

Diana Auth: Az ápolás ökonomizálódása és az ápolótevékenység prekarizálódása  
*Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftung*  
WSI Mitteilungen, 2013. 6. sz., 412-422. p.  
(Erősen tömörítve)

## ***2. Az ápolótevékenység szabályozása az 1990-es évek közepe óta:***

### ***2.1. Az ápolásbiztosítás bevezetése:***

Húsz évig elhúzódó szakmai vitákat és érdekegyeztetési folyamatot követően 1995-ben sor került az ápolásbiztosítás, a német társadalombiztosítás ötödik pillérének bevezetésére. Azóta az ápolásra szorultság, mint szociális kockázat, egy intézményesített, járulékffinanszírozású kötelező biztosítás keretében részesül biztosítási védelemben. Az ápolásra szorultság definíciója erőteljesen a fizikai állapotra és a tevékenységek elvégzésének képességére összpontosít. Az ápolásra szorulóknak pénzbeli ellátás és/vagy ambuláns természetbeni ellátás vagy intézményi ápolás között választhatnak. Eltérően a betegbiztosítástól, amelynek struktúráját egyébként követi, az ápolásbiztosítás csupán „általános alapbiztosítás” vagy részleges casco-biztosítás, de rászorultsági vizsgálat nélkül. Érvényesül továbbá az önellátás és a szubszidiaritás primátusa, ami azt jelenti, hogy az ápolásra szorulóknak önrészekkel is hozzá kell járulniuk a költségekhez.

Az ápolásbiztosítás bevezetése több célkitűzést követett: Először is, a biztosítási megoldás a szociális segélyek teherviselőinek az intézményben ellátott ápolásra szorulóknak tetemes költségeitől való tehermentesítését célozta. Másodszor: minőségi és mennyiségi javulást kellett elérni az ápolásra szoruló személyek ambuláns ellátása területén. Ebben az összefüggésben a versenyhez fűződő okokból kifolyólag egyrészt egyenlőségi helyzetbe hozták a privát és a közhasznú szolgáltatókat, másrészt lehetővé tették, hogy több ápolási szolgálat és ápolási intézmény engedélyezésére kerüljön sor, mint amennyire szükség van. Harmadszor: az ambuláns szolgálatok kiépítése a kedvezőbb költségű otthoni ápolás megerősítését célozta. Az ápolásbiztosítás területén az otthoni ápolás elsőbbsége, ill. „az ambuláns ápolás intézményi ápolással szembeni primátusának elve” érvényesül.

Az ápolásbiztosítás bevezetésével egyrészt a szolgáltatások kibővítésére, másrészt gazdasági elvek érvényesítésére került sor. A globalizálódás és a telephelyek közötti verseny kontextusában az 1990-es évek óta a jóléti államban is érvényesült a piaci logika és a hatékonyság. Ezzel szemben – eltérően Nagy-Britanniától – Németországban nem következett be a költségeknek az ápolást igénybevevő háztartásokra való költségáthelyeződés értelmében vett privatizációs folyamata. A különböző ápolási szolgáltatások és szolgáltatók közötti választás lehetőségével erősödött a fogyasztói szuverenitás.

### **3. Az ápolási reformok hatásai a formális ápolótevékenységre:**

#### **3. 1. A fenntartói struktúra átalakulása az ápolási ágazatban:**

A privát és a közhasznú szolgáltatók egyenlősége, valamint a szolgáltatók közötti verseny gerjesztése az ápolási fenntartói szerkezet jelentős átalakulásához vezetett. 2011-ben jó 12.300 ambuláns szolgálat működött, amelyek kétharmada privát fenntartóhoz tartozott. A közhasznú ápolási szolgálatok aránya 2011-ben jó egyharmad, az állami fenntartóké mindössze 1,4% volt. Az állami szolgáltatók alacsony aránya annak tulajdonítható, hogy az idősápolás területén a közhasznú fenntartók Németországban nagy hagyománnyal rendelkeznek. 1999-hez viszonyítva az ambuláns szolgálatok száma összességében 14%-kal növekedett, amiből kizárólag a privát fenntartók profitáltak (+41%). A privát fenntartók aránya 1999. óta csaknem egynegyeddel növekedett, miközben a közhasznú fenntartók aránya ugyanezen időszakban azonos mértékben csökkent.

Az ápolási otthonok száma 2011-ben ugyancsak 12.300 volt. A közhasznú fenntartók aránya 54%, a privát fenntartóké 40%, az államiaké 5%. 1999-hez viszonyítva az ápolási otthonok száma csaknem 40%-kal növekedett. A növekedés mértéke a privát fenntartóknál jó 60%, a közhasznúaknál jóval gyengébb (egyharmad). A privát ápolási otthonok aránya 1999-hez viszonyítva 16%-kal növekedett, a közhasznúaké szűk 4%-kal csökkent. A verseny haszonélvezői egyértelműen a privát ambuláns szolgálatok és ápolási otthonok. Ezek a szolgálatok többnyire az 1990-es évek közepén jöttek létre és mára az ambuláns ellátás jó 60%-át és az intézményi ápolás 40%-át birtokolják.

#### **3. 2. A bérek alakulása:**

A WSI (*Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung*) 2012. évi bérfelmérése szerint egy idősápoló átlagos havi bruttóbére 2.148 EUR volt. A medián 2.032 EUR, ami azt jelenti, hogy az idősápolók alsó egynegyede kevesebb mint 1.714 EUR-t, felső egynegyede több mint 2.412 EUR-t keres. A tarifaszervezők keretében működő vállalkozásoknál az idősápolók bére jóval magasabb volt, a különbség bruttó 480 EUR. A megkérdezett idősápolóknak csak 39%-a válaszolta, hogy tarifaszervező keretében működő vállalkozásnál dolgozik. [Ezzel kapcsolatban lásd még: *Felmérés az ápolószemélyzet fizetéséről a [www.lohnspiegel.de](http://www.lohnspiegel.de) portálon, 2012. 32. sz.*]

Az ápolási ágazatban 2010. óta minimálbért alkalmaznak, amelynek összege 2013 közepe óta a nyugati tartományokban 9 EUR, a keleti tartományokban 8 EUR. Ez összesen mintegy 800.000, túlnyomórészt az alapápolás területén működő foglalkoztatottat érint. Ebbe a körbe tartozik a kölcsönzött munkaerő és a csekély mértékben foglalkoztatottak csoportja is.

A pluralizált, privát fenntartók által dominált struktúra folytán az ápolási ágazat fokozatosan kivonul a tarifaszervezők köréből. Lassan az individuális szerződések

kerülnek túlsúlyba. Az idősápolás területén dolgozóknak kevesebb mint a fele részesül tarifaszervezőkhez kapcsolódó bérekben. A bérszint a privát szolgáltatóknál és ápolási otthonoknál alacsonyabb, mint az állami vagy közhasznú fenntartóknál. A bércsökkenés spirálja csak a minimálbérek bevezetésével tartóztatható fel. A bérfejlődés elemzéséből kiderül továbbá, hogy a bérnövekedés az idősápolás területén alacsonyabb, mint az osztályosadalmi átlagé.

### ***3. 3. A foglalkoztatási és szakképzettségi struktúrák alakulása:***

Az ambuláns szolgáltatóknál 2011-ben 290.000, az ápolási otthonoknál 660.000 foglalkoztatott dolgozott. A foglalkoztatottak száma 1999. óta a felével növekedett. A teljes munkaidős ekvivalensek figyelembevételével azonban a növekedés 2003 és 2011 között az ambuláns ápolási szolgáltatóknál mindössze jó 44%, sőt az ápolási otthonoknál mintegy 23% volt.

A foglalkoztatás 1999 és 2011 közötti növekedésével egyidejűleg a teljes munkaidős foglalkoztatottak aránya az ambuláns szolgáltatóknál 31%-ról 27%-ra, az ápolási otthonoknál 48%-ról szűk egyharmadra csökkent. Ezzel szemben jelentősen növekedett a részmunkaidős és a minijobok aránya. Elsősorban a munkaidős 50%-át meghaladó részmunkaidős foglalkoztatás aránya növekedett. Az ilyen részmunkaidős foglalkoztatás aránya 1999 és 2011 között az ambuláns szolgáltatóknál több mint 100%-kal, az ápolási otthonoknál több mint 130%-kal növekedett. Ha figyelembe vesszük azokat, akik a munkaidős 50%-ánál kevesebbet dolgoznak, de nem számítanak csekély mértékű foglalkoztatottnak (15%), úgy az ápolási ágazatban a foglalkoztatottnak mintegy a fele részmunkaidős alapon dolgozik. A minijobok száma 1999 és 2011 között az ambuláns ápolási szolgáltatóknál 50%-kal, az ápolási otthonoknál 45%-kal növekedett. Ennek ellenére összességében a minijobok aránya alig változott: az ambuláns szolgáltatóknál egyötöd, az ápolási otthonoknál egytized. Nemcsak a részmunkaidősök, hanem a határozott időre szerződöttnak foglalkoztatottak aránya is növekedett: az idősápolók egynegyedét és a segéd-idősápolók egyharmadát határozott időre foglalkoztatják.

Az ápolásbiztosítás bevezetésével járó formalizálódás mellett az ápolótevékenység területén egy (fél-)professzionizálódás is bekövetkezett. Az ambuláns szolgáltatóknál a szakképzett ápolók száma 1999 és 2011 között 68%-kal, az ápolási otthonoknál 56%-kal növekedett. Ugyanezen időszakban az ambuláns szolgáltatóknál a szakképzett ápolók aránya 48%-ról 51%-ra, az ápolási otthonoknál 31%-ról 32%-ra növekedett. A szakképzett ápolók száma és aránya mellett a felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók aránya is növekedett. Az ápolástudományi (szak-)főiskolai végzettséggel rendelkezők száma az ápolási otthonokban 1999-ben még 808, 2011-ben 2.870 volt, tehát háromszorosára növekedett. Az ambuláns szolgáltatóknál az ápolástudományi (szak-)főiskolai végzettséggel rendelkezők száma 1999-ben 420, 2011-ben 1.080 volt, tehát megduplázódott. E helyütt azonban az is megjegyzendő, hogy a szakképzettséggel nem rendelkezők aránya az ápolási otthonoknál meghaladja a 40%-ot.

### **3. 4. A munkakörülmények alakulása:**

Két longitudinális vizsgálat szerint az ápolásbiztosítás bevezetése óta az ápolók munkakörülményei, mindenekelőtt a személyzetcsökkentés, az időhiány, a döntésszabadság korlátozása és a megnövekedett munkavolumen folytán rosszabbodtak. Egy európai összehasonlítás szerint az ápolási otthonokban foglalkoztatottak kevesebb mint 50%-a elégedett munkakörülményeivel. Minden negyedik foglalkoztatott a munkahelyváltást, több mint 15%-a a pályaelhagyást fontolgatja. Az ápolási és idősothonokban foglalkoztatottak időbeli megterhelése nemzetközi összehasonlításban igen magas. Az ápolási ágazatban a megkérdezettek több mint 40%-a *burnout*-ban szenved. A stresszel való megterhelés és a pszichés kimerültség is magasabb, mint az összes foglalkoztatott körében.

Egyes szerzők a standardizált professzionális ápolótevékenység „kvázitaylorizálódásáról” beszélnek. Az új menedzsment-modellek racionalizálásra és költségcsökkentésre törekednek. Ennek során azonban ellentmondás keletkezik a professzionalizálódás és a magasabb minőségi standardok (tanúsítás, technicizálás, új ápolási szervezési megoldások) iránti igény és az elemi ellátás hiányosságai, valamint az ápolásra szoruló személyek lelki szükségleteinek elhanyagolása között (pl. sebkötözésre vagy a beszélgetésre fordított idő csökkentése).

### **4. A formális ápolótevékenység terjedése a nők konstans aránya mellett:**

2011-ben az ápolásra szoruló személyek több mint 47%-ának otthoni ápolását a hozzátartozók végezték. Ez az arány 1999. óta jó 7%-kal csökkent. Ezzel szemben az ambuláns szolgálatok által otthonukban ellátott ápolásra szoruló aránya egyötödről 23%-ra növekedett. Az intézményi ápolás aránya 1999 és 2011 között 28%-ról szűk 30%-ra növekedett.

A formális ápolótevékenység terjedése ellenére a nemek közötti arány alig változott. 2011-ben az ambuláns és az intézményi ápolás területén működő mintegy 950.000 foglalkoztatott 88%-a, ill. 84%-a nő volt. A nők aránya az ápolásbiztosítás bevezetésével alig változott. Az abszolút számok növekedése ellenére a férfiak aránya az ambuláns szolgálatoknál 17%-kal csökkent.

### **5. Formalizálódás és professzionalizálódás ellenére: az ápolótevékenység prekarizálódása:**

Az ápolásbiztosítás bevezetése első megközelítésben a szolgáltatások körének bővítését jelenti az ápolásra szoruló és hozzátartozóik számára. Az önrészek ellenére nem az ápolás kockázatának privatizációjára, hanem annak „részleges szocializálására” kerül sor. Ez annyiban figyelemreméltó, hogy az ápolásbiztosítás bevezetésére egy olyan időszakban került sor, amikor egyes európai országokban, mint Nagy-Britanniában és Svédországban, éppen folyamatban volt a jóléti állami szolgáltatások neoliberalis át- és leépítése. Az ápolásbiztosítás keretében bevezetett ökonomizálódási elemek esetén egyrészt a szolgáltatások általánossá tételéről és

standardizálásáról, másrészt a szociális szolgáltatók közötti versenyről volt szó. A „piaci és versenymechanizmusok” tudatos politikai befolyásolásával a szolgáltatók között versenyhelyzet keletkezett, amely erőteljesen átrendezte a németországi ápolás térképét. A privát fenntartók előretörése negatív hatást gyakorolt a bérekre, a foglalkoztatási struktúrákra és a munkakörülményekre a hivatásos ápolás területén. Ezzel összefüggésben pedig a prekarizálódás változatos tendenciái jelennek meg:

(1) A közhasznú és a tarifaszervezőkhez nem kötődő privát fenntartók közötti konkurencia a tarifaszervezők tekintetében egyébként gyenge lábakon álló ápolási ágazatnak a bérszerződések köréből való kivonulásához vezetett. Ennek következményeként csökkentek a bérek, a bérfelértékelés pedig az össztársadalmi átlag alatt ment végbe. A bérekre gyakorolt nyomás ebben a tradicionálisan nők által dominált ágazatban jelentősen növekedett, amit csak a minimálbérek bevezetése (2010) csillapíthatott. Az ápolási ágazatban a foglalkoztatási viszonyok nagymértékben részfoglalkoztatáson alapulnak. Ezzel szemben, elsősorban az intézményi ápolás területén, csökkent a társadalombiztosításra köteles teljes munkaidős foglalkoztatás. Az a tény, hogy a bérek alacsonyak, még nem jelenti, hogy a hivatásos ápoló(nő)k feltétlenül szegénységben élnek vagy csak több állás vállalásával menekülhetnének meg az elnyomorodástól. Az ápolási ágazat helyzete a foglalkoztatási struktúrák tekintetében is prekarizálódik, mivel a foglalkoztatottak egynegyedét határozott időre szerződtetik.

(2) Az ápolásra szorultságnak a fizikai állapotra és a tevékenységek elvégzésére orientált definíciója, az ápolási dokumentációk iránti igény megnövekedése, az ápolási szolgáltatások standardizálása, a szolgáltatók közötti verseny ösztönzése, amely a bérköltségek csökkentéséhez vezetett ebben az egyébként magas személyi igényű ágazatban, összességében a hivatásos ápolók időbeli és fizikai megterhelését eredményezte. Ilyen körülmények között a professzionalitásra való törekvés, a minőség és szakmaiság csak nehezen juthat érvényre.

(3) A munkakörülmények rosszabbodása a hivatásos ápolók reprodukciójának körülményeit is befolyásolja. A munkával való elégedetlenség egyik okaként gyakran a munka és a családi élet közötti összeegyeztetés nehézségeit nevezik meg. A nők magas arányánál és az informális gondoskodó tevékenységnek a nőkre hárulásánál fogva a problémahelyzetek is a hivatásos ápolótevékenységet végző, gyermekes és hozzátartozóikat ápoló nőknél halmozódnak fel.

A prekarizálódási folyamatok ellenére az ápolás új szabályozása és formalizálódása néhány emancipációs eredménnyel járt: pozitív tény a (fél)ig professzionális ápolótevékenység terjedése és a professzionális női munkavégzés felértékelődése.

**A szerző:**

**Diana Auth**, Dr. disc. pol., tudományos asszisztens,  
*Institut für Politikwissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen*,

E-mail: [diana.auth@sowi.uni-giessen.de](mailto:diana.auth@sowi.uni-giessen.de)

(KB)