövedelemszint a nemek közötti munkamegosztást?

Egyes országokban (Olaszországban, Franciaországban) tarifaszervezésekben szabályozzák a minimálbért. Olaszországban például az idősápolás területén

dolgozók számára megszabják a minimális képzettség feltételeit és a minimálbért, ami egyben azt a célt is követi, hogy szabályos mederbe terelje az illegálisan működő ápolók munkaviszonyát.

Franciaországban intézkedéseket vezettek be az ápolók munkaidejének szabályozására és a munkaidő meghosszabbításának megakadályozására. A tarifapolitikai intézkedések azonban adott esetben kontraproduktívak lehetnek, amennyiben nem változnak meg a további keretfeltételek és a refinanszírozás módzatai.

Pozitív példa Svédország, ahol jól kiépítették a professzionális ápolótevékenységet, amely hozzájárul a nők foglalkoztatási kvótájának javításához. Európai összehasonlításban a svéd ápolók a legképzettebbek és a legmagasabb bérekkel rendelkeznek. Becslések szerint a tartós ápolás terén dolgozók tíz százaléka egyetemi végzettséggel és több mint a fele szakképzettséggel rendelkezik.

2. 3. 3. Léteznek-e támpontok az idősápolás és a „női munka” közötti társítás feloldására?

Az idősápolás területén a nemek közötti munkamegosztás az elemzett országokban hasonló. Ez többnyire alacsony képzettséggel és a részmunkaidős foglalkoztatás magas arányával társul. Ez egyaránt érvényes Németországra, Dániára, Hollandiára, Svédországra, Finnországra és Svájcra. Ennek megfelelően a gender-politikai opció nem szorítkozhat az ápolói hivatásnak a férfiak körében való vonzóbbá tételére, hanem egy nemzeti és regionális szociálpolitikai alaporientációban kell megnyilvánulnia, amely felismeri, hogy nemétől függetlenül bárki végezhet ápolói tevékenységet.

2. 4. Az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetése:

2. 4. 1. Kezdeményezések a nemekről alkotott kép megváltoztatására:

A nemekről alkotott kép Svájcban különösen ambivalens: Egyrészt az idősekről való gondoskodás erőteljesen családorientált, másrészt intézkedéseket vezettek be annak érdekében, hogy a családi eltartási kötelezettségeket csak kivételes esetekben kelljen teljesíteni. Az otthoni ápolás, amely Svájcban az ellátás 60%-át teszi ki, családi segítség nélkül nem lenne teljesíthető. Ezeket a többnyire nem testápolásra irányuló gondoskodási szolgáltatásokat nem definiálják ápolásként és nem is adminisztrálják olyanként. Svájcban az ápolást végzők egyharmada férfi, ami nemzetközi összehasonlításban kiemelkedő arány. A kapcsolatrendszer elemzése kimutatta, hogy az ápolást végző férfiak kétharmada házastársát látja el, az ápolást végző fiúk pedig többnyire nem házasok. Ennek ellenére az ápolási tevékenységnek a nők általi ellátását továbbra is a kettős és többszörös megterhelés, továbbá a családi élet és a munka összeegyeztetésének kihívása (az ápolást végző nők magas részmunkaidős aránya) jellemzi.

Dániában az idősápolási szolgáltatásokat személyre szabottan tervezik és biztosítják, ennek megfelelően a törvény nem definiálja, hogy ki számít ápolást végző hozzátartozónak vagy gondozó személynek. A nőknek a keresőtevékenységbe való magasfokú integrációja és a gondoskodás iránti állami felelősségvállalás megszűntetni látszik a nemek közötti hierarchiát és tehermentesíti a nőket. A gyakorlat szintjén azonban nyilvánvaló, hogy a nők és férfiak szerepet vállalnak az otthoni ápolásban, mivel a 64 év fölöttiek 5%-a részesül legalább hetente a hozzátartozók vagy az ismerősök általi segítségben a testi tevékenységekkel összefüggésben. A nemek szerepéről alkotott kép Dániában, Finnországban, Hollandiában és Svédországban hasonló.

Olaszországban ezzel szemben a családi otthoni ápolást továbbra is az ellátás központi elemének tekintik, amelyben a nőre hárul a főszerep. A regionális szabályozások megpróbálják megosztani az ápolás terhet az érintettek, a hozzátartozók, a professzionális szolgáltatók, az önkéntesek, az önkormányzatok között.

Franciaország és Spanyolország azzal tűnik ki, hogy többnyire nem tematizálják a nők által szervezett otthoni ápolást, hanem implicit intézkedéseket hoznak az adott csoport tehermentesítése érdekében. Az idősápolás mindkét országban betanított személyzetre számít, azt a női munkaerő foglalkoztatásának piacaként fedezik fel (beleértve a bevándorlási háttérrel rendelkező nőket).

Az ápolási tevékenységben Svédországban is mind az informális, mind a formális szektorban a női munkaerő dominál. Amennyiben az ápolási informálisan a hozzátartozók veszik át, akkor ezek túlnyomórészt nők. Ez azonban elsősorban akkor történik meg, amikor életkoruknál fogva kiváltak a keresőtevékenységből: az ápolást végző hozzátartozók átlagéletkora kb. 65 év, a legmagasabb Európában. Svédországban az informális szektorban az ápolás a szociálpolitika által is megkívánt női foglalkozás.

2. 4. 2. A gondoskodás, a keresőtevékenység és az önkéntesség összeegyeztetése:

Svájcban, Dániában és Svédországban eddig inkább a kórházi és a professzionális ellátás területén vizsgálták a gondoskodás és a keresőtevékenység összeegyeztethetőségét. Azok, akik ezt egyeztetni szeretnék, nem részesülnek tarifaszereződés szerinti vagy egyéb törvényes támogatásban. A gondozást és az ellátást olyan szolgáltatásnak, amelyet betanított személyzetnek kell nyújtania.

A Svájcban nyújtott „személyes asszisztenciát” az otthoni ápolás biztosítására használják, amelyet az ún. „kiegészítő szolgáltatások” (*Ergänzungsleistungen* – EL) rendszeréből finanszíroznak. Hasonló rendszer működik az ápolást végzők részére Dániában, Finnországban és Hollandiában. Az ápolást végző személy vagy az önkormányzat által alkalmazott gondozó egy betanított ápolóéhoz hasonló térítésben részesül. Finnországban lehetőség van a munkabér és az ápolási pénzbeli ellátás kumulációjára, így az ápolást végző hozzátartozók díjazása hozzájárul a jövedelem növekedéséhez.

Németországhoz hasonlóan Spanyolországban felkínálják a lehetőséget a munkanap rövidítésére vagy a maximum egyéves szabadságotra vagy mentesítésre. Belgiumban a munkától való mentesítés minden hozzátartozóra kiterjed, aki részt vesz egy súlyos beteg gondozásában. Ez a munkavégzés alóli egyéves teljes mentesítést vagy kétéves csökkentett munkaidőt jelent. Franciaországban a munkavégzés a nyugdíjjogosultság elvesztése nélkül szüneteltethető. Hollandiában a „*levensloopbeleid*” (életpálya-politika) keretében a munkavégzés alóli mentesítést az indoktól (pl. haldokló ápolása, tartós ápolás) teszik függővé és azt több fokozatban alkalmazzák, az ápolás biztosítása az ún. személyes költségvetések keretében valósul meg. Az ápolás miatti szabadságot Németországban is alkalmazzák (Lásd erről: *Tanulmányok az ápolás és a munka összeegyeztethetőségéről*, 2011. 25. sz.)

3. Ország tanulmányok:

3. 1. Belgium:

3. 1. 1. 2. Az ellátórendszer nemzeti szabályozása:

Az egészségügyi ellátás finanszírozása mind adókból, mind jövedelemarányosan történik. Az ápolásra szoruló személyek ellátásának konkrét szabályozása és annak refinanszírozása még differenciáltabb. Az ellátás a regionális közösségek hatáskörébe tartozik, ezért ennek volumene és módja jelentős eltéréseket mutat.

A kötelező ápolás- és betegbiztosítás szabályozása és finanszírozása a nemzeti kormány hatáskörébe tartozik. Ez az engedélyezett kórházak és az intenzív terápiás ápolási ellátás akkreditációs kritériumainak meghatározására és finanszírozására is kiterjed. Ugyancsak a kormány hatáskörébe tartozik a képesítések szabályozása, valamint a gyógyszertermékek regisztrációja és árkontrollja. A regionális kormányok hatáskörébe tartozik az egészségfejlesztés, az anyasági és gyermekegészségügy, az időskorúak ápolása, a kórházi standardok alkalmazása és a kórházi beruházások finanszírozása. [A Flamand és a Vallon Közösség területén eltérő szabályokat alkalmaznak.]

Az egészségügyi kiadások pénzmozgásai részben nemzeti, regionális, kommunális és privát körben történnek. 2003-ban az egészségügyi költségek 70%-át a „*national institute for sickness and disability insurance*” refinanszírozta. A regionális (1,2%) és a lokális kiadások (2,5%) az érintettek privát befizetéseikhez képest (23%) is elenyészők. Az önkéntes biztosítások a kiadások 4,3%-át fedezik.

A nemzeti egészségbiztosítási rendszer finanszírozása tehát elsősorban jövedelemarányos járulékokból és adóforrásokból történik. Az egészségbiztosításban való tagság kötelező. Ennek ellenére az érintettektől a költségek mintegy 25%-ának megfelelő önrészt várnak el. A költségfizetés két

rendszerre tagolódik: 1. egy térítési rendszerre, amelynek keretében a beteg viseli a költségeket, majd az ambuláns ellátás költségeinek egy részét visszaigényli a „*sickness fund*”-tól; 2. egy háromsztatú rendszer, amelynek keretében a „*sickness fund*” direkt a szolgáltatónak fizet, miközben a beteg önrészt vagy részfizetést vállal, amely a kórházi kezelést és a gyógyszereket fedezi. Az önrészt a kérelmező anyagi helyzetének figyelembevételével évi 450 euróra korlátozzák.

Az időskorúak ápolásának nemzeti szintű szabályozása:

A kötelező biztosítás általi térítés mértéke az igénybevett szolgáltatások jellegétől függ (elsődleges, másodlagos, tercier). Az „elsődleges ellátáshoz” tartozik a 60 év fölöttiek részére 1999-ben bevezetett háziorvosi modell. A betegek bejelentkeznek egy szabadon választható orvoshoz, aki a beteglapjukat (*global medical file*) adminisztrálja. A bejelentkezésre való ösztönzéseként 30%-kal csökkentették az önrészt. A legutóbbi nemzeti egészségügyi felmérés (2006) adatai szerint az elsődleges ambuláns ellátás 95%-át a háziorvosok biztosítják. Új fejlemény, hogy a háziorvosok mellett ápolók és más szakdolgozók részvételével interdiszciplináris munkaközösségek keletkeztek.

2002-ben „integrált otthoni ápolási szolgálatokat” („*Integrated Services for Home Care*” – *GDT-SISD*) állítottak fel, amelyeket a nemzeti egészségbiztosítás refinanszíroz. Ezekben a hálózatokban különböző szereplők, háziorvosok, ápolók, babaasszonyok vesznek részt. Feladatuk a szélesebben értelmezett otthoni ápolás biztosítása egy meghatározott földrajzi területen. A konkurencia megakadályozása érdekében minden egyes régió csak egy ilyen integrált szolgáltatóval rendelkezik.

Az időskorúak részére működtetett szanatóriumokban („*maisons des repos pour personnes âgées*” – *MPRA*) és ápolási otthonokban („*maisons des repos et des soins*” – *MRS*) ápolott időskorúak részére nyújtott szolgáltatások refinanszírozására 2004-ben új rendszert vezettek be. A refinanszírozási kvótákat az ott élő személyek ápolásra szorultságának mértéke és létszáma szerint átalányban számítják ki és azokat direkt módon számolják el az intézménnyel és a kötelező egészségbiztosítással. Ezzel együtt meghatározzák a személyzettel való ellátottságot, annak képzettségét és bérét.

3. 1. 2. 1. A munka és az ápolás összeegyeztethetőségére vonatkozó szabályozások:

A nemzeti jogszabályok rendelkeznek a munka és az ápolás összeegyeztethetőségéről, ami azt jelenti, hogy az egészségbiztosítás finanszírozza az ápolás céljából igénybevett szabadságot és meghatározzák a jogosultság feltételeit. A súlyos betegek keresőtevékenységet végző hozzátartozói számára (másodfokú rokon kapcsolatig) fennáll a szabadságolás lehetősége. Az ápolási szabadság alapvetően 12 hónapig, a részmunkaidő 24 hónapig vehető igénybe. Az állam maximum havi 547,37 euró összegig kompenzálja a bérvesztését.

Gyógyíthatatlan betegség és végső stádiumban levők ápolása céljából ugyancsak igénybe vehető a munkavégzés alóli mentesítés. A mentesítés indokaként elismernek minden pszichológiai, adminisztratív, szociális és egészségügyi szempontot. A mentesítés egy hónapig lehetséges, de (maximum két hónapra) a munkaidő csökkentése formájában is megoldható. A kieső bér kompenzációja a súlyos betegek gondozásához hasonlóan történik.

3. 1. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

Az ápolóképzés a két regionális közösség hatáskörébe tartozik. Ennek megfelelően eltérések is vannak, az ápolóképzés alapelemei azonban a következők:

1. *Diploma nurse (second level)*, szakképzés. Időtartama három év. Előbb egyéves alapképzés, utána specializálódás.
2. *Bachelor nurse (first level)*, ápolóképzőkben és egyetemi szinten. Időtartama három év, a specializálódás céljával (pl. pediátria, pszichiátria, betegápolás, geriátriai ellátás).
3. *Továbbképzések*: specializálódás egy második bachelor-képzésnek megfelelően, ezenkívül a master-szintnek megfelelő továbbképzéseket is szerveznek. Hét egyetemen szerveznek doktorképzést.

Belgiumban a nemek közötti igazságosabb munkamegosztás megteremtésére, az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetésére irányuló törekvések nem jártak sikerrel. Az egyes ápolói foglalkozások nemek szerinti megoszlására vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre.

3. 2. Dánia:

3. 2. 1. 2. Az ellátórendszer szabályozása:

Dániában 1980-ig kizárólag szociális egészségügyi intézményeket működtettek (*nursing homes, care homes, nursing dwellings*). Az 1980-as évek közepe óta az ápolási otthonokban már nem létesítenek új helyeket. Ehelyett kiépítették az otthoni ápolási szolgálatokat (24 órás ápolás), a gondozott otthonok és az integrált ellátás formáit, fejlesztették az otthoni ápolás és a professzionális ápolás összeegyeztethetőségét (az ambuláns prioritása az intézményivel szemben). A törvény szabályozta az idősek szükségleteihez adaptált lakások minimális követelményeit, klasszikus ápolási otthonokban ma már csak a legsúlyosabb eseteket látják el.

A dán ápolási rendszer két jellemzője: a fokozott állami szerepvállalás és az állam egyedüli felelőssége az ápolás területén. Az időskorúak ápolásra szorultság esetén állami támogatásra jogosultak. Az otthoni ápolás és az intézményekben nyújtott ápolási ellátás csaknem ingyenes. Az ápolás megszervezése a 98 önkormányzat feladata.

A regionális és lokális egészségügyi és ápolási kiadások refinanszírozása 75%-ban a „*health care contribution tax*”-ból történik, amelynek összege az adózott jövedelem nyolc százaléka. Ezt állami és önkormányzati támogatások egészítik ki. Ennek elosztása a regionális és lokális struktúrának megfelelően történik. Az egyes esetben szükséges és a közösség által rendelkezésre bocsátandó szociális és ápolási szolgáltatásokat az életkortól, jövedelemtől, vagyontól, életformától függetlenül (az otthoni ápolás kivételével) biztosítani kell. Időről időre felmerül a privát finanszírozású ellátás kérdése, erről azonban nincsenek adatok.

A professzionális otthoni ápolás (*home nursing*) keretében a szükséges kezeléseket biztosítják. Ezt az ellátási formát általában rövid idejű beavatkozásoknál engedélyezik. A felhasználóknak önrészt kell fizetniük.

A mindennapi élet területén (testápolás, háztartás vezetése) nyújtott támogatást (*home care / home help, practical assistance*) többnyire ápolói alapképzettséggel rendelkező betanított dolgozók (*home-help workers, housekeepers*), valamint önkéntesek nyújtják. Az ehhez kapcsolódó természetbeni ellátások pénzbeli ellátásra is átválthatók, ha privát személyek (hozzátartozók, más személyek) alkalmazására kerülne sor.

3. 2. 2. Az ápolásnak a privát szférából való kiemelése:

A 75 év fölötti (vagy annál fiatalabb ápolásra szoruló) személyek, akik még nem vettek igénybe otthoni ápolási szolgáltatásokat, évente két alkalommal ingyenes preventív otthoni látogatásra (*preventative home visits*) jogosultak. Ennek során egy esetmenedzser felméri az egyéni szükségleteket és segítséget nyújt az önálló életvezetés megtervezéséhez.

Az ellátórendszer az ambuláns és a részben bentlakásos ellátástól és a különböző lakásmegoldásokhoz kapcsolódó kínálatoktól a (súlyos állapotban levők) intézményi ápolásáig terjed. Ennek keretében figyelembe veszik az ápolásra szoruló egyéni érdekeit és felméri a professzionális/strukturált ellátás szükségleteit.

Dániában a támogatási rendszer az ápolásra szorulóakra és az ellátás biztonságára irányul, és nem feltétlenül az ápolást végzőkre. Jóllehet Dániában az ellátás tipikus formája az államilag szabályozott és pénzügyileg támogatott professzionális ápolás, az otthoni ápolásban magánszemélyek is közreműködnek, ennek helyzetéről azonban kevés az információ.

A családon belül nyújtott támogatás tekintetében jellemző, hogy a gyermekek inkább a háztartásban és a kerti munkában, a karbantartásban és a szállításban, a házastársak a takarításban, a bevásárlásban és a kerti munkában nyújtanak segítséget.

Az ellátórendszerben megnyilvánuló hiányt (elsősorban a nem testi ápolást, amit a szolgáltatási kínálat nem fed le) a hozzátartozók és az ismerősök biztosítják. A privát keretek között ápolást végző személyek számára lehetőség van az önkormányzat általi alkalmazásra és munkájuk adekvát megtérítésére.

3. 2. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

Miközben az otthoni betegápolás (*home nursing*) területén az ápolók magas képzettséggel rendelkeznek és az orvosi kezelések feladatait is átveszik, a mindennapi ápolás (*home help / home care*) területén inkább betanított és alacsonyabb képzettségű személyek működnek.

Az ápolási szektorban (beleértve a szociális ápolási szolgálatokat) a foglalkoztatottak 70%-a a bentlakásos intézményi szektorban működik. Az ápolási szektor Dániában is a nők működési területe. A férfiak aránya a „*human health activities*” területén szűk 22%, a „*residential care*” területén 16%. A migráns foglalkoztatottak aránya a „*human health activities*” területén 13,6%, a „*residential care*” területén 7%. A dániai idősápolásban működő bevándorlók egészségi állapotáról végzett felmérés is bizonyítja, hogy Dániában az elmúlt években jelentős erőfeszítéseket tettek a bevándorlóknak az idősápolási szektor számára történő megnyerésére.

3. 2. 4. Az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetése:

Az ápolásra szorulóknak helyzete:

2007-ben a 65 évesek és annál idősebbek közül 180.000 személy részesült ápolási vagy a mindennapi életvitelben való segítségben. Ezek közül 141.515 személy (a 65 évesek és annál idősebbek 15,7%-a) saját otthonában vagy gondozott lakóintézményekben részesült ellátásban. 2004-ben a megkérdezett 64 év fölöttiek kevesebb mint öt százaléka részesült legalább hetente hozzátartozói vagy ismerősei segítségével a testi tevékenységek tekintetében, miközben 15% ápolószemélyzetet vett igénybe. A professzionális segítséget igénybevevők aránya 2009-ig jelentősen növekedett és jelenleg eléri a 65 évesek és annál idősebbek 25%-át.

Az otthonukban évente kétszeri prevenciós látogatásra jogosultak száma 2008-ban 412.567 volt. A felkeresettek 30%-a elutasította a látogatást, a célcsoport 40%-ánál került sor teljesen befejezett látogatásokra.

Az ápolást privát formában nyújtók helyzete:

Dániában a nőknek a keresőtevékenységbe való integrációja nemzetközi összehasonlításban igen magas: 2006-ban 73,4% volt. Jóllehet ez az arány tíz éve változatlan, még mindig hat százalékponttal a férfiak foglalkoztatottság alatt van. A munkaerőpiacon a nemek közötti szegregáció és a nemek szerinti sajátos

pályaválasztás a különböző szabályozások és intézkedések (*gender mainstreaming, diversity management*) ellenére nem sokat változott.

A hozzátartozók által végzett ápolótevékenység Dániában – kulturális okokból – kevésbé elterjedt. Az adatok részben kedvezőtlenek, részben ellentmondásosak. A SHARE-felmérés szerint a partnerek általi támogatás aránya 70%, a gyermekek általi 20%, ami nem éri el a közép- és kelet-európai szintet. Ebben a tekintetben a munkamegosztás a svájcihoz, a svédországihoz, a hollandiaihoz és belgiumihoz hasonlít. Egy másik felmérés teljesen ellentmondó adata, miszerint az ápolásban a főszerepet 53-58%-ban a menyek töltik be, miközben a házastársaknál ez az arány csak 13-20%.

3. 3. Németország:

3. 3. 1. 2. Az ellátórendszer szabályozása:

Az önkormányzatok az alaptörvény értelmében bizonyos mozgásszabadsággal rendelkeznek az időskorúak ellátásának alakítása, tervezése területén. Így lehetőségük nyílik arra, hogy (kötségvetési helyzetüktől függően) ösztönözzék az állampolgári kezdeményezést és az önkéntesek szerepvállalását. Továbbá különböző szolgáltatókkal és költségviselőkkel kötött szerződések folytán módjuk nyílik az időskorúakat segítő tanácsadó tevékenység megszervezésére. Mindezek mellett jelezni kell, hogy a szövetségi szintű törvényhozás hátrányos helyzetet teremt a nemek közötti munkamegosztás tekintetében, ennek ellenére regionális szinten megvannak a cselekvés lehetőségei az időskorúak ápolása területén megnyilvánuló egyenlőtlenségnek és hátrányos helyzetnek a nemek közötti munkamegosztás iránti érzékenység perspektívájából való kezelésére és megfelelő kínálatok gerjesztésére.

3. 3. 1. 3. Az ápolást nyújtók és az ápolásra szorulókat helyzete:

Szövetségi szinten a 65 év fölöttiek korcsoportjának az összlakossághoz viszonyított aránya 20,4%, ebben a korcsoportban a nők aránya 56%. 2007-ben 1.000 lakosra mintegy 26 ápolásra szoruló személy jutott. Az ápolás helyzetéről szóló 2007. évi statisztika (*Pflegestatistik*) szerint szövetségi szinten az ambuláns ellátás keretében ellátottak aránya 22,4%, az intézményi ápolásban részesülők aránya 32%, a pénzbeli ellátásban részesülők aránya 46% volt. Ám figyelembe kell venni, hogy ez utóbbi adat azokra is kiterjed, akik ún. „alacsony küszöbű” természetbeni ellátásokat, rövid idejű ápolást vagy fogyatékosok számára nyújtott ellátást vettek igénybe.

[A tanulmány a Baden-Württemberg tartományi Enzkreis járás sajátos gyakorlatát mutatja be az ápolásnak a privát szférából való kiemelése, az ápolás professzionalizálása, az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetése tekintetében.]

3. 4. Finnország:

Egy tanulmány szerint a finn családokban a nemek közötti munkamegosztás viszonylag igazságos. A finn nők többnyire teljes munkaidőben dolgoznak, részfoglalkoztatásuk mértéke alacsonyabb. Az állami szolgáltató rendszerek jól kiépültek, az egészségügyi rendszer fokozatosan áttért a teljes mértékben adókból történő finanszírozásra, az egészségügyi szolgáltatások biztosítása az önkormányzatokra hárul. A finn jóléti rendszer a szociáldemokrata típushoz sorolható.

3. 4. 1. 2. Az ellátórendszer szabályozása:

A szociális gondoskodás, az egészségügyi és ápolási rendszer költségeit kommunális adókból, állami támogatásokból és felhasználói díjakból finanszírozzák. Az időskori ápolás rendszere Finnországban tehát a Beveridge-rendszert követi, amelyben a szociális ügyekért és az egészségügyért az állam felelős.

Az ápolási szolgáltatások vásárlásáért az önkormányzatok felelősek, ami kiterjed a privát szolgáltatótól való vásárlásra is. Az időskorúak számára nyújtott szolgáltatások 90%-át a közszféra biztosítja. A finn ápolási rendszerben a természetbeni ellátások dominálnak. Az otthoni ápolást és a fogyatékkal élők részére nyújtott szolgáltatásokat az önkormányzatok biztosítják. A pénzügyi ellátások módja a következő: a 65 év fölötti nyugdíjasok betegség vagy fogyatékoság esetén jövedelmüktől függetlenül egy viszonylag szerény összegű havi ápolási díjban részesülnek, amely teljesen független a felhasználástól (ezt az időskorúak mintegy 4%-a veszi igénybe). A házastársak, a gyermekek és a rokonok általi otthoni ápolást a 2000-es évek közepe óta célzottan pénzügyileg támogatják. Összességében azonban úgy tűnik, hogy a finn jóléti állam finanszírozása és ezzel együtt a tartós ápolás állami finanszírozása korlátokba ütközik.

3. 4. 2. Az ápolásnak a privát szférából való kiemelése:

3. 4. 2. 1. Projektek az ápolott személyeknek és a privát ápolóknak a környezetükbe való kommunikatív és kulturális integrációjára:

Finnországban négy nagy szervezet játszik vezető szerepet az ápolást végző hozzátartozók támogatása tekintetében. A legjelentősebb „innovatív” projektek:

- 1) A *VEROKKI – Training peer group leaders for care groups* (2001-2004) projektben 13 szociális egyesület vett részt, amelyek peergroup-tevékenységeket végeztek a családon belül ápolást végzők emocionális támogatása érdekében.
- 2) A *Combining Work and Family Caregiving* (2002-2005) projekt célja a jó gyakorlat feltárása volt a keresőtevékenységet végző és hozzátartozójukat ápoló házastársak és gyermekek vonatkozásában.

- 3) *Charity Collection to the Care Givers* (2001-2003): A „legjobb ápoló” projekt keretében az ápolást végző személyek tudatosságának erősítésére törekedtek az ápolott személyek szükségletei tekintetében, tanfolyamokat szerveztek időskorú ápolásra szorulóknak és ápolást végző személyek részére.
- 4) Az *Association of Family Carers* projektje, amelyet a nyerőgépeket üzemeltetők egyesülete támogatott, azokat az ápoló hozzátartozókat célozta meg, akik a családon belüli ápolótevékenység kezdetén vannak.

3. 4. 2. 4. Az ápolást végző hozzátartozók támogatása:

A „Eurocarers” (*European Association of Working Carers*) által az ápolást végző hozzátartozóknak az Európai Unió tagállamaiban való támogatásáról készített összesítés szerint Finnország azzal tűnik ki, hogy rendelkezik a családon belüli ápolásra és annak értékelésére (*assessment*) vonatkozó saját jogszabályokkal. A hozzátartozójukat otthonukban ápoló foglalkoztatottak a munkaadó hozzájárulásával távol maradhatnak munkahelyüktől. Ápolás miatti akadályoztatás esetén egyhetes ápolási szabadságra jogosultak.

Az informális ápolás támogatásáról szóló törvény (*Act on support for informal care*) 2006-ban lépett hatályba. A törvény célja az időskorú, fogyatékkal élő vagy beteg személyek otthoni ápolásának ösztönzése. Az informális ápolás támogatása kiterjed az ügyfélnek nyújtott szolgáltatásokra, valamint az ápolást végző személy kompenzációjára (ápolási díj), beleértve a számára nyújtott támogató szolgáltatásokat (pl. akadályoztatás esetére). A városi, illetve települési önkormányzat megállapodást köt az ápolást végző személlyel az informális ápolás támogatására vonatkozóan. Az ügyfelek bármely életkorban levő személyek lehetnek, a 75 év fölötti személyek esetén az ápoló többnyire a házastárs.

3. 4. 2. 5. Az ápolási otthonokon kívüli ápolás egyéb formái:

A finn idősügyi politika egyik célja, hogy a jövőben a 75 év fölöttiek 90%-a otthonában maradjon és csak 3-5%-a kerüljön „szolgáltató házakba”, illetve 3-7%-a ápolási intézményekbe. Így az otthoni ápolás és a rövid idejű ápolás prioritása érvényesül. Németországhoz hasonlóan jelentős erőfeszítéseket tesznek azért, hogy a demenciások lehetőség szerint minél hosszabb ideig otthonukban éljenek. A Turku városa által fenntartott tőketársaság közös tető alatt tart fenn lakásgondozó szolgáltatást, ápolási intézményeket és demenciás betegeket ellátó speciális intézményt.

3. 4. 4. Az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetése:

A finn jóléti államban a jó ápolás állampolgári jognak számított. Az ápolási intézmények és a háztartásokban segítő rendszerének kiépítése az 1970-es években a családok tehermentesítését szolgálta. Az 1990-es évektől ismét nő a családon belüli ápolás jelentősége. Ennek egyik indikátora az „*Informal Carer's Allowance*”

bevezetése 1993-ban. Az 1990-es évektől korlátozták és a jövedelemtől tették függővé a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a tradicionálisan nő- és családbarát finn jóléti állam sem tudta megakadályozni, hogy az időskorúak ápolása többnyire a nőkre háruljon. Ennek ellenére, egy OECD-tanulmány szerint a finn nők a családon belüli ápolótevékenység ellenére képesek jövedelmük növelésére.

3. 5. Franciaország:

3. 5. 1. 1. A francia jóléti rendszer:

A jóléti államok komparatív kutatása a konzervatív rendszerekhez sorolja be Franciaországot. Az 1980-ig a család igénybevétele az időskorúak ellátásában nem volt jelentős, az ápolást végzők helyzete nem volt téma. A szociális szükséghelyzeteket egy általános biztosítás keretében rendezték, amelyet 1997-ben egy jövedelemfüggő pénzbeli ellátással („*Prestation spécifique dépendance*”) egészítettek ki. Ezt 2001-ben az ápolási szolgáltatások jövedelemfüggő részfinanszírozása („*Allocation personnalisée d'autonomie*” – APA) váltotta fel. Az ápolás finanszírozásának címzettjei az érintettek és családjaik, mivel az APA szolgáltatásai részszolgáltatásokat képeznek, amelyeket jövedelemtől függően és csak az autonómia magasfokú korlátozottsága esetén bocsátanak rendelkezésre.

Franciaországban az ápolás kockázatával szembeni saját felelősség tudata igen erős. Ennek megfelelően az ápolás feladata az individuumra és családjára hárul, akik súlyosabb élethelyzetekben professzionális segítséghez folyamodhatnak. A jelenlegi politikai viták során hangsúlyozzák, hogy az ápolásra szorultság olyan kockázat, amelyre számítani lehet és amelyet a társadalombiztosítás ötödik pillére (privát biztosítás és megtakarítás) keretében kellene biztosítani.

3. 5. 2. 1. Az ellátórendszer szabályozása:

A pénzbeli ellátások bevezetésére 2011-ben került sor. Szolgáltatásra jogosultak a 60 év fölötti és havi 2.600 eurónál kevesebb jövedelemmel rendelkező személyek. Ezenkívül a hatfokozatú AGIPP-skála 1-4 közötti fokozatára kell besorolást nyerniük. Ez azt jelenti, hogy az érintettek autonómiája jelentősen korlátozott. A szolgáltatás engedélyezése esetén egy otthonlátogatást követően összeállítják az ápolási tervet. Pénzbeli ellátásokat ápolási szolgáltatások vásárlására (ambuláns ellátás, az ápolást végzők foglalkoztatása; átmeneti és intézményi ápolás) engedélyeznek, ezek azonban maximált összegek, amelyek nem fedezik a szükségleteket.

Szereplők és hatáskörök:

A bentlakásos intézmények, valamint az intézményi és ambuláns szolgáltatások felügyelete a megyék (*départments*) hatáskörébe tartozik.

A helyi támogatások és prevenciós szolgáltatások szervezéséért a városok/önkormányzatok felelősek.

A regionális és kommunális egészségbiztosítási szolgáltatók együttműködnek a megyékkel az egészségügyi szolgáltatások kontrollja és finanszírozása tekintetében. A klasszikus non-profit szolgáltatók mellett különböző privát szolgáltatók is megerősödtek, amelyek rendszeres időközönként alkut folytatnak a megyékkel az ápolási díjakról.

A szolgáltatók sokfélesége miatt 2010-ben egy-egy regionális koordinációs irodát (ARS) állítottak fel, amelyek koordinálják az ápolást.

Az ápolási rendszer átalakítása:

Az ápolási rendszer átalakítására az ún. „*plan solidarité grand âge*” (2007-2012) keretében kerül sor, amely a hosszú életre irányuló francia politika (*politique de la longévité*) intézkedési csomag része. Ennek egyik központi eleme a családon belüli segítségnyújtás támogatása. Az ambuláns ápolás kiépítése elsősorban az egyedülálló és súlyosan ápolásra szoruló személyek ellátására való felkészülést célozza. Ezenkívül lehetővé kell tenni az alacsony és közepes jövedelműeknek a szolgáltatásokhoz való hozzáférését.

Az adók és a társadalombiztosítási járulékok mellett újabb refinanszírozási források mozgósítására van szükség. Ebben a tekintetben szó van az érintettek vagyonának bevonásáról és a privát gondoskodásra irányuló intézkedésekről. Franciaországban jelenleg kétféle millió személy rendelkezik privát biztosítással.

3. 5. 1. 3. Az ápolásra szoruló helyzet:

2006-ban a 60 év fölöttiek 6-7%-a volt autonómiájában korlátozott. Bizonyos becslések 628.000 és 1,5 millió esettel számolnak, akiknek ápolásra van szükségük. 2000-ben az ápolásra szoruló kétharmada privát háztartásokban él (beleértve a védett otthonokat: *logement-foyers = beschütztes/betreutes Wohnen*), a további egyharmadból minden második intézményi ellátásban részesül.

2002-ben 600.000 személy vette igénybe az APA ambuláns, 400.000 intézményi ellátásait. Az APA felhasználóinak 72%-a és az intézményekben ellátottak 70%-a szenved valamilyen neuro-degeneratív megbetegedésben.

2007-ben az időskorúak ápolására fordított állami kiadások nem érték el a GDP 1%-át. Konkrétan: tartós ápolásra 6,2 milliárd eurót fordítottak, az APA-program számára 4,6 milliárd eurót bocsátottak rendelkezésre, időskorúak szociális segélyezésére 2,6 milliárd eurót, további programokra 2,2 milliárd eurót költöttek. Esetekre kivetített adatokkal 2008-ból rendelkezünk: az APA szolgáltatásaira 6 milliárd eurót fordítottak, amelyből 4,5 milliárd eurót otthoni ápolásra, 1,4 milliárd

eurót intézményi ápolásra használtak fel. Egy otthonában élő személy tehát átlagosan havi 450 euróban részesül, intézményekben elhelyezett személyekre pedig 410 eurót költenek.

3. 5. 1. 4. Ellátórendszerek és lakóformák:

2008. január 1-én az otthoni betegápolás (*SSIAD – service de soins infirmiers à domicile*) területén 92.170 hely állott rendelkezésre. Ezenkívül nyugdíjas otthonokban (*maison de retraite*) 463.371 lakást, a védett lakások (*logement-foyer*) rendszerében 148.886 lakást tartottak fenn. A tartós ápolásra (*soins de longue durée*) másodlagos szerep hárul, mindössze 68.156 helyet tartanak fenn.

A „*plan solidarité grand âge*” intézkedései egyrészt az otthoni gondozás kiépítésére (a helyek számának 232.000-re emelése 2025-ig), másrészt a kínálatok diverzifikálására összpontosít. Az elkövetkező években új ellátási formákat alakítanak ki: pl. „ápolási családok”, nappali ápolás (*places d'accueil de jour* – a cél 2.500 hely) és a rövid idejű ápolási helyek bővítése (*place d'hébergement temporaire* – a cél 1.100 hely).

3. 5. 2. 2. Az ápolást végző hozzátartozók támogatása:

A francia kormány egyik kiemelt célkitűzése az Alzheimer-ellátás javítása. Egy speciális modellprojekt, „*Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer*” (MALA) törekvése a különböző szereplők koordinációja, a betegek és hozzátartozóik életminőségének javítása. Több mint 1.000 ápolási tanácsadói állást létesítettek; az önkéntesség bővítésére törekednek, elsősorban a demenciások gondozása tekintetében.

Az otthoni ápolást számos szolgáltatással támogatják, ezek igénybevétele a gyakorlatban csak az ártól függ. Az otthoni ápolási szolgálat (SIIAD), amelynek refinanszírozása az állami egészségügyi biztosítási rendszer keretében történik, az egészségügyi szektorhoz tartozik és célja a kórházi tartózkodás megakadályozása. Létezik még egy egészségügyi-szociális otthoni ápolási szolgálat (SAAD) és egy többoldalú otthoni gondozószolgálat (Spasad), amelyet 2004-ben hoztak létre.

3. 5. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

Az ápolótevékenység Franciaországban hagyományosan a non-profit-szektorhoz tartozik. Egyes szerzők szerint a nyereségszerzés ezen a területen tabunak számít. Ennek ellenére a szociális-egészségügyi szektor intézményei az állami nyomásgyakorlás következtében az elmúlt évek során erőteljes modernizáción mentek keresztül és Franciaországban „az ápolás iparosodásáról” beszélhetünk. A szolgáltatások fejlesztéséről szóló 2005. évi törvény ösztönzőket vezetett be a kínálatnak a munkavállalói oldalon való növelése érdekében.

Az intézkedések azonban korántsem azt célozták, hogy erősítsék az ápolótevékenység vonzerejét a férfiak körében. Az ápolási szektorban a foglalkoztatottak többsége Franciaországban is nő, ráadásul gyakran részmunkaidőben és alacsony bérezésért. Az ápolási szektor működése messzemenően az alacsony képzettségű munkaerőn, valamint az informális ápolás és a privát foglalkoztatás egyfajta keverékén alapul. Ennek megfelelően két csoport körvonalazódik: a szakképzett, az ápolást életpályának tekintő munkaerő mellett jelen vannak a szakképzetlen, betanított alkalmazottak.

Az ápolás területén alkalmazott 700.000 főnek mintegy a fele az ambuláns ápolás területén működik. A már jelenlevő szakemberhiány az évek során csak fokozódni fog, ezért intézkedésekre kerül sor a szakképzés fejlesztése és a végzettségek egységesítése tekintetében. Ennek során lehetővé kell tenni a különböző területek és feladatok közötti horizontális professzionális mobilitást és ösztönözni kell a továbbképzés általi vertikális mobilitást.

Az ápolók tarifaszerveződéseiről szóló tárgyalások során az ambuláns ápolás területén működők számára sikerült elérni a jövedelemszint egynegyeddel való emelését, ami azonban elbocsátásokhoz vezetett. A nemek iránti érzékenység perspektívájából Franciaországban figyelemreméltó politikai törekvéseknek vagyunk tanúi a munkaidő szabályozása és a kierőszakolt részmunkaidő megakadályozása vonatkozásában.

3. 5. 4. Az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetése:

3. 5. 4. 1. Adatok a privát ápolókról:

A kifejezetten az otthoni és az informális ápolásra építő franciaországi rendszer az ápolást privát tevékenységként végzők nélkül fenntarthatatlanná válna. Az ápolást végzők tekintetében azonban bizonyos információhiány is jelentkezik. A privát ápolók nem jelennek meg a nemzeti statisztikákban és csak kevés tanulmány szentel nekik figyelmet. A SHARE-tanulmány (2008) és a *Eurofamcare*-tanulmány (2004) egybecsengő eredményei szerint az ápolást 50-60% közötti arányban kizárólag informális ápolók végzik. Feltételezések szerint az otthoni ápolás területén a szolgáltatások további 10%-a informális és formális ápolás formájában valósul meg. Összességében 3,5 millió informális ápolóról van szó.

A *Eurofamcare*-jelentés Franciaországra vonatkozó része utal a nemek közötti klasszikus munkamegosztásra, ami azt jelenti, hogy a házastársak többnyire egymást látják el (a nyugdíjkorhatár 60 év), a szülőket pedig általában a lányok/menyek gondozzák. Abból indulhatunk ki, hogy az ápolást végzők kétharmada nő.

2006 utolsó negyedében 187.000 személy részesült személyesen kifizetett pénzbeli ellátásokban, ezek egyharmada APA-felhasználó. Az ambuláns ellátás

területén azonban igen elterjedt a közös megállapodás alapján való foglalkoztatás. Ez azt jelenti, hogy az otthoni ápolás területén a feketemunka is széles elterjedt jelenség.

3. 6. Olaszország:

3. 6. 1. 1. A jóléti állam rendszere:

Olaszország, amely a jóléti állam konzervatív típusához sorolható, az ún. családi vegyes modellt követi, a szolgáltatási modellre való áttérés tendenciájával. Miközben a várható életkor erőteljesen emelkedett, a születési ráta még erőteljesebben csökkent. A nőknek a keresőtevékenységbe való integrációja növekedik, jóllehet európai összehasonlításban még mindig nem éri el az átlagot. A *Eurofamcare*-tanulmány szerint az 50-64 év közötti ápolást végző személyeknek a keresőtevékenységbe való integrációja 32%-os, ami ugyancsak nem éri el a hasonló korú összlakosságét (35%). A részmunkaidős keresőtevékenység Olaszországban kevésbé elterjedt és éppen az ápolást végző személyek azok, akik csökkentett munkaidőben dolgoznak.

Ápolásra szorultság, illetve az önellátás korlátozottsága esetén országos szinten egy mérsékelt pénzbeli ellátás (*national care allowance – NCA*) kifizetésére kerül sor. A szolgáltatás előfeltétele a mindennapi élet aktivitásai tekintetében való 100%-os segítség szükségessége. A pénzbeli ellátást az ápolásra szorultság vizsgálata alapján jövedelemtől függetlenül biztosítják. Ennek összege havi 450 euró. Az összeg felhasználását nem vizsgálják.

3. 6. 1. 2. Az ápolást nyújtók és az ápolásra szorulóknak helyzete:

Olaszországban a lakosság 11,5%-a egyszemélyes háztartásban él, az egyedül élők aránya az idősebb kohorszok körében növekedik (a 75 évesek 34%-a és a 85 évesek 38%-a),. Ezek többsége nő. A lakosság 14,9%-a érintett a hozzátartozók ápolásában, ennek 65%-a nő. Az ápolás által érintett háztartások 13%-a „privát” formában migránsokat alkalmaz. A privát foglalkoztatott ápolók 90%-a migrációs háttérrel rendelkezik, ezek 39%-a Kelet-Európából, 15%-a Ázsiából, 10%-a Dél-Amerikából származik. A többnyire migráns ápolónők száma 650.000 és egymillió közöttire becsülhető.

3. 6. 1. 3. Az ellátórendszer szabályozása:

Az egészségügyi és az ebbe integrált ápolási szolgáltatásokat (valamint a szociális segélyeket) Olaszországban regionális megállapodások szabályozzák. Az egészségügyi ellátás a helyi egészségügyi hatóságok hatáskörébe tartozik, a szociális segélyekért, amelyekhez az ápolási segítségnyújtás is tartozik, a kommunális képviselőtestületek biztosítják. Ezen a területen non-profit és privát szolgáltatók is működnek. Az ellátás szervezete és annak finanszírozása (illetve a

national care allowance-on kívüli költségeknek a felhasználók és az állam közötti megosztása) az egyes régiókban eltérő. Olaszországban a családon belüli ápolást nyújtók megterheltsége meghaladja a nemzetközi átlagot. A finanszírozáshoz nyújtandó magas önrészesedés miatt érthetővé válik a migráns ápolónők foglalkoztatására irányuló preferencia.

Az ellátás Emilia Romagna Régióban:

Emilia Romagna lakosainak száma 4,3 millió, akik közül 103.000 fő részesül az NCA szolgáltatásaiban. Az időskorúak és fogyatékkal élők ellátását 1993-1994-ben több regionális törvényben szabályozták és így kvázi kiemelték azt a privát szférából. A regionális ápolási szolgáltatásokat három fokozatba sorolják (azokat 24.000 személy veszi igénybe).

Az ambuláns, részben intézményi és intézményi ellátás költségeinek 40%-át a családok/érintettek (beleértve az NCA szolgáltatásait), 40%-ban a régió és 20%-ban a kommunális igazgatási szervek viselik. Az ellátás fő formája az otthoni/családon belüli ápolás, amelyet Emilia Romagna Régió ösztönöz és támogat. A migráns ápolónők által nyújtott „privát” finanszírozású szolgáltatások aránya is viszonylag magas. Ezeknek az ápolást nyújtó személyeknek a prekarizálódását megelőzendő, regionális kezdeményezést indítottak. Ennek célja a privát és az otthoni ápolás területén működők szakképzése és tevékenységük szabályozása. Ennek a programnak eddig 14.000 személyt (a régióban NCA ellátásokban részesülők 13,5%-át) sikerült elérnie.

3. 6. 3 Az ápolótevékenység professzionalizálása:

A specifikus problémahelyzetek kezelése érdekében speciális programokat indítanak. Ezek közé tartozik a privát finanszírozású migráns ápolónők képzése és az illegális ápolás legalizálása, tevékenységüknek a társadalombiztosításba való bevonása.

Emilia Romagna Régióban 2009-ben megállapodás született a szolgáltatások minőségéről, valamint azoknak az egész régióban azonos költségekkel való biztosításáról. Szabályozták a szolgáltatók felelősségeit és képzettségét, ami az alábbiakat tartalmazza:

- a) A szerepek és a feladatok elosztása azok között, akik megtervezik a szolgáltatásokat és gondoskodnak a megállapodásokról, valamint azok között, akik rendelkezésre bocsátják azokat.
- b) A kínálat kialakításának alapja a lokális tervezés (a kiindulópontot az emberek szükségletei jelentik).
- c) A minőségi standardok meghatározása.
- d) Átlagköltségek meghatározása minden egyes szolgáltatás tekintetében.

Emilia Romagna Régióban megállapodás született arról, hogy az ápolást végző személyeknek egy minimális képzettséggel kell rendelkezniük (Olaszországban az ápolóképzés bachelor-szinten történik). A szociális munkaadóknak címzett további intézkedések az idősápolás nagyobb társadalmi megbecsülésére irányulnak. Ebben az összefüggésben nincs szó explicit módon a nemek szerepéről, a közöttük való munkamegosztásról vagy a nők tipikus megterheltségéről. A képzés és továbbképzés területén az intézkedések a tehermentesítésre, a támogatásra, a feketemunka visszaszorítására irányulnak. A migráns ápolónőknek az otthoni ápolásban végzett tevékenységét azonban akceptálják.

3. 7. Hollandia:

3. 7. 1. A jóléti állam rendszere és az ellátórendszer szabályozása:

A holland jóléti rendszer a liberális, a konzervatív és a szociáldemokrata típus egyvelegeként jellemezhető. Nyugat-Európában különösen szokatlan az adófinanszírozású Beveridge-modell és a társadalombiztosítási alapú Bismarck-modell elemeinek keveredése. Hollandia Svédországhoz és Dániához hasonlóan a „szolgáltatási alapú ápolási modellhez” sorolható.

A tartós ápolást az egészségügyi szolgáltatások tekintetében az ápolásbiztosítási törvény (ZVW), a tartós betegségben szenvedő és demenciás személyek tekintetében a rendkívüli egészségügyi kiadásokról szóló törvény (AWBZ), valamint a szociális támogatási intézkedésekről szóló törvény (WMO) szabályozza. Az időskorúak szempontjából a legjelentősebb a rendkívüli egészségügyi kiadásokról szóló 1976. évi törvény (AWZB), amely általános kötelező biztosítás keretében biztosítja az ambuláns és az intézményi ellátást az ápolásra szoruló időskorúak és pszichés betegek számára és amelynek finanszírozása járulékokból, állami hozzájárulásokból és az ápolásra szorulóknak önrészeiből történik. Problémát jelent az erőteljes költségnövekedés, amely jóval meghaladja az egészségügyi kiadások növekedését és amely csak részben magyarázható a tartós ápolásban részesülők számának növekedésével. A holland állam az intézményi ápolásban igénybevetett természetbeni ellátások helyett választható ún. „személyes költségvetések” bevezetésével próbálja elérni a költségek csökkentését. A személyes költségvetések célja az otthoni ápolás ösztönzése, amire adókedvezményekkel, visszatérítésekkel, fizetett szabadsággal, a hozzátartozók részére szervezett tanfolyamokkal is ráerősítenek.

3. 7. 2. Az ápolásnak a privát szférából való kiemelése:

3. 7. 2. 1. Az ápolást végző hozzátartozók támogatását célzó projektek:

- 1) „Domotica”: mobil műszaki segédeszközök alkalmazása a háztartásban (tűzriadó, video), amelyek segítik a felhasználót abban, hogy szükség esetén segítséget kérjenek.

- 2) „*Client Cards*”: Az ügyfelekkel folytatott beszélgetések alapján gondozási tervet állítanak össze a pszichés állapot, az életkörülmények (életstílus, élethelyzet) és a szociális bekapcsolódás vonatkozásában.
- 3) „*OMNI*”: Az ápolók részére videokonferenciákat tartanak annak érdekében, hogy fenntartsák a kontaktust a szakápolók között és kapcsolatot teremtsenek az ápolásban résztvevő más személyek között.
- 4) „*Welcome Families*”: Egy-egy befogadó család rövid időre átvesz egy ápolásra szoruló személyt, miközben az őt ápoló személy szabadságra megy.
- 5) „*Meeting Centres Support Programme*”: Enyhébb és közepes lefolyású demenciában szenvedők találkozási lehetőségei a hozzátartozóikkal, amelyet szakértők felügyelnek. A demenciás betegek részére speciális aktivitásokat, pszichoszociális programokat szerveznek, amelyek során emocionális, gyakorlati és szociális segítségben részesítik őket.
- 6) „*Compliment for carers*”: A hosszú időn keresztül ápolást végző személyek munkájának elismeréseként 250 euró adómentes szolgáltatásban részesülnek.
- 7) „*ACTION*”: A formális ápolás és az ambuláns ellátás területén videotelefont alkalmaznak a hozzátartozók/ápolók támogatása céljából. Így sikerült javítani az általános ápolási kompetenciát, formális hálózatokat létrehozni és adott esetben segítséget nyújtani, felszámolni a szociális elszigeteltséget.
- 8) „*The Guest House Amsterdam*”: Különböző amsterdami idősothonok és ápolási intézmények összefogása annak érdekében, hogy négy hétre tehermentesítsék az informális ápolókat, illetve azok szabadságra mehessenek.
- 9) „*POM-Method*” (*Preventieve Ondersteuning Mantelzorgen*): Prevenációs intézkedés az ápolást végző hozzátartozók gyakorlati, szisztematikus és módszertani támogatása érdekében. Ennek során a szociális munkások meglátogatják otthonukban az ápolottakat, hogy a helyszínen mérhessék fel az érintett személyek állapotát. Az ápolást végző hozzátartozókat tájékoztatják a jogszabályokról és a támogatás lehetőségeiről. Lehetőség nyílik az ápoló hozzátartozók és az általuk ápolottak számára, hogy a „*Holiday & Care*” utazási iroda közreműködésével elmenjenek nyaralni.

3. 7. 2. 2. Az ápolási otthonokon kívüli ápolás egyéb formái:

- 1) „*Humanitas Rotterdam*”: Közepes méretű ápolási szolgáltatók által a lakóhelyhez közel nyújtott ellátás, minden városnegyedben (szomszédságban) saját irodával.
- 2) „*The Hebergier*”: Demenciás betegek részére kisterületű háztartásban nyújtott ellátás, amely szakképzett ápoló felügyeletével történik.
- 3) „*Stichting It Skewiel Trynwalden*”: Ez a szervezet egy éjjel-nappal nyitott multifunkcionális ápolási központ, amely az élet, az ápolás, a jólét és a szolgáltatások fő feladatait kombinálja.

- 4) „*Clustered Housing*”: Az etnikai kisebbségek szociális interakcióját és integrációját megkönnyítő lakások és közösségi terek, ápolásra szorultság esetén védett lakásokat bocsátanak rendelkezésre a szomszédsági kontaktusok fenntartása érdekében.

3. 7. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

Az idősápolás területén Hollandiában is a női munkaerő dominál és itt is jellemző a szakképzetlen dolgozók számának növekedése. Az országos átlaghoz viszonyítva a holland ápolók bérezése viszonylag jó, a nők foglalkoztatása tekintetében túlteng a részmunkaidő. Ennek ellenére az otthoni és az intézményi ápolás területén nem áll rendelkezésre elégséges képzett munkaerő. A tartós ápolás területén krónikus a munkaerőhiány, így tanfolyamokat kellett szervezni az ápolók részére. 2007. óta ezzel a kérdéssel a „*work at care*” akcióterv foglalkozik. Különböző programokat indítottak a férfi munkaerők és a külföldi származású informális ápolók részére, ami nyilvánvalóan ellentétben áll a professzionalizálás célkitűzésével.

A jó gyakorlat példaértékű modelljei:

- „*Buurtzorg*”: amely autonóm ápolási teamek keretében holisztikus ambuláns ápolást biztosít, széleskörű választási szabadsággal, illetve önszerveződéssel, valamint
- „*The Care Broker*”: amelynek keretében előbb azonosították az ápolók speciális problémáit, mint a dokumentáció túltengése vagy a jogszabályok ismeretének hiánya. Ezt követően feltárták a regionális ellátás hiányosságait és megszervezték az ápolók és más regionális szolgáltatók együttműködési hálózatát.

3. 7. 4. 2. A munka és az ápolás összeegyeztethetősége:

Hollandiában az életpálya modell („*levensloopebeleid*”) keretében kidolgozták az ápolás és a keresőtevékenység közötti egyeztetés lehetőségeit, a munkaidő innovatív szervezésének modelljeit. 1998. óta a következő lehetőségek nyílnak a keresőtevékenységtől való fizetett mentesítésre:

- „*Calamity leave*”: Azonnali cselekvést igénylő különleges személyes indokokból való mentesítés. Időtartama a munkaadó hozzájárulásától függően néhány óra vagy több nap lehet.
- „*Ten-day care leave*”: A gyermek, a partner, valamelyik szülő gondozása céljából való tíznapos mentesítés. Az illető megkapja fizetése 70%-át, a munkaadó kompenzációban részesül.
- „*Leave for care for a dying person*”: A munkaadó által önkéntesen adható mentesítés, amely a munkaidő egyharmadát teszi ki, időtartama egy-hat hónap. Az illető csaknem 500 euró támogatásban részesül.
- „*Career interruption*”: A munkavégzés ápolás vagy tanulmányok miatti megszakítása, amely a munkaadó mérlegelése szerint kettő-hat hónapig (kivételes esetben 18 hónapig) tarthat, amennyiben a mentesítés legalább a

heti munkaidő egyharmadát veszi igénybe. Csak helyettesítés esetén valósulhat meg.

- „*Saved up leave*”: Az évi jövedelem maximum tíz százalékának vagy az évi munkaidő maximum tíz százalékának túlmunkával történő megtakarítására való lehetőség, amelynek során a „megtakarítás” öt évig marad érvényes (időszámla-modell).
- „*Long-term care leave*”: A mentesítés a gyermek vagy a partner halálos megbetegedése esetén a munkaadó hozzájárulásával vehető igénybe. Időtartama maximum a heti munkaidő hatszorosa (ez tizenkét hétig tarthat). A mentesítés idején az illető a minimálbér 70%-ában részesül. (KB)

3. 8. Svédország:

3. 8. 1. A jóléti állam rendszere és az ellátórendszer szabályozása:

A svéd szociális állam hagyományosan a „szociáldemokrata jóléti típus” mintaszerű megtestesítője, amelyet az univerzalisztikus állampolgári jogosultság és a szociális szolgáltatások magasfokú dekommodifikációja jellemez. Az 1990-es évek óta azonban a szociális állam szolgáltatásainak leépítése, valamint a hűsbavágó adó- és nyugdíjreformok az állami hozzájárulás csökkenéséhez és a szociális egyenlőtlenségek növekedéséhez vezettek. Svédország továbbra is a szociáldemokrata típus fő képviselője, de a korábbiaktól eltérően ezt már nem tiszta formában jeleníti meg.

Dániához és Hollandiához hasonlóan a női munkaerőnek a szociális szolgáltatások területén való jelenléte igen magas. A svéd statisztikai hivatal adatai szerint 2009-ben a keresőtevékenységet végző nők 31%-át a kommunális szektorban foglalkoztatták, miközben a férfiaknál ez az arány mindössze 8%.

A tartós ápolás rendszerét 96%-ban kizárólag kommunális adókból finanszírozzák, az ápolási szolgáltatások finanszírozása tehát az észak-európai Beveridge-rendszernek felel meg. Az ápolási szolgáltatásokra való jogosultság univerzális és járulékoktól független, az ápolási szolgáltatások összességét az általános állami költségvetésből finanszírozzák. Az ápolási rendszer 1992. óta az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. Svédországban egészen mostanáig az ápolási szolgáltatások biztosítása a természetbeni ellátások elve szerint formális szolgálatok által történt, a pénzbeli ápolás ellenében nyújtott informális ápolás ezzel szemben mennyiségileg semmilyen szerepet nem játszik. A pénzbeli ellátásokat érdekes módon nem tekintették költségmegtakarítási lehetőségnek, amit elsősorban azzal indokoltak, hogy ez a nők keresőtevékenységének csökkenéséhez vezetne.

Az állam kvázi a család helyettesítőjeként fungál, minden körülmények között a szegénység és a szociális szolgáltatásokra utaltság megelőzésére törekszik. Az ápolási szolgáltatásokhoz való hozzáférés univerzális. Az 1990-es években elkezdődött állami takarékosági politika azonban az ápolási rendszer területén is

odavezetett, hogy csökkentek az otthoni ápolásra fordított támogatások, elsősorban akkor, ha még nem következett be az ápolásra szorultság helyzete. Svédországban azóta az ápolási szolgáltatásokat célzottan a legrászorultabbak körére irányítják. Svédországban (Németországhoz hasonlóan) lehetőség van kiegészítő ápolási szolgáltatások vásárlására, pl. a „hotelköltségekhez” való önerőből való hozzájárulásra. De továbbra is kizárt, hogy valaki ápolásra szorultsága miatt nyomorogjon vagy szociális segélyekre szoruljon.

3. 8. 2. Az ápolótevékenységnek a privát szférából való kiemelése:

Svédországban számos projektet indítottak az ápolást végző hozzátartozók támogatása érdekében. Ezek közül elsősorban az otthoni ápolás területén az ápolószemély akadályoztatása esetén való helyettesítése (*Ersatz- ill. Verhinderungspflege*) említendő, amely rövid idejű intézményi ápolás felkínálásával vagy önkéntes ápolók közreműködésével történik. Az ápolást végző hozzátartozók tanácsadás formájában vagy önkéntes szolgálatok által részesülnek támogatásban.

Más skandináv országoktól eltérően Svédország differenciált rendszert hozott létre a demenciás betegek lakócsoportokban való elhelyezéséhez. Egyes városokban kiépült a demenciások védett csoportokban való lakáshálózata. Ezeket a csoportokat családi házakban, bérházakban, idősotthonokban, ápolási otthonokban helyezik el. Döntő tényező a helyiségek otthonos kialakítása.

3. 8. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

Európai összehasonlításban a ápolószemélyzet Svédországban a legképzettebb és bérezése itt a legmagasabb. Becslések szerint a tartós ápolás területén működő ápolók tíz százaléka egyetemi végzettséggel rendelkezik, a többieknek pedig több mint a fele szakképzett ápoló. Az ápolószemélyzet iránti szükségletet eddig sikerült hazai munkaerőből biztosítani, ami egyben megakadályozza az alacsony képzettségű irreguláris idősápolás alacsony bérezésű piacának kialakulását. Ennek ellenére az idősápolás területén egyre több migrációs háttérű dolgozót kell toborozni, az érdekelt és alkalmasnak bizonyuló jelentkezők számára akkreditált tréningprogramokat szerveznek. Az elkövetkező évtizedekben a szakképzett ápolószemélyzet iránti még nagyobb szükséglettel kell számolni.

3. 8. 4. Az ápolószemélyzet feminizálódásának megszüntetése:

Svédországban mind a formális, mind az informális ápolás területén a nők vannak többségben. Ezt a tevékenységet a családon belül, mint mindenütt Európában, a szociális állam típusától függetlenül, a nők látják el. A *Eurofamcare*-tanulmány 2004-ben Svédországban a nők aránya az ápolást végző hozzátartozók körében 72% volt, ami néhány százalékponttal alacsonyabb más országokénál. A svéd nők azonban csak akkor veszik át ezt a feladatot, amikor életkoruknál fogva felhagynak

a keresőtevékenységgel. Ez általában 65 éves korban, miközben a *Eurofamcare*-tanulmány szerint Nagy-Britanniában tíz évvel korábban, 55 éves életkorban következik be. A nők többsége a formális ápolási szektorban is meghatározó.

3. 8. 4. 2. A munka és az ápolás összeegyeztetése:

Svédországban szerződéses alapon lehetőség nyílik arra, hogy az informális ápolást végző személy szociálisan védett ápolói fizetésben részesüljön. Ez persze a nagy kivételek egyike. A rövid idejű ápolás támogatását célzó különböző modellprojektek lehetővé teszik a munka és az ápolás egyeztetését, jóllehet a formális ápolás biztosítása és az ápolást végző hozzátartozók magas átlagéletkora miatt ez a probléma Svédországban kevésbé akut.

3. 9. Svájc:

3. 9. 1. A jóléti állam rendszere és az ellátórendszer szabályozása:

Svájc nem sorolható be egyértelműen a jóléti állam valamely típusához. Jelen vannak mind a liberális, mind a konzervatív-korporatiztikus típus ismérvei. Első pillantásra a családon belüli inkább laza intergenerációs kapcsolatok feltűnőek, a családon kívüli gondozási és gondoskodási intézmények erőteljesebb felhasználásával, amelyek pénzügyi támogatásban is részesülnek. A nemek szerepe tekintetében Svájc inkább az északi államokhoz sorolható. A nemek közötti egyenlőtlenségek azonban a szövetségi államforma és a kantonokban eltérő szabályozások miatt kevésbé pregnánsak.

Svájcban az intézményi és az ambuláns ellátás költségviselői a betegpénztárak, amelyek az intézményi ápolás területén a költségeket nem fedező napidíjakat biztosítanak, az ambuláns ellátás területén pedig óradíjakat határoznak meg. A betegpénztárak a kórházakban nem fizetik az ápolást és a hotelköltségeket. Ez azt jelenti, hogy az érintetteknek mind az intézményi, mind az ambuláns ápolás területén hozzá kell járulniuk a költségekhez. A fedezet nélküli szolgáltatásokat adókból finanszírozott ún. kiegészítő szolgáltatásokból (*Ergänzungsleistung* – EL) egyenlítik ki, ez azonban csak korlátozott mértékben és kérelemre történik. A kiegészítő szolgáltatás célja a szociális segélyek igénybevételének megelőzése és azok költségtételek fedezésére szolgál, amelyek sem a betegpénztár által, sem az érintettek önrészeiből nem jönnek ki.

A Svájci Államszövetség egészségügyi költségeiről és finanszírozásáról szóló statisztika szerint 2008-ban az egészségügy költségeinek 41%-át a betegpénztárak viselték, 18%-át adóforrásokból finanszírozták, 31,5%-át az érintettek és más privát szereplők viselték. A privát betegebiztosítók szűk kilenc százalékkal másodrangú szerepet játszanak. A szolgáltatói oldalon az egészségügy összköltségeinek 35%-a a kórházakra, 31%-a ambuláns ellátásokra jutott.

3. 9. 1. 3. Az ápolást végzők és az ápolásra szorulóknak helyzete:

A 65 évesek és annál idősebbek összlakosságához viszonyított aránya 16,6% (Németországban 20,4%, Olaszországban 20,1%). 2009-ben a lakosság lélekszáma egyrészt a bevándorlás, másrészt a halálozási rátát meghaladó magasabb születési ráta folytán növekedett. Az özvegyek körében a nők aránya 82,1%, ami azt jelenti, hogy az idős nők gyakrabban vannak ráutalva a Spitex szolgáltatásaira és az intézményi ápolásra, miközben ők azok, akik partnerüket, valamint anyósukat-apósukat ellátták.

A privát ápolás helyzetére vonatkozóan nem állnak rendelkezésre adatok. Egy tanulmány szerint az ápolást végző férfiak kétharmada az érintett partnere, egyharmada a fia. Az ápolást végző nők fele az érintett partnere, 37%-a a lánya. A férfiak által végzett ápolás az ezzel ellentétes véleményekkel ellentétben Svájcban igen magas. Az ápolást végző lánygyermek általában házasok és több gyermekük van, miközben az ápolást végző fiúgyermek többsége nőtlen és gyermektelen. A barátok, ismerősök és szomszédok általi ápolás kevésbé fordul elő.

3. 9. 2. Az ápolótevékenységnek a privát szférából való kiemelése:

Svájcban az ápolás a privát és a professzionális ápolás kölcsönös kiegészítéseként valósul meg. A Spitex által nyújtott otthoni szolgáltatásokat a betegpénztárak részben megtérítik. A tisztán családon belül szervezett ápolás inkább kivétel, mint szabály. Az ápolásra szoruló személy intézménybe való elhelyezésére többnyire akkor kerül sor, ha a családi háló már nem képes helytállni.

Az ápolást végző hozzátartozók szerepére inkább az ápolásra szorulóknak emocionális és szociális támogatása szempontjából mutatkozik igény, a segítség megszervezése, a pénzügyi teendők ellátása és a mobilitás vonatkozásában. A direkt testápolást és az egészségügyi kezelést (gyógyszerezés, terápia) többnyire a Spitex látja el.

Az ápolást végző gyermekek kétharmada keresőtevékenységet folytat. Miközben a leánygyermek hetente átlag 27 órát, a fiúgyermek 38 órát dolgoznak. Az ápolást végző hozzátartozók több mint a fele csökkentette munkaidejét. A Eurofamcare-tanulmány szerint az esetek 15,3%-ánál kerül sor a munkaidő csökkentésére, ami azt bizonyítja, hogy Svájcban az ápolást végző hozzátartozókat nem segítik a munka és az ápolás összeegyeztetésében. Az ápolást végző leánygyermek kétharmada csökkentette munkaidejét, 16%-a pedig teljesen feladta keresőtevékenységét.

3. 9. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

Az intézményi és ambuláns szolgáltatók munkaerőhiányra panaszkodnak. Az elmúlt években Svájcban az idősápolás területén valóságos robbanás következett be. Az idősápolás a nőknek a keresőtevékenységbe való visszatérésének terepe, és nem

újdomság, hogy a hivatás gyakorlását nemcsak képzettség és szaktudás, hanem tradíció és tapasztalat is jellemzi.

A férfiak aránya az egész egészségügy vonatkozásában (beleértve az orvosi ellátást, ipart, kereskedelmet és igazgatást) 2008-ban 28,2% volt (2005-ben 22,4%). Ezen a területen az állásoknak több mint a fele teljes munkaidős. A nemek közötti arány 2005-ben az ipar és a kereskedelem területén kiegyensúlyozott volt, az igazgatás és a prevenció területén a férfiak voltak többségben.

A férfiak aránya a kórházi ellátás területén 25,5%, az ambuláns ellátás (Spitex) területén 21%, a szociális-egészségügyi intézetekben, ahol az idősápolás lényegében megvalósul, 19%. Az idősotthonokban a férfiak aránya 2008 végén átlag 12%, az ápolási otthonokban 15% volt.

A szövetségi alkotmány és az esélyegyenlőségi törvény ösztönzi a nemeknek a bérezés tekintetében való egyenlőségét, jóllehet ez a különböző ágazatokban eltérő. Svájcban az egészségügy nem tartozik azon ágazatok közé, ahol a magyarázható vagy nem magyarázható bérkülönbségek a legmagasabbak lennének. A magyarázható bérkülönbségek például a különböző feladatkörökhöz és a képzettséghez kapcsolódnak. Más ágazatokhoz viszonyítva a szakképzett ápolószemélyzetnek 16-17%-kal alacsonyabb bérezéssel kell számolnia. Az idősápolási szektorban Svájcban a vezető pozícióban levők többsége férfi.

Az ambuláns szolgálatoknál a személyek mintegy 40%-a nem rendelkezik speciális Spitex-végzettséggel; miközben 21,6%-a szakmai alapképzettséggel (betegápoló, ápoló asszisztens, otthonápoló), 26%-a pedig felsőfokú végzettséggel (okleveles ápoló, betegápoló és posztgraduális képzés) rendelkezik.

Különböző tanulmányok eredményeinek értékelése szerint Svájcban a karrier- és az előmenetel esélyei az ápolás területén (egyebek miatt a részmunkaidő igen magas aránya miatt) csekélyeknek tekinthetők. Svájcban (Németországhoz hasonlóan) az ápolás professzionalizálására irányuló törekvések egyebek között az ápolástudomány önálló diszciplínaként való elismerését tűzik célul. Ez kezdetben az akut ápolásra összpontosult, de most már az idősápolás tekintetében is megjelenik.

3. 9. 4. Az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetése:

A hozzátartozók által végzett ápolás Svájcban kevésbé elterjedt (az otthoni ápolás maximum 60%-a), mint Németországban vagy Ausztriában.

A családon belüli otthoni ápolásra Svájcban általában térítés nélkül kerül sor, ezt rendszerint nem támogatják pénzügyileg (kivételt képeznek a kiegészítő szolgáltatások). Ezzel szemben a formális otthoni ápolást a betegpénztárak részben finanszírozzák, illetve azt kantonoktól és önkormányzatoktól függően az idősokorúak és túlélő hozzátartozók biztosítási pénztárai által együttfinanszírozzák. Az ápolást

végző hozzátartozók számára, akik csökkentették munkaidejüket vagy teljesen feladták munkahelyüket, lehetséges a bérkompenzáció, amennyiben az ápolásra szoruló alkalmazottaivá váltak és mintegy bér gyanánt részesülnek a kiegészítő szolgáltatásokban (*Ergänzungsleistungen – EL*).

3. 10. Spanyolország:

3. 10. 1. A jóléti állam rendszere és az ellátórendszer szabályozása:

Spanyolországban a születéskor várható életkor 2008-ban férfiaknál 78,37 év, nőknél 84,59 év volt. A lakosság összlétszáma 74 millió. A nemek közötti arány 74 éves korig viszonylag kiegyensúlyozott. A 75-84 év közöttiekénél a nők aránya másfézszeres, 84 év fölöttiekénél már háromnegyed. A 65 év fölöttiekénél jelentősen növekedik az egyszemélyes háztartások száma (2007-ben az egyedül élők 70%-a nő volt).

A jóléti állam kutatása Spanyolországot „rudimentáris jóléti államként” jellemzi. A jóléti rendszert három domináns tényező határozza meg: A társadalombiztosítási rendszer kései (1908) és rudimentáris bevezetése; a Franco-diktatúra öröksége; az ezzel való szakítás és a demokratikus gazdasági és szociális rendszer bevezetése. A spanyol társadalombiztosítási rendszer alapvetően vegyes típusú, amely mind állami, mind privát elemeket tartalmaz. Ennek keretében a konkrét kompetenciákat nagyrészt az autonóm régiók gyakorolják. A szolgáltatások engedélyezésére egyre inkább individuálisan kerül sor. Ennek alapján a spanyol jóléti rendszert „posztautoriternek” is nevezik.

Az ápolás 2007-ig messzemenően privát-családi ügynek számított. Ekkor azonban a „*Ley de Dependencia*” elfogadásával megteremtődtek annak a keretfeltételei, hogy a beteg, fogyatékkal élő és időskorú ápolásra szoruló személyek ellátása fokozatosan állami feladattá váljék. A törvény alapján nyújtott szolgáltatások (az ENSZ fogyatékkal élők jogairól szóló konvenciója szerint) mind a fogyatékkal élőkre, mind a beteg személyekre kiterjednek és ezekre explicit módon az időskorúak is jogosultak, anélkül, hogy valamely korhatár megszabása vagy a rendszerek közötti átjárás válna szükségessé. A „*Lex de Dependencia*” csatlakozik az Európa Tanács határozatához az ápolásra szorultság definíciójára vonatkozóan. A szolgáltatások engedélyezése szükségletek szerint történik, de pénzügyileg maximált. Az ápolás, mint szolgáltatás alapfogalmai Spanyolországban: „*atención*” a gyermekápolásra, „*asistencia*” az időskorúakra és a szociális segítségnyújtásra, „*cuidado*” a betegápolásra vonatkozóan.

A „*Centro de Investigaciónes Sociológicas*” (CIS Data) 2001. évi felmérésre szerint a spanyolok többsége támogatja, hogy betegség esetén támogatásban részesüljön; 20% igényli a professzionális otthoni ápolást (12% kombinált segítség formájában); 57% a segítség meg szervezéséhez nyújtott pénzügyi támogatás mellett van. Az eredmények hozzájárultak az autonómiáról szóló törvény (*Ley de Dependencia*,

2007) és a fogyatékkal élők ápolásáról szóló törvény (*Ley de Autonomia Personal*, 2006) elfogadásához.

A „*Ley de Dependencia*” kiadásainak refinanszírozása az áfabevételekből, iparüzési adókból és jövedelemadóból történik. A törvény egyik célkitűzése a foglalkoztatás ösztönzése az ápolási szektorban, amelynek eredményeként kétmilliárd euró megtakarításra számítanak.

A törvény alapján elsősorban természetbeni ellátások nyújtására kerül sor. A segítségnyújtás katalógusa öt fokozatra tagolódik: prevenció, jelzőrendszerek, otthoni ápolás, nappali és éjszakai ápolás, intézményi ellátás). Pénzügyi ellátások kifizetésére csak másodlagosan, meghatározott esetekben kerül sor: ha a rendelkezésre álló kínálat nem elégséges, ha az otthoni ellátást egy a társadalombiztosítási rendszerbe bejelentett állandó ápoló látja el (feltehetően foglalkoztatási viszonyban); súlyos függés esetén, az ápolásra szoruló személy kiválaszthat egy ápolót, aki adekvát módszertani ismeretekkel rendelkezik.

Az ápolásra szorultság fokozatát (*assessment*), valamint a szükséges segítségnyújtás természetét és volumenét (ápolástervezés) az autonóm közösségek által kijelölt szervezetek határozzák meg. Az autonóm közösségek pénzügyi kompetenciája korlátozott, döntéseiket ugyanis a kormánynak kell jóváhagynia. A szolgáltatások volumene tekintetében az egyes autonóm közösségek között nyilvánvaló különbségek vannak.

3. 10. 1. 4. Az ápolást végzők és az ápolásra szorulóak helyzete:

A fogyatékoságról, a személyes autonómiáról és a függés helyzetéről 2008-ban végzett felmérés szerint Spanyolországban 2,3 millió nő és 1,55 millió férfi érintett valamilyen fogyatékoság/betegség/korlátozás által. A fogyatékos nők 80,3%-a és a férfiak 64,6%-a igényel segítséget az alaptevékenységek és a mindennapi élet tevékenységei tekintetében. A férfiak 47,1%-a és a nők 60,7%-a részesül más személyek segítségével. A segítők rendszerint 45-64 év közötti nők és az ápolásra szoruló személlyel együtt laknak. Az adatok megegyeznek a *Eurofamcare* 2004. évi országjelentésével.

Egy 2010. évi tanulmány az alábbiakban foglalja össze az idősápolás ismérveit:

1. Az otthoni ápolásra családon belül kerül sor, az ápolást végzők 83%-a a család nőtagja és ez a kapacitás egyelőre még rendelkezésre áll. A jövőben azonban csökkenni fog, mivel az 50 év alatti nők egyre fokozottabb mértékben keresőtevékenységet folytatnak.
2. Az ápolást végző nők átlagéletkora jelenleg 52 év, ám ezek egyharmada 60 év fölötti, 20%-a 65 év fölötti.
3. Az ápolást végzők nem folytatnak keresőtevékenységet.
4. Az ápolást végzők 40%-a az ápolásra szoruló személy lánya.

5. Az ápolást az esetek 77,2%-ában ez az egyetlen személy biztosítja, az ápolást végzők 17%-a pedig nemcsak egy személyről gondoskodik.
6. A „*Ley de Dependencia*” bevezetése ellenére a professzionális otthoni ápolás kínálata (kihasználtság 5%) és a nappali ápolás (kihasználtság 0,8%) alulfejlett.
7. A szabályozások szerint pénzbeli ellátásra csak akkor kerül sor, ha az állami szolgáltatók és intézmények nem állnak rendelkezésre a szükségleteknek megfelelő mértékben. Jelenleg az esetek 51%-a (2010/12.: 48,12%) számára fizetnek pénzbeli ellátásokat.

A szolgáltatásokban részesülők statisztikájának elemzése (2010. 12. 31.) megerősíti a nemek közötti munkamegosztásra vonatkozóan nemzetközi viszonylatban is előforduló arányokat. A szolgáltatásokban részesülők 67%-a nő és számuk a 65 év fölöttiek korcsoportjában ugrásszerűen növekedik. A „*Ley de Dependencia*” szolgáltatásaiban részesülőknek az összlakossághoz viszonyított aránya 1,42%.

Az adott kínálatok kihasználtsága és azok költségei:

1. (*Placa Residenciales*) lakóhelyek: összesen 294.739 kihasznált hely; költségek: évi 3.394 millió euró.
2. (*Placa Para Dependientes*) ápolási helyek: összesen 193.422 kihasznált hely; költségek: évi 3.300 millió euró.
3. Összesen 54.238 engedélyezett otthoni ápolási szolgálat, a teljes ellátás 13,6%-a.
4. Az otthoni ellátás volumenét a függőség mértékének megfelelően havi 70-90 órára (III. fokozat/2. szint), havi 55-70 órára (III. fokozat/1. szint), havi 40-55 órára (II. fokozat/2. szint) és havi 30-40 órára (II. fokozat/1. szint) korlátozzák.

Galicia Régióban bevezetett új lehetőség: a németországi rövid idejű ápolásnak megfelelő helyettesítő ápolás („*Programa de Respiro Familiar*”, amely vagy egy tételben 15 napra, vagy rendszeresen hetente két éjszakára/napra vehető igénybe.

3. 10 .2. Az ápolásnak a privát szférából való kiemelése és az ápolást végző hozzátartozók támogatása:

A munka és az ápolás összeegyeztethetősége érdekében 1999. óta lehetőség nyílik a munkaidő csökkentésére, vagy az ápolásra szoruló időskorú hozzátartozó ápolása céljából maximum egy évig való szabadságotra. A „*Ley de Dependencia*” arra is megteremti a lehetőséget, hogy az ápolótevékenységgel összefüggésben szerződés megkötésére kerüljön sor. Az ápolást végző személy így elnyeri a szakképzetlen ápoló vagy „*cuidador no profesional*” státusát. Spanyolországban jelenleg 9.312 férfi és 140.253 (!) nő él ezzel a lehetőséggel. Ezek 44,4%-a 50 év alatti, 17%-a 51-55 év, illetve 56-60 közötti és 22%-a 60 év fölötti. A regisztrált önkéntes ápolók száma 772.

Az ápolásra fordított állami kiadások a GDP 0,028-0,031%-a között mozognak, összegük 290-328 millió euró között van, aszerint, hogy a jelenlegi óradíjakat (4,70 euró), vagy az évi átlagjövedelmet vesszük-e alapul.

3. 10. 3. Az ápolótevékenység professzionalizálása:

A foglalkoztatott nők többsége (az összes foglalkoztatott nő 87,1%-a) a szolgáltatási szektorban dolgozik és mind százalékosan, mind abszolút számokban meghaladja a férfiak arányát (a foglalkoztatott férfiak 56,6%-a). Ezen a tevékenységi területen jelentősen növekedik a migránsok aránya is. Az ápolás szempontjából releváns szektorban („*actividades sanitarias y veterinarias, sercios sociales*”) a nők jövedelme 2006-ban 34,90%-kal alacsonyabb volt a férfiakénál és amennyiben az egyéb szociális ápolási, háztartási és gondozási tevékenységeket („*otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad: servicios personales*”) is figyelembe vesszük, 36,97%-ra csökken.

Becslések szerint 2015-ig a formális foglalkoztatási viszonyok száma 300.000-500.000 közöttire emelkedik. Az újonnan foglalkoztatottak száma a „*Ley de Dependencia*” bevezetése óta folyamatosan emelkedik: 2007-ben 77.604 személy, 2008-ban 125.987 személy.

Az ápolószemélyzet képzettségének színvonala alacsony, legfeljebb 11%-a rendelkezik magasabb képzettséggel. 2004-ben az ellátást elsősorban „háztartási alkalmazottak” biztosították (51,2%), akik többnyire közeli hozzátartozók voltak. A „háztartási alkalmazottak” 60%-a spanyol, 40%-a bevándorló volt.

3. 10. 4. Az ápolótevékenység feminizálódásának megszüntetése, a munka és az ápolás összeegyeztethetősége:

A „*Ley de Dependencia*” céljai között szerepelt a család ápolási potenciáljának támogatása, másrészt azonban annak a professzionális szolgálatok és intézmények általi tehermentesítése, a munka és az ápolás jobb egyeztetése. Felismerték, hogy a női munkaerő ugyan mindeddig rendelkezésre állt, a jövőben azonban ez a helyzet megváltozik. Ennek megfelelően intézkedéseket hoztak a professzionalizálás, a tehermentesítés, a biztonság erősítése és a támogatás érdekében. Négy év elteltével még nem ítélték meg, hogy a kitűzött célokat sikerül-e elérni.

A nők általános foglalkoztatási kvótája Spanyolországban mélyen a férfiaké alatt van. Ezenkívül a részmunkaidősök aránya 12,5%, ezeknek viszont 80%-a nő. A részmunkaidő indoklásaként a férfiak 1,3%-a állítja, hogy beteg felnőttekről vagy ápolásra szoruló idősokról kell gondoskodniuk és 1,7%-a hivatkozik általában családi kötelezettségekre. Ezzel szemben a nők 18,3%-ánál a fő indok az ápolás és 11,6%-ánál merülnek fel általános családi kötelezettségek. A nem kívánt részmunkaidő mindkét nemnél központi téma, a férfiak 40,5%-a, a nők 37,75%-a nem lát lehetőséget a teljes munkaidőben való foglalkoztatásra.

[A tanulmány a Friedrich Ebert Stiftung honlapján (96 p.):

<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08222.pdf>]