

Időotthonok és nyugdíjasházak fejlesztésének lehetőségei Magyarországon

2. rész



**Nemzeti
Együttműködési
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR
Alapkezelő Zrt.

2024 április

Tartalom

Bevezető	3
Európai unió országainak demográfiai helyzete	8
Időotthoni ellátás az Európai Unió országában	22
Idősek tartós gondozása az Európai Unióban	26
Az ápolás helyzete - Nemzetközi kitekintés	36
Németország demográfiai helyzete	49
Időotthoni ellátás és nyugdíjasházak helyzete Németországban	56
Időotthoni ellátás és nyugdíjasházak helyzete Ausztriában	69

Bevezető

Európa jövőjét a most érvényes kiindulási állapotból való elmozdulás iránya fogja meghatározni. A kontinens sűrűn lakott, ugyanakkor demográfiai mutatói alapján a népesség előrejedése és csökkenése várható. Gazdasága erős, azonban nagyhatalmi státuszát már elveszítette, nemzetei egyenként pedig nem elég nagyok. Az Európai Unió mindezekig nem volt képes minden téren elmélyült integrációt generálni az országok között, sőt jövője is kérdésessé vált. Ezek a kontinens jövőjét meghatározó legfontosabb kiindulási paraméterek, melyekből következtetni lehet a jövő folyamataira.

Három lehetséges forgatókönyv vázolható fel a kontinens jövőjével kapcsolatban¹: az első forgatókönyv nagyjából a jelenlegi trendek egyenes továbbvezetése, tulajdonképpen egy „baseline”-szcenárió, a „Minden marad úgy, ahogy eddig volt” változat. A második forgatókönyv egy borúsabb jövőkép, mely végül az unió szétesését vízionálja, ez az „Európa veszélyben” scenárió, míg a harmadik lehetséges út a felemelkedéshez vezet, „Az Európai Unió reneszánsza”, ami egy újból megszerzett nagyhatalmi státuszt vetít előre a kontinens számára a következő harminc évben.

1. „Minden marad úgy, ahogy eddig volt”

Az első scenárióban holtpontra jut az európai integráció, eszerint az Európai Unió globális gazdasági súlya mintegy megfelelődik 2010 és 2050 között (29-ről 15 %-ra csökken), és ugyan számszerűen nagyjából 50%-kal nő az európai GDP, ez még mindig szerénynek mondható, ugyanis világszinten 2,7-szeresére nő a világ gazdaság, az USA például megduplázza teljesítményét ez alatt az időszak alatt.

Demográfiai és társadalmi változások - Idősödő európai népesség

2050-re a 60 feletti népesség aránya 37% körül lesz a teljes népességen belül, számuk a jelenlegi 161 milliőről 236 millió főre növekszik. A tagállamok közötti, születéskor várható élettartamokban mutatkozó különbségek jelentősen csökkenni fognak. Az idősödő népességszám három jelenségre vezethető vissza:

- tartósan alacsony a termékenységi ráta (az egy anyára jutó gyermekek száma tartósan igen alacsony);
- folyamatosan nő a születéskor várható élettartam;

¹ Forrás: <http://www.geopolitika.hu/hu/2017/06/22/europa-2050/>

- és végül, egy nagyszámú babyboomer generáció éri el a nyugdíjas kort.

A fenti a demográfiai trendek fontos következményekkel járnak a társadalmi összetétel alakulását illetően:

- meglehetősen korlátozott népességnövekedéssel lehet számolni az aktív korú népesség fokozatos elöregedése miatt (ezt ellensúlyozhatja a nyugdíjazási kor megemelése, a nők foglalkoztatásának javítása, illetve a bevándorlás);
- a munkaképes korúak átlagos életkora egyre magasabb lesz, egyrészt a korszerkezet, másrészt a nyugdíjkorhatár emelkedése miatt, ezért a belső munkafolyamatok átszervezésére is szükség lesz;
- néhány ágazatban komoly szükség lesz a bevándorlás fokozására, emiatt jelentősen megnövekszik az európai társadalom multikulturalizmusa, mely végül integrációs problémákhoz vezethet.

2. „Európa veszélyben” – széteső európai integráció

A második forgatókönyv egy pesszimistább változatot jelent, ami szerint 2050-re sokkal alacsonyabb gazdasági hozzáadott-érték tulajdonítható Európának, ezzel együtt pedig a kontinens politikai befolyása is jelentősen csökken, így - a forgatókönyv szerint - Európa a folyamatos hanyatlás lefelé tartó spiráljába kerül. Bár a kontinens világ gazdasági részesedése 2050-ben ugyanannyi, mint az előző scenárió esetében (15%), a lényeg az abszolút gazdasági méret, ez pedig csupán 40%-os növekedést mutat 2010–2050 között.

Demográfiai és társadalmi változások - Fogyatkozó európai népesség

Ez alapján az előrejelzés-változat alapján az Európai Unió népessége 2025-ig növekszik még, mintegy 500 millió főre, utána azonban csökkenésbe kezd, 2050-re csupán 470 millió fő lesz. Súlyosbítja a helyzetet, hogy a munkaképes korú lakosság száma jelentősen csökken, a népesség mintegy 10%-a pedig 80 év feletti lesz. A nemzeti munkahelyek védelme érdekében (elsősorban a fiatalok munkavállalását segítő, de egy zéró-bevándorlási politika életbe lépése esetén 2050-re az európai lakosság csupán 450 millió fő körül alakulna, hasonlóan az előző forgatókönyvhöz). A GDP-növekedés lassú lesz, ugyanakkor az egy főre jutó GDP növekedése még akár gyorsulhat is.

Csökkenő társadalmi tőke

A családok változó szerepe miatt egyre nagyobb teret hódít megához az individualizmus a társadalomban. A fiatalabb és idősebb generációk közötti szakadék tovább nő, a fiatalok egyre nehezebben találnak megfelelő munkahelyet, és egyre kevésbé lesznek képesek megteremteni saját felnőtt életük alapját.

Csökkenő munkaerő

Ebből a szempontból három fontos trend várható: a fiatalok arányának csökkenése, ezáltal a fiatalok közötti, munkahelyekért folyó versengés is csökken; emellett a munkaképes korúak arányának csökkenése összességében is folytatódik, a bevándorlóknak köszönhetően azonban a munkaerő állománya számszerűen lényegében nem lesz kevesebb, inkább stagnál. A számok fenntartását az is segíti majd, hogy a nők egyre intenzívebben jelennek majd meg a munkaerőpiacon.

A scenárió azzal is számol, hogy az Európai Unió végső soron nem éli túl a 2008-as gazdasági válságot: először az eurózóna kezdene darabokra hullani, majd pedig maga az unió is szétesne. Németország önálló hatalommá próbálna válni a multipoláris világrendben, őt Franciaország és Nagy-Britannia követi az erőssorrendben. Európa országai között frusztráció, kiábrándultság törne ki, végül a rend fenntartását az Egyesült Államok kezébe adná vissza a kontinens.

3. További európai integráció, az „Európai Unió reneszánsza”

A harmadik forgatókönyv megközelítése az, hogy az Európai Unió meg tudja majd valósítani kutatási és innovációs politikai célkitűzéseit, így általánosságban véve a nemzetközi befolyása növekedni fog, gazdaságilag megerősödik 2050-re. Világgazdasági teljesítményének aránya az USA-éval egyezik majd meg, annak ellenére, hogy demográfiailag kevésbé dinamikus régió. E változat szerint az USA és az Európai Unió együttesen felülmúlják Kína és India együttesét.

Demográfiai és társadalmi változások

Az életszínvonal megtartásához Európának „importálnia” kell embereket a világ más részeiről. Jelentős „agyelszívás” zajlik majd Európa irányába, az új vállalkozások pedig virtuálisan is tudnak munkaerőt szerezni maguknak az interneten keresztül, és csak a legjobb képességekkel rendelkezők kaphatnak belépést. Mivel a szociális szolgáltatásokra fordítható erőforrások csökkenni fognak, a nyugati társadalmak kénytelenek lesznek kevésbé individualistán gondolkodni.

Aktív öregedés

Egyre inkább előtérbe kerülnek a nem-formális oktatási formák, illetve az élethosszig tartó tanulás. Az idősök munkatapasztalata egyre értékesebbé válik, alkalmazásuk is egyre tovább tart, részben főként a nyugdíjkorhatár felemelésének következtében.

Nyitott és vonzó európai társadalom

A munkaerőhiányt bevándorlással lehet pótolni, emellett a megfelelő képességgel rendelkezők Európába vonzása is fontos szempont. Ehhez illeszkedően a bevándorlási politika szelektív lenne, csak a legképzettebbek nyernének bebocsátást. Az évi egymillió bevándorló letelepítésével népességnövekedés válna elérhetővé 2030 és 2050 között, a bevándorlási politikának köszönhetően pedig a bevándorlók munkaerőpiaci elhelyezése és társadalmi-kulturális integrációja sem jelentene problémát, továbbá a nemzeti és makro-regionális fejlesztési rendszerek evolúciójának köszönhetően jelentős jóléti növekedés válhatna elérhetővé az „Európai Unió reneszánsza” forgatókönyv szerint.

Az idősekről gondoskodás főbb szempontjairól

A gondoskodásra szoruló, idősotthoni elhelyezésre váró idősök egyik fő problémája a demencia, illetve az állandó felügyelet hiánya és az elmagányosodás. Napjaink családjaira jellemző, hogy kevesen élnek idős családtagjaikkal, amely jelentősen nehezíti a gondoskodási folyamatot. A demencia esetén növekvő ápolási feladatok elvégzésében nem kapnak megfelelő támogatást a családi gondozók, ezért a formális, tartós idősellátási rendszerek bevonását kezdeményezik.

Az idősotthonba való felvételre várakozás ideje alatt, amikor már nem tudják a családban megoldani a gondozást, számos esetben fordul elő az idős ember több hónapig tartó kórházi tartózkodása. Az intézményi elhelyezéshez fordulás oka lehet a szociális ellátórendszer alapellátásáról való információhiány vagy az iránta való bizalmatlanság, illetve a nehezedő – a családi gondozók tudását meghaladó – szakápolási feladatok elvégzésének képtelensége. Az idősotthonok felé fordulás hátterében azonban egyéb okok is fellelhetők: az időseket gondozók maguk is idős vagy idősödő emberek, akik egészségügyi és anyagi gondokkal küzdenek. Sok esetben ők is gondoskodásra szorulnak, különösen, ha ők az idős emberek házastársai és testvérei. Az életkorral összefüggő multimorbiditás, illetve a növekvő és speciális

gondozási szükséglet növeli a különböző egészségügyi és szociális szolgáltatásokkal, illetve az informális gondozókkal való együttműködések kialakításának fontosságát.

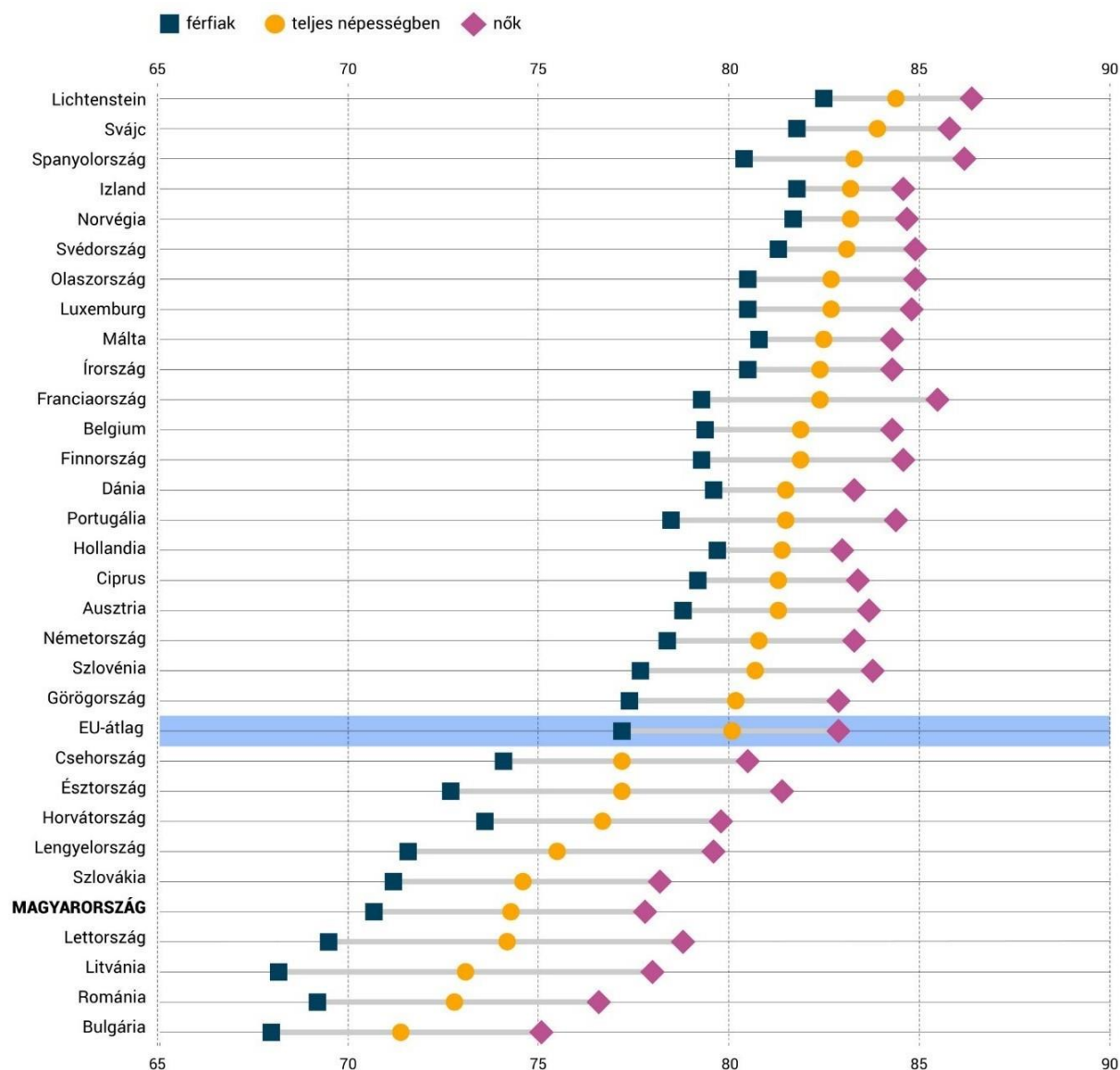
Lehetőség?

A szociális ellátórendszer lehetőséget biztosíthatna a felvételre várakozó idősök és gondozóik felé a gondozással, ápolással és mentálhigiénés szolgáltatással kapcsolatos segítségnyújtásra - ápolási és jogi tanácsadás, képzések formájában - a várakozás ideje alatt, amely csökkenthetné a kórházi felvételek számát az idősotthoni felvételt megelőzően. A formális és informális szektor tudatos összekapcsolása, az integrált tartós gondozási rendszer kialakítása segítséget nyújthatna mindkét szektorban a gondozók munkájához, ezáltal pedig a gondozási szükségleteknek megfelelő idősgondozás kialakításához.

Európai unió országainak demográfiai helyzete

Az emberek Európában hosszabb és egészségesebb életet élnek. A várható élettartam az elmúlt évtizedekben Európa társadalmi és gazdasági fejlődésének köszönhetően nőtt, ideértve - egyebek mellett - az életszínvonal javulását, az egészségügyi ellátás és az orvostudomány fejlődését. A várható élettartam növekedésével Európának olyan a hosszú élethez illeszkedő társadalmat kell kialakítania, amely megbecsüli a hosszabb ideig tartó időskort, saját életük irányítására alkalmassá teszi az idősebb embereket, és amely a jelen és a jövő nemzedékeinek jólétét és jóllétét egyaránt támogatja.

1. ábra: Születéskor várható élettartam Európa országaiban, 2021-ben



Az Európai Unióban (a továbbiakban: EU) 2021-ben átlagosan 80,1 évig éltek az emberek, míg Magyarország a 74,3 évével alulról ötödik a listán. Érdeemes figyelembe venni, hogy a koronavírus-járvány előtt minden országban jobbak voltak az adatok, hazánkban például 76,5 év volt a születéskor várható élettartam. (Magyarországot az uniós átlagnál jobban megviselte a koronavírus-járvány: az EU-ban átlagosan 1,2 évet, nálunk viszont 2,2 évet esett vissza a születéskor várható élettartam.)

Az előző évhez képest fél évvel nőtt, 80,6 évre emelkedett az európai uniós állampolgárok születéskor várható átlagos élettartama 2022-ben - derült ki az Európai Unió statisztikai hivatala, az Eurostat 2024. március 14-én közreadott jelentéséből².

Ez a demográfiai változás ugyanakkor közvetlen hatással van az EU humántőkéjére és versenyképességére. A népesség előregedése és a munkaképes korú népesség csökkenése súlyosbítja a munkaerőhiányt, növeli az állami költségvetésekre nehezedő nyomást, várhatóan jelentős hatással lesz a beruházásokra, a termelékenységre és a vállalkozói tevékenységre, és kihat a demokratikus társadalmak társadalmi, területi és generációk közötti kohéziójára, mivel egyes tagállamok és régiók jobban érintettek benne, mint mások.

Az Európai Tanács a 2023 júniusában megfogalmazott következtetéseiben olyan eszköztár létrehozására szólított fel, amely kezeli a demográfiai kihívásokat és különösen azoknak az Európa versenyelőnyére gyakorolt hatását. A polgárok azt várják el, hogy az EU és a nemzeti kormányok közösen lépjenek fel a demográfiai változások és azok hatásainak kezelése érdekében. A vonatkozó szakpolitikáknak a nemek közötti egyenlőség és a nemzedékek közötti méltányosság elvén³, valamint a vidéki és távoli régiókat is figyelembe vevő helyi realitásokon kell alapulnia, és magukévá kell tenniük más globális trendeket, mint például a zöld és a digitális átállást. A feladat nagysága összehangolt összkormányzati megközelítést feltételez, amely demokratikus és inkluzív módon bevonja a gazdaság és a társadalom valamennyi szereplőjét, így módon a demográfiai tendenciák hozzájárulhatnak Európa rezilienciájának általános megerősítéséhez.

² <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240314-1>

³ A nemzedékek közötti méltányosság a különböző generációk közötti méltányosságot vagy igazságosságot jelenti. Alkalmazható a gyermekek, a fiatalok, a felnőttek és az idősek, valamint a jelenleg élő és a jövő generációi közötti dinamika méltányosságára. Számos területhez kapcsolódik, és olyan témákat foglal magában, mint a gazdasági vagy társadalmi méltányosság, az életszínvonal vagy az éghajlatváltozás.

A demográfiai változások alapvető meghatározója az, hogy az egyének és a családok milyen életutat választanak, az uniós és nemzeti szakpolitikáknak pedig elő kell segíteniük annak biztosítását, hogy az európai polgárok meg tudják valósítani törekvéseiket. E célból a közpolitikákat és a megfelelő szinten nyújtott támogatást ki kell igazítani a következők érdekében:

- a családi élettel kapcsolatos törekvések és a fizetett munka jobb összeegyeztethetősége, különös tekintettel a minőségi gyermekgondozáshoz való hozzáférésre, a munka és a magánélet közötti jó egyensúly biztosítása révén;
- a fiatalabb generációk támogatása és helyzetbe hozása, hogy jobban boldoguljanak, fejleszthessék készségeiket, illetve könnyebben el tudjanak helyezkedni és megfizethető lakhatáshoz jussanak;
- az idősebb generációk szerepvállalásának növelése és jólétük fenntartása megfelelő munkaerőpiaci és munkahelyi politikákkal kombinált reformok révén;
- szükség esetén a munkaerőhiány mérséklése irányított legális migráció révén, figyelemmel arra is, hogy erre teljes mértékben az EU-ban is fellelhető tehetséges munkaerő kiaknázásának kiegészítéseképpen kerüljön sor.

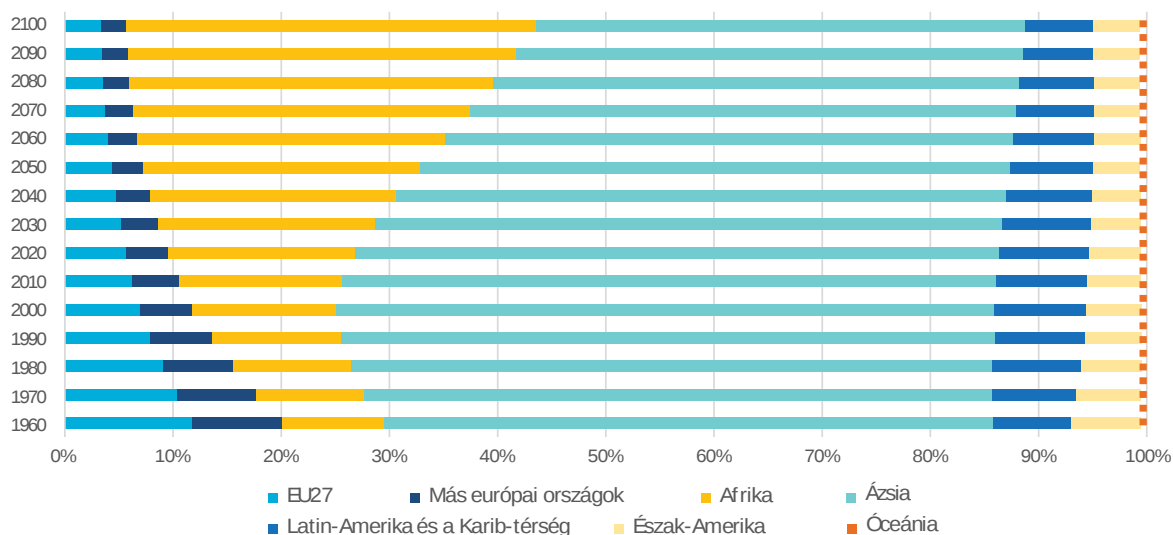
Az uniós eszközöket – szabályozási eszközöket, szakpolitikai kereteket és finanszírozást – hatékonyan kell kombinálni a nemzeti és regionális politikákkal annak érdekében, hogy minden generáció képes legyen az életüket alakító döntések megvalósítására, valamint a gazdaságban és a társadalom egészében rejlő potenciáljuk kiaknázására, és ezen eszközöknek támogatniuk kell őket ebben.

A következő években az EU népességének csökkenése és folyamatos előregedése negatív hatással lehet az EU hosszú távú versenyképességére. Az előrejelzések szerint a világ népességének globális növekedése folytatódik a XXI. században, és az előregedés világszerte egyre jelentősebb demográfiai tendencia lesz⁴. A demográfiai változások iránya és üteme országonként eltérő, és az előrejelzések szerint a globális népességnövekedés nagy része az alacsony jövedelmű országokban fog megtörténni. Az EU-n belül az öregedés és a születésszám csökkenése miatt a népességszám 2026 körül tetőzik, majd az azután következő évtizedekben fokozatosan csökkenni fog. Az EU munkaképes korú népessége az előrejelzések szerint csökkenni (2100-ig 57,4 millióval), az időskori függőségi ráta pedig növekedni fog

⁴Az Egyesült Nemzetek Gazdasági és Szociális Ügyek Főosztálya Népegységügyi Osztályának a világ népesedési kilátásairól szóló, 2022. évi előrejelzése.

(2100-ra 33%-ról 60%-ra)⁵. E tendenciák eredményeként az uniós népesség világon belüli részaránya továbbra is csökkenni fog (2070-re a mai 6%-ról 4% alá)⁶, ami csökkentheti az egységes piac relatív súlyát a világgazdaságban, és csökkenti az EU geopolitikai befolyását.

2. ábra: A világ népességének becsült és előre jelzett részaránya földrészenként, 1960–2100 között (%-ban)



A demográfiai változások – ha nem kezelik őket, – tovább fogják súlyosbítani a munkaerőhiányt, ami szűk keresztmetszeteket idézhet elő a gazdaságban. Az EU-ban a munkaerőhiány már most is rekordszintet ért el, amelyben a munkaképes korú népesség csökkenése a különböző tényezők egyike. Több tagállamban és régióban különösen nagy a kereslet a természettudományok, a technológia, a műszaki tudományok és a matematika (STEM), az információs és kommunikációs technológia (IKT), valamint az építőipar, az ápolás-gondozás és a közlekedés-szállítás (például a tehergépjármű- és autóbusszvezetés) területén dolgozó szakemberek iránt⁷. Mivel a „baby boomerek” (akik az 1940-es évek közepe és az 1960-as évek közepe között születettek) legkésőbb a 2030-as évek közepéig nyugdíjba vonulnak, a magas és alacsony képzettséget igénylő szakmákban egyaránt jelentkező hiány – ellensúlyozó tendenciák hiányában – az előrejelzések szerint jelentősen nőni fog.

A demográfiai változások új lehetőségeket teremthetnek egyes ágazatokban, de a stratégiai függőségek bizonyos kockázatait is növelhetik. Európa népességének előregedése 2025-re az

⁵Foglalkoztatási és szociális fejlemények Európában, éves felülvizsgálat, SWD(2023) 248 final.

⁶Lásd: Jelentés a demográfiai változások hatásáról, COM(2020) 241 final. A demográfiai változások hatása egy változó környezetben, SWD(2023) 21 final.

⁷Foglalkoztatási és szociális fejlemények Európában, éves felülvizsgálat, SWD (2023) 248 final.

EU GDP-jének 28,1%-ára növeli az „ezüst gazdaságban” rejlő potenciált⁸. A hosszú élethez illeszkedő társadalomban a különböző ágazatokban és területeken – például a technológia, az egészségügy és az ápolás-gondozás, az orvostudomány, a táplálkozás és a jóllét, az oktatás és az egész életen át tartó tanulás, a közlekedés és a pénzügyi szolgáltatások, valamint a szociális gazdaság területén – kínálóznak lehetőségek. A demográfiai változások bizonyos kritikus gyógyszerekhez való hozzáférésre is hatással vannak azáltal, hogy növelik az életkorhoz és a geriátriai ellátáshoz igazított gyógyszerek iránti keresletet, és ezáltal befolyásolják a gyógyszerekkel kapcsolatos K + F prioritásokat.

A demográfiai változások súlyosbíthatják a termelékenységi kihívást. A részben az innováció és az automatizálás (pl. a robotika, a mesterséges intelligencia használata) által ösztönzött magasabb termelékenység, valamint az ehhez kapcsolódóan felhalmozódó bérek olyan „hosszú életre szóló osztalékot” képezhetnek, amely segít ellensúlyozni a munkaképes korú népesség csökkenését. A termelékenység folyamatos növekedése azonban kihívást jelenthet, elsősorban azért, mert az idősebb generációk alacsonyabb megtakarítási aránya a termelőberuházások helyett a fogyasztás felé tereli az erőforrásokat. Az idősebb munkavállalókat potenciálisan jobban aggasztja a készségeik naprakésszé tételének szükségessége is, emellett a népesség elöregedése csökkenti a vállalkozói tevékenységet, mivel az idősebb korcsoportba tartozók kisebb valószínűséggel indítanak új vállalkozást, és a generációk közötti üzletátruházás összetettebbé és kevésbé gyakorivá válik.

Hogyan látják az európaiak a demográfiai változásokat és azok következményeit?

Az Eurobarométer felmérésének új eredményei szerint 10 európaiból 7 egyetért abban, hogy a demográfiai tendenciák veszélyeztetik az EU hosszú távú gazdasági jólétét és versenyképességét.

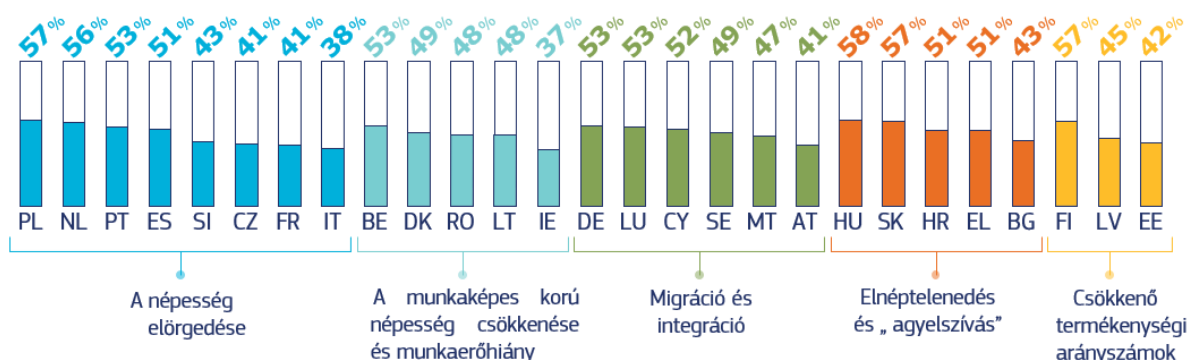
3. ábra: Sürgető demográfiai kihívások az Európai Unió polgárai szerint 2022-ben

⁸Az „ezüst gazdaságban” a gazdasági tevékenység az 50 év felettiiek szükségleteit szolgálja, például az általuk közvetlenül megvásárolt termékek és szolgáltatások, valamint a kiadások által generált további gazdasági tevékenység révén. Forrás: Európai Bizottság (2018), The Silver economy – Final report (Az ezüst gazdaság – Zárójelentés), Az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg

Az uniós polgárok a következő **demográfiai kihívásokat** találták **sürgető problémának** tagállamukban:



A legtöbbször megnevezett demográfiai kihívás tagállamonként



A megkérdezetteknek 6 demográfiai kihívást mutattak be, és megkérték őket, hogy válasszák ki közülük azt az egy vagy két kihívást, amely tagállamukban a legsürgetőbb problémát jelenti. (Segítség az értelmezéshez: az uniós polgárok 42%-a a népesség előregedését tartja tagállama két legsürgetőbb demográfiai kihívása közül az egyiknek.)

Az európaiak többsége (51%) úgy véli, hogy a demográfiai változások kezelésének továbbra is politikai prioritásnak kell maradnia mind az EU, mind a tagállamok számára, és nagy többségük – 85%-uk – egyetért azzal, hogy ehhez szoros együttműködésre van szükség valamennyi kormányzati szint között.

A szakpolitikai megoldásokról megkérdezett polgárok által előnyben részesített, a népesség előregedését kezelő intézkedések a következő generációk számára továbbra is megfizethető nyugdíjak (49%), valamint a magas színvonalú és megfizethető egészségügyi szolgáltatások (49 %) biztosítása. A munkaerőpiaccal kapcsolatban a polgárok úgy vélik, hogy az ifjúság munkanélküliségének kezelésére irányuló intézkedések a leghatékonyabbak (61 %), ezt követik a munka és a magánélet közötti egyensúlyra irányuló szakpolitikák (48 %)⁹.

A népesség előregedése nagyobb nyomást gyakorol az állami költségvetésekre. A munkaképes korú népesség csökkenése lefelé irányuló nyomást gyakorol a személyi jövedelemadókból és a társadalombiztosítási járulékokból származó bevételekre, ezzel szemben, a népesség előregedésével az egészségügyi ellátásra, a tartós ápolás-gondozásra és a nyugdíjakra fordított kiadások - az előrejelzések szerint - a 2019. évi 24,6%-ról 2040-re a GDP közel 27%-ára

⁹534. Eurobarométer gyorsfelmérés, Demográfiai változások Európában (Fieldwork: 1/9 – 2023.9.14.).

emelkednek¹⁰, ebből következően pedig az állami költségvetésekre nehezedő nyomás csökkentheti az egyéb szakpolitikai prioritásokba – például a zöld és digitális átállásba – történő beruházásokra rendelkezésre álló költségvetési mozgásteret. Az idősödő társadalomnak továbbá be kell ruháznia az igényekhez igazított mobilitási és infrastrukturális megoldásokba¹¹, amelyek a teljes lakosság javát szolgálják, és amelyeket zöld és digitális szempontból kedvező módon kell megvalósítani.

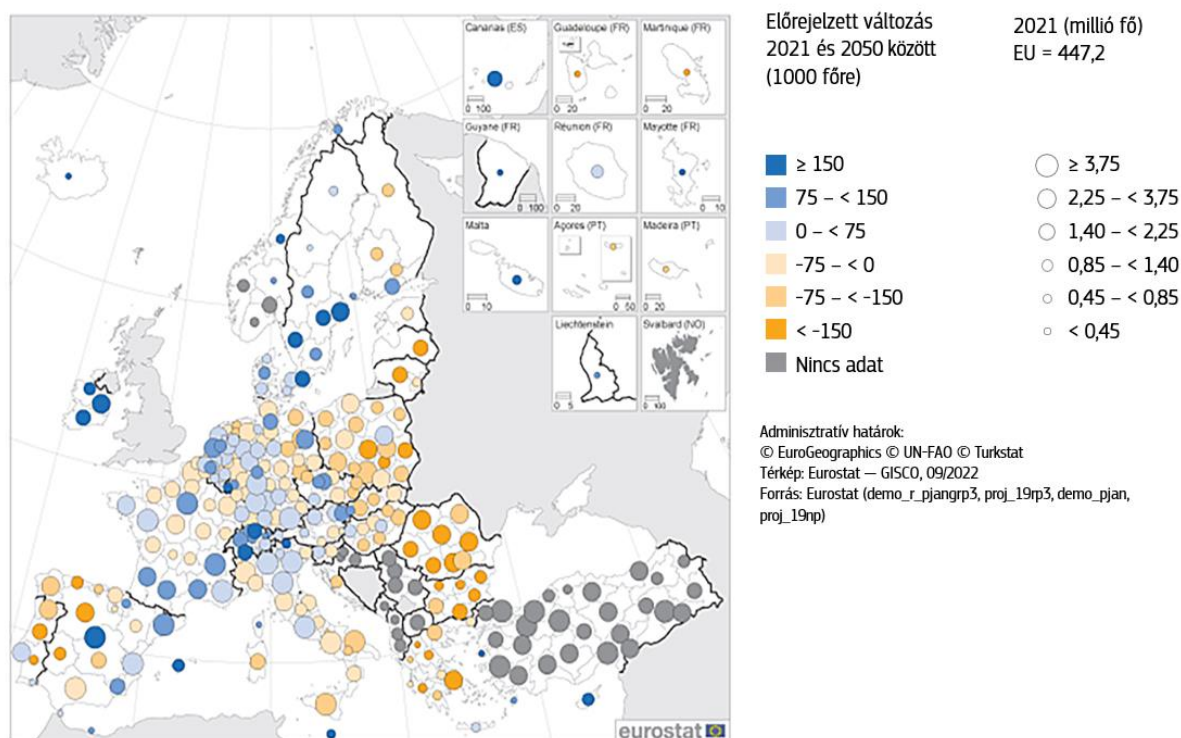
Az EU demográfiai átalakulása kölcsönhatásban van más globális trendekkel, például a zöld és a digitális átállással. A szén-dioxid-kibocsátás szorosan kapcsolódik a jövedelem szintjéhez, de a fogyasztók életkori profiljához is. Jóllehet az idősök abszolút értékben kevesebbet fogyasztanak, általában kisebb háztartásokban élnek, ugyanakkor több energiát fogyasztanak, ami magasabb egy főre jutó kibocsátást eredményez. Mivel az idősök aránya növekszik a népességben, a becslések szerint 2060-ra a kibocsátások akár 39%-át is a 65 év felettiek fogják generálni. Az éghajlatváltozás és a légszennyezés káros hatással van a lakosságra, különösen a veszélyeztetettebb csoportok – köztük az idősök – mortalitására és morbiditására, míg a klímaválság és a környezetkárosodás a gyermekvállalással kapcsolatos döntésekben játszhat szerepet. A digitális átállás kontextusában a technológia költséghatékonyabbá teheti az egészségügyet és a tartós ápolás-gondozást, és javíthatja a szolgáltatásokhoz való hozzáférést és azok minőségét, többek között a vidéki és távoli régiókban, illetve a fogyatékkal élő vagy csökkent mozgásképességű személyek számára. A gyenge digitális infrastruktúra és a digitális készségek alacsony szintje azonban elmélyítheti a régiók, csoportok és generációk közötti szakadékot.

4. ábra: Demográfiai fejlemények, 2021–2050¹²

¹⁰Európai Bizottság (2021), Az idősödésről szóló 2021. évi jelentés, Gazdasági és költségvetési előrejelzések az uniós tagállamok számára.

¹¹Lásd az uniós szociális védelem és jóléti állam jövőjével foglalkozó magas szintű munkacsoport zárójelentését (2023).

¹²Demográfiai változások Európában, COM (2023)



Fennáll a veszélye annak, hogy növekednek a tagállamokon belüli és a tagállamok közötti területi egyenlőtlenségek. Egyes régiókban a népesség elöregedése, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők alacsony és stagnáló aránya, valamint a fiatal és képzett munkaerő kivándorlása jelentette kihívások együttesen vannak jelen. A demográfiai változások és a strukturális átalakulások következtében számos kevésbé fejlett és vidéki régió egyre inkább küzd munkaerő- és szakemberhiánnyal, valamint alacsony regionális versenyképességgel és beruházási vonzerővel, egyes országokban pedig ezt a város és a vidék között fennálló egyenlőtlenségek kísérik¹³. Az ilyen területi egyenlőtlenségek aláássák a társadalmi kohéziót és az európai demokratikus intézményekbe és folyamatokba vetett bizalmat is¹⁴.

Az idősebb generációk szerepvállalásának növelése és jólétük fenntartása

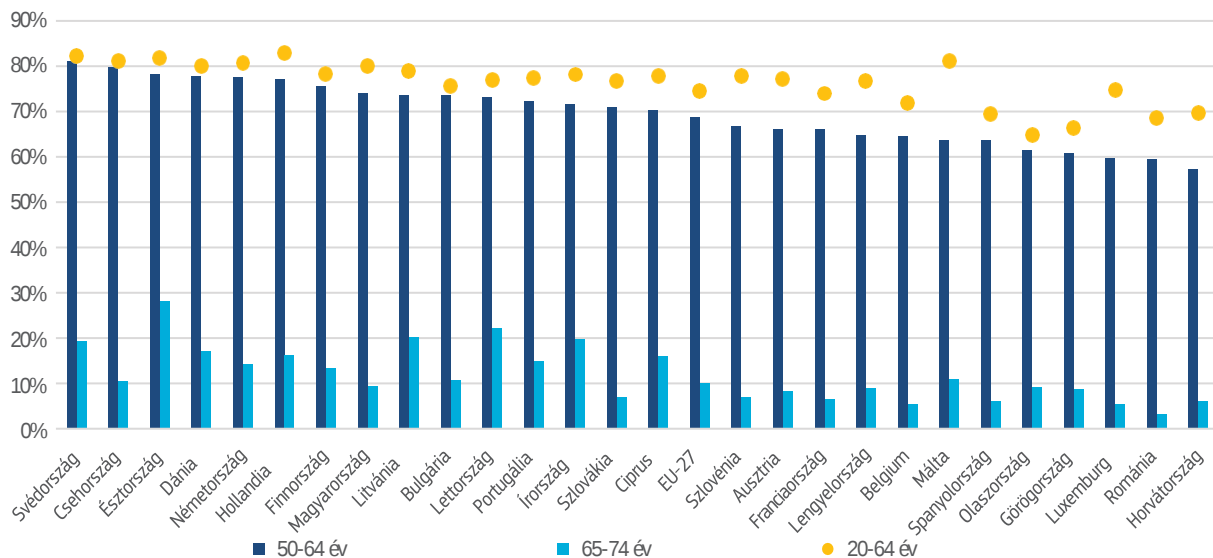
Egy idősödő társadalomban alapvető fontosságú, hogy az idősebb munkavállalók hosszabb ideig aktívak maradjanak. Az 55 és 64 év közötti munkavállalók átlagos foglalkoztatási rátája a 2011. évi 45%-ról 2021-re 60,5%-ra nőtt, a tagállamok között azonban továbbra is jelentős

¹³ Kohézió Európában 2050-ig: Nyolcadik jelentés a gazdasági, társadalmi és területi kohézióról, SWD(2022) 24 final.

¹⁴ Európai Bizottság (2021), The Demographic Landscape of EU Territories (Az EU területeinek demográfiai helyzete), Az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.

különbségek vannak ezen a területen. A munkával töltött életszakasz meghosszabbodása lehetővé teszi az emberek számára, hogy frissítsék a munkával kapcsolatos készségeiket és aktívak maradjanak, segítve a munkáltatókat a személyzet megtartásában, és közben előmozdítva a tudástranszfert a többgenerációs munkaerő tagjai között. A munkaidő hosszának rugalmas szabályozása támogatja az idősebb munkavállalók megtartását, például rugalmas vagy csökkentett munkaidőben, és lehetővé teszi az emberek számára, hogy hosszabb ideig maradjanak munkaviszonyban, ha ezt szeretnék. A munkavállalók joga a rugalmas munkavégzés kérelmezéséhez (ahogyan erre például Belgiumban, Franciaországban, Németországban és Hollandiában lehetőségük van) hozzájárulhat az inkluzívabb munkamódszerek és munkahelyek irányába mutató kulturális változáshoz.

5. ábra: Foglalkoztatási ráták korcsoportok szerint (%)



A vállalkozásoknak és a munkavállalóknak együtt kell működniük annak érdekében, hogy kiigazítsák a munkavégzési gyakorlatokat, és megváltoztassák a generációkkal kapcsolatos elgondolásokat és sztereotípiákat. A Bizottság által 2020-ban és 2021-ben elfogadott, az egyenlőségközpontú Unióra vonatkozó stratégiák¹⁵ hangsúlyozzák, hogy küzdeni kell a sztereotípiákkal, illetve az életkoron alapuló megkülönböztetés ellen, elő kell mozdítani a sokszínűséget és a munkahelyi befogadást, és mindenki számára egyenlő esélyt kell biztosítani a hozzájárulásra és a boldogulásra.

¹⁵A 2020–2025 közötti időszakra szóló nemi esélyegyenlőségi stratégia; a 2020–2025 közötti időszakra szóló, az LGBTIQ-személyek egyenlőségéről szóló stratégia; a 2020–2030-as időszakra szóló uniós romastratégiai keret; az EU 2020–2025 közötti időszakra szóló rasszizmus elleni cselekvési terve; a 2021–2030 közötti időszakra szóló stratégia a fogyatékkal élő személyek jogainak érvényre juttatásáért.

A népesség előregedése növelni fogja a különböző életciklusra szóló pénzügyi tervezés iránti igényt is. A kiegészítő foglalkoztatói és magánnyugdíjrendszerekben való fokozott részvétel kiegészítheti a nyugdíjvédelmeket, többek között a foglalkoztatói nyugdíjrendszerekben vagy a páneurópai magánnyugdíjtermékekben való részvétel növelését célzó struktúrák révén¹⁶. A tőkepiaci unió egyik fő célkitűzése, hogy jobb eredmények szülessenek azon polgárok számára, akik a jövőbeli események (például a nyugdíjba vonulás, a gyermekek oktatása vagy a lakhatáshoz való hozzáférés) előkészítésébe fektetnek be¹⁷. A pénzügyi szolgáltatások határokon átnyúló integrációja a vonatkozó pénzügyi eszközök, például az ápolásbiztosítások kínálatát is javíthatja, ehhez a jobb pénzügyi oktatás eszközt adhat a polgárok kezébe. Ezzel párhuzamosan a pénzforgalmi és a banki szolgáltatásokhoz való inkluzív hozzáférés előmozdítására irányuló erőfeszítések biztosíthatják, hogy senkit ne hagyjunk hátra, különös tekintettel az idősekre.

Az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés kulcsfontosságú tényezői az egészségben eltöltött hosszú életnek. A várható élettartam növekedésével nő a nem fertőző betegségek terhe, többek között az időseket aránytalanul érintő rákos megbetegedések esetében is, ezért javítani kell a betegségmegelőzési szolgáltatások elérhetőségét és az azokhoz való hozzáférést, valamint a nem fertőző betegségek diagnosztizálását és kezelését. Az egészséges életmódhoz az egészségügyi és támogatási szolgáltatások átfogó, személyközpontú megközelítésére van szükség, amely elősegíti a kezelésről az egészségfejlesztésre és a betegségmegelőzésre való áttérést; biztosítja a szolgáltatások integrációját és összehangolását végig az ápolás, az autonómia és az önálló életvitel szakaszaiban; valamint előmozdítja a jó mentális egészséggel és jólléttel párosuló aktív és egészséges életmódot minden generáció számára, amely magában foglalhatja a közösségi szolgáltatásokat és az önkéntes tevékenységeket is.

Az egészségügyi ellátást és a tartós ápolás-gondozást meg kell erősíteni és költséghatékonyabbá kell tenni, miközben enyhíteni kell az időskori szegénységet. Különösen a megfizethető és magas színvonalú gondozási szolgáltatások csökkenthetik az EU-ban mintegy 53 millió informális gondozó gondozási feladatait, akiknek csupán 65%-a dolgozik teljes munkaidőben. Az ápolás-gondozásba való beruházás fontos annak érdekében, hogy az ágazat vonzza és megtartsa a tehetséges szakembereket. A formális gondozók számára jobb béreket és

¹⁶Lásd a nyugdíjakkal foglalkozó magas szintű szakértői csoport zárójelentését (2019)

¹⁷Javaslat – Az Európai Parlament és a Tanács irányelve a 2009/65/EK, a 2009/138/EK, a 2011/61/EU, a 2014/65/EU és az (EU) 2016/97 irányelvnek a lakossági befektetők védelmére vonatkozó uniós szabályok tekintetében történő módosításáról, valamint Javaslat – Az Európai Parlament és a Tanács rendelete az 1286/2014/EU rendeletnek a kiemelt információkat tartalmazó dokumentum korszerűsítése tekintetében történő módosításáról, COM(2023) 279 final.

munkakörülményeket, valamint megfelelő képzést kell biztosítani, és az érintett szakmáknak vonzóbbá kell válniuk¹⁸.

A demográfiai eszköztár segíthet az uniós és a nemzeti szintű szakpolitikák mozgósításában, ezért az Európai Bizottság (a továbbiakban: Bizottság) felkérte a tagállamokat, hogy dolgozzanak ki és hajtsanak végre átfogó intézkedéseket a demográfiai változások kezelése érdekében, és az ezzel kapcsolatos kérdéseket mindegyik szakpolitikai területen jelenítsék meg. A Bizottság ezzel arra ösztönzi a tagállamokat, hogy a nemzeti szakpolitikákkal együtt használják fel az uniós szinten rendelkezésre álló eszközöket. Az európai szemeszter folyamata során a tagállamok országspecifikus ajánlásokat kaptak olyan releváns területeken, mint a nyugdíjak, az egészségügy és a tartós ápolás-gondozás (beleértve azok megfelelőségét és fenntarthatóságát is), a gyermekgondozás, az adózás, a szociális lakhatás, a készségek, a felnőttkori tanulás és a foglalkoztatáspolitiká, míg a demográfiai változásokat és azok hatásait kezelő intézkedések a fenntartható fejlődési célokkal összhangban hozzájárulnak a szélesebb körű társadalmi fejlődéshez is.

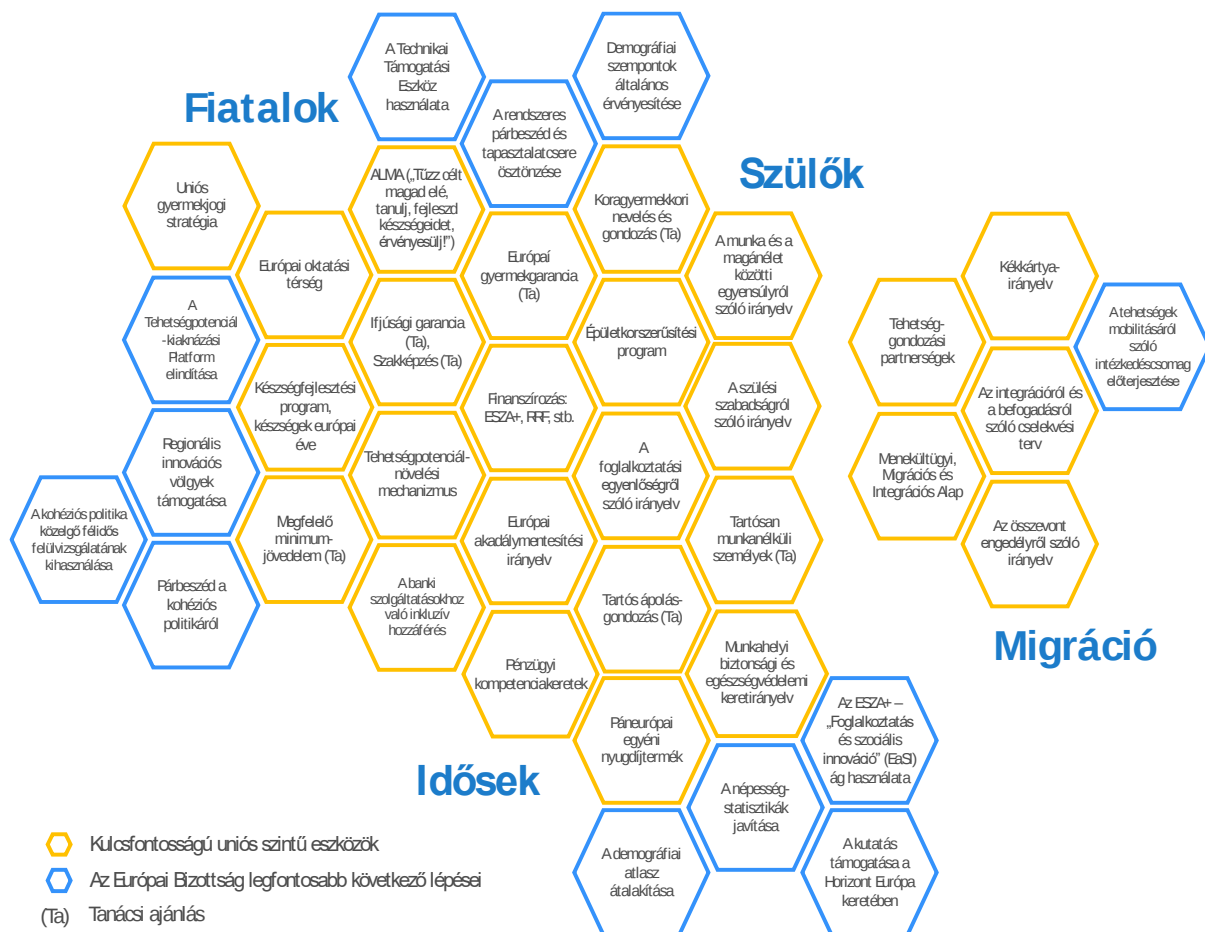
Az EU álláspontja szerint a szakpolitikai döntések középpontjában a nemek közötti egyenlőségnek, a megkülönböztetés-mentességnek és a nemzedékek közötti méltányosságnak kell állnia. Fontos, hogy a választott politikák kombinációja megőrizze a nemek közötti egyenlőséget és az esélyegyenlőséget és hozzájáruljon azokhoz, különösen azzal, hogy javítja a nők tényleges hozzáférését a munkaerőpiachoz, és lehetővé teszi az európai emberek számára, hogy megvalósítsák személyes törekvéseiket és döntéseiket. E tekintetben a megfizethető, magas színvonalú gyermekgondozás és tartós ápolás-gondozás széles körű, formális biztosítása kulcsfontosságú szakpolitikai megoldás. Ugyanakkor támogatni kell a több vagy minden generáció számára előnyös szakpolitikai megoldások végrehajtását az olyan szakpolitikai területeken, mint az oktatás és képzés (pl. a tudás és a készségek közös fejlesztését elősegítő intergenerációs tanulás), a lakhatás és gondozás (pl. intergenerációs életvitel és közösségi gondozás, beleértve a nappali felnőttgondozást is) és a munkahelyek (pl. olyan többgenerációs munkaerő, amely kielégíti a különböző igényeket, és beruház a kétirányú tudás- és készségtranszferbe a generációk között).

Szükséges, hogy a demográfiai változások kezelésére irányuló tagállami politikák a helyi realitásokon alapuljanak. Mivel a kihívások tagállamonként és régióként eltérőek, a Bizottság véleménye szerint a szakpolitikai válaszokat a regionális és helyi önkormányzatok aktív

¹⁸A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának – Európai gondozási stratégia, COM(2022) 440 final.

bevonásával, összehangolt erőfeszítéssel kell megtervezni és végrehajtani, miközben az állami foglalkoztatási szolgálatok, a szociális partnerek és a civil társadalmi szervezetek szintén szerepet játszanak. A Bizottság készen áll arra, hogy támogassa a tagállamokat ebben a folyamatban, többek között azáltal, hogy minden szinten megkönnyíti az egymástól való tanulást és a bevált gyakorlatok cseréjét, például a tehetséspotenciál-növelési mechanizmus keretében, amely támogatja az uniós régiókat a demográfiai átmenet hatásainak kezelésében. A Bizottság a „Hosszú távú jövőkép az EU vidéki területei számára” elnevezésű program végrehajtásáról szóló, a tervek szerint 2024 első felében közzéteendő jelentésében különös figyelmet fordít a vidéki területek demográfiájával kapcsolatos sajátos kihívásokra is.

6. ábra: Demográfiai eszköztár: a tagállamok rendelkezésére álló kulcsfontosságú uniós szintű eszközök



A digitális technológiák növelhetik Európa versenyelőnyét, és segíthetnek ellensúlyozni a demográfiai változások hatásait. A mesterséges intelligencia és az automatizálás hatására az európai gazdaság és munkaerőpiacok már most átalakulóban vannak. Megfelelő tervezés és

végrehajtás esetén az innovációt és a technológiák fokozott alkalmazását előmozdító szakpolitikai intézkedések hozzájárulhatnak a demográfiai változások termelékenységére és költségvetési fenntarthatóságra gyakorolt hatásainak ellensúlyozásához. A technológia emellett költséghatékonyabbá teheti az egészségügyet és a tartós ápolás-gondozást, és javíthatja a hozzáférést és a minőséget ezen a területen, többek között a vidéki és távoli régiókban, az idősek, valamint a fogyatékkal élő vagy csökkent mozgásképességű személyek számára. Emellett a digitális eszközök hozzájárulhatnak az idősödő népesség jóllétéhez, előmozdítva az egészségesebb és aktívabb életet. Megkönnyíthetik a társadalmi szerepvállalást is, enyhítve az idősebb személyek társadalmi elszigeteltségét, különösen akkor, ha a digitális eszközöket a valódi személyközi interakciók elősegítésére használják.

Az ábrán megjelenő szabályozási eszközök és szakpolitikai keretek mellett uniós szinten számos finanszírozási eszköz áll rendelkezésre a tagállamok támogatására. A Helyreállítási és Rezilienciaépítési Eszköz reformokat és beruházásokat ösztönöz az eszköztár négy pillérében: mintegy 8 milliárd EUR-t fordítottak a koragyermekkori nevelésre és gondozásra¹⁹, mintegy 43,2 milliárd EUR-t az oktatásra²⁰, mintegy 41,7 milliárd EUR-t a továbbképzésre és átképzésre²¹, mintegy 48,2 milliárd EUR-t az egészségügyi ellátás és a tartós ápolás-gondozás támogatására²², valamint mintegy 15,1 milliárd EUR-t a szociális lakhatásra és a szociális infrastruktúrára²³. A 2021–2027-es időszakra szóló partnerségi megállapodásokban 26 tagállam jelölte meg a demográfiát a területeik előtt álló fő kihívásként, amelyet a kohéziós politikai alapok támogatásával szükséges kezelni. Az Európai Szociális Alap Plusz (ESZA+) – az emberekbe való befektetés fő uniós eszköze – a tagállamokkal együtt közel 7 milliárd EUR-t irányzott elő a munka nemi szempontból kiegyensúlyozott világának, az egyenlő munkakörülményeknek, valamint a munka és a magánélet közötti jobb egyensúlynak az előmozdítására, 427 millió EUR-t pedig a munkavállalók aktív és egészséges időskorának

¹⁹A 2023. szeptember 28-án rendelkezésre álló adatok szerint. Az adatok a helyreállítási és rezilienciaépítési eredménytábla pillércímkezés módszertanán alapulnak, és megfelelnek a „koragyermekkori nevelés és gondozás” szakpolitikai területhez mint elsődleges vagy másodlagos szakpolitikai területhez rendelt intézkedéseknek. A Helyreállítási és Rezilienciaépítési Eszközzel kapcsolatos legfrissebb információk és adatok a Helyreállítási és Rezilienciaépítési Eszköz végrehajtásáról szóló, az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak címzett bizottsági jelentésben találhatók: További lépések, COM (2023) 545 final/2.

²⁰Ugyanott, az adatok az „Általános, szakképzés és felsőoktatás” szakpolitikai területhez mint elsődleges vagy másodlagos szakpolitikai területhez rendelt intézkedéseknek felelnek meg.

²¹Ugyanott, az adatok a „Felnőttoktatás”, a „Zöld készségek és munkahelyek” és/vagy az „Emberi tőke a digitalizációban” szakpolitikai területhez mint elsődleges vagy másodlagos szakpolitikai területhez rendelt intézkedéseknek felelnek meg.

²²Ugyanott, az adatok az „Egészségügy” és/vagy a „Hosszú távú gondozás” szakpolitikai területhez mint elsődleges vagy másodlagos szakpolitikai területhez rendelt intézkedéseknek felelnek meg.

²³A 2023. október 5-én rendelkezésre álló adat szerint. Az adatok a „Szociális lakhatás és egyéb szociális infrastruktúra” szakpolitikai területhez mint elsődleges vagy másodlagos szakpolitikai területhez rendelt intézkedéseknek felelnek meg.

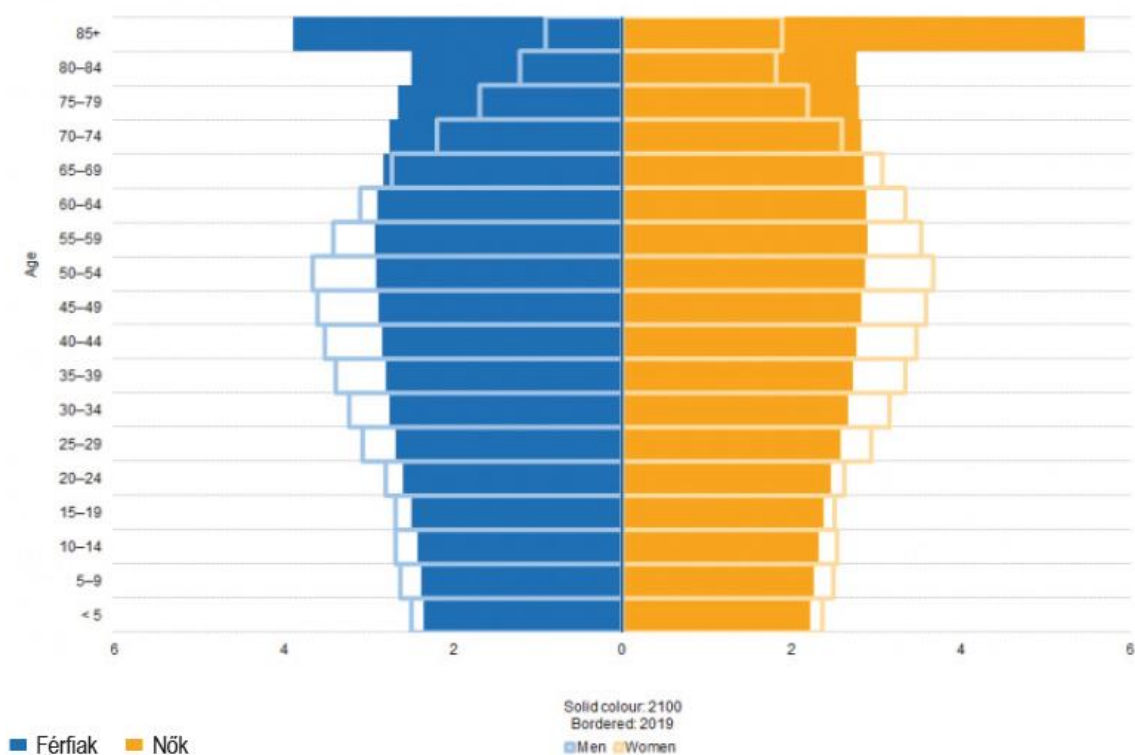
támogatására. A kohéziós politikai programok 2025 közepéig véglegesítendő féléves felülvizsgálata²⁴, amely a 2024-ben elfogadott országspecifikus ajánlásokon fog alapulni, lehetőséget nyújt majd a régiók helyzetének értékelésére és adott esetben a kohéziós politikai alapok programozásának összehangolására. Az előbbieken túl, a Horizont Európa (az Európai Unió kutatási és innovációs keretprogramja) 43 millió EUR összegű finanszírozást biztosít a szakemberhiány és a strukturális munkaerőhiány csökkentését célzó kutatásokra, 27 millió EUR-t pedig a demográfiai változások társadalmi-gazdasági hatásainak kezelésére.

²⁴Európai Regionális Fejlesztési Alap, Európai Szociális Alap Plusz, Kohéziós Alap és Igazságos Átmenet Alap

Idősothtoni ellátás az Európai Unió országaiban

2019-ben az EU népességének több mint egyötöde (20,3%) 65 éves vagy annál idősebb volt. Az előrejelzések szerint a 80 évesek és idősebbek aránya az EU népességén belül 2019 és 2100 között két és félszeres növekedése várható 5,8%-ról 14,6%-ra, ami azt jelenti, hogy az EU korfájában markáns átmenet következik be az idősebb és egyre idősebb népességszerkezet irányába. A tendencia már ma is jól észlelhető, ami azt vonja maga után, hogy a munkaképes korúak aránya csökken, míg a nyugdíjasok aránya növekszik, ezzel jelentős terhet róva a munkaképes korúakra, illetve az egész társadalomra, hiszen elő kell teremteni az öregedő népesség számára a méltó és szükséges ellátások költségeinek fedezetét, beleértve az egészségügyi és a szociális ellátórendszer extra kiadásait is.

7. ábra: Az EU-27 korfái, 2019 és 2100 (a teljes népesség %-a)



Forrás: Eurostat 2021

A becslések szerint 2019. január 1-jén az Európai Unió népessége közel 447 millió fő volt, amelynek 15,2%-a gyermek (0–14 éves), 64,6%-a munkaképes korú (15–64 éves), 20,3%-a időskorú (65 éves vagy idősebb). A 65 év felettiek aránya a 10 évvel korábbi adatokhoz képest 2,9 százalékpontos növekedést mutatott.

A 65 éves vagy idősebb korcsoport teljes népességhez viszonyított aránya Olaszországban (22,8%), Görögországban (22,0%), Portugáliában és Finnországban (mindkét országban 21,8%) volt a legmagasabb, míg Írországon (14,1%) és Luxemburgban (14,4%) a legalacsonyabb.

Az Európai Unió népességének medián életkora is egyre növekszik. 2019. január 1-jén ez a medián érték 43,7 év volt, ami azt jelenti, hogy a lakosság fele ennél fiatalabb, míg a másik fele ennél idősebb. Az EU-ban a medián értéke 37,7 év (Írország, Ciprus) és 46,7 év (Olaszország) között húzódó értékeket vett fel. Az idősoros adatok alapján az látható, hogy 2009–2019 között a medián életkor értéke átlagosan 2,7 évvel nőtt az Európai Unió országainak tekintetében.

Az Európai Unió egészében az eltartottsági ráta 20,7% (Luxemburg) és 35,7% (Olaszország) között húzódik. A teljes eltartottsági ráta (időskorúak és gyermeknépesség együttesen) 54,9% volt átlagosan, a legalacsonyabb értéket ebben az esetben is Luxemburg mutatta (43,8%), míg a legmagasabb Franciaországban volt (61,5%). Összességében az EU területén az időskori eltartottsági ráta 10 év alatt 5,4 százalékponttal, míg a teljes eltartottsági ráta 5,9 százalékponttal növekedett.

A demográfiai fejlemények – különösen a születések folyamatosan alacsony aránya és a magasabb várható élettartam – növelik a tartós ápolás-gondozás iránti potenciális igényt. Az időskorúak teljes függőségi rátája az EU-ban az előrejelzések szerint jelentősen nő, a 2021. évi 32,5%-ról 2050-re 52,0%-ra. Az egészségben eltöltött életek, valamint a megelőző megközelítések és a digitális technológiák használata terén elért előrehaladás ellenére ez a tartós ápolás-gondozás iránti igény növekedéséhez fog vezetni. A potenciálisan tartós ápolásra, gondozásra szorulóknak száma a 2019. évi 30,8 millió főről 2030-ra az előrejelzések szerint 33,7 millió főre, 2050-re pedig 38,1 millió főre fog nőni az EU-ban²⁵. Az EU-27 2019. évi adatai szerint átlagosan a 65 év felettiek 26,6 %-a (a nők 32,1 %-a és a férfiak 19,2 %-a), míg a 75 éves vagy annál idősebb, magánháztartásokban élő személyek 39,4 %-a szorult tartós ápolásra-

²⁵ Európai Bizottság és Gazdaságpolitikai Bizottság, The 2021 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2019-2070) (2021. évi jelentés a népesség elöregedéséről – gazdasági és költségvetési előrejelzések az EU tagállamaira vonatkozóan [2019–2070]), Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2021

gondozásra²⁶. A legalacsonyabb jövedelmi ötödben az érintettek 35,9 %-a szorult tartós ápolásra, szemben a legmagasabb jövedelmi ötödhöz tartozó 17,2 %-kal²⁷.

A szociális védelem – a minőségi szolgáltatások rendelkezésre állása mellett – fontos tényező a tartós ápolási-gondozási szolgáltatásokhoz való hozzáférés meghatározásában. Bár valamennyi tagállam kínál némi szociális védelmet – természetben és / vagy pénzbeli ellátások révén –, az EU-ban az emberek 35,7%-a számolt be arról, hogy pénzügyi okokból nem vesz igénybe (több) otthoni ápolási-gondozási szolgáltatást, 9,7%-uk ellátási hiányt, 2,1%-uk minőséggel kapcsolatos aggályokat említett²⁸. Az időskori tartós ápolásra-gondozásra vonatkozó szociális védelem mélységének mérése és a tagállamok közötti összehasonlítása érdekében az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, magyarul: Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet, a továbbiakban: OECD) az Európai Bizottság támogatásával kidolgozta a tartós ápolási-gondozási szükségletek tipikus eseteit²⁹. Az elemzés arra enged következtetni, hogy a szociális védelem után is nagyon magasak lehetnek az ápolási-gondozási költségek, különösen a súlyos tartós ápolási-gondozási szükségletekkel rendelkező idősök esetében, akik otthoni gondozásra szorulnak³⁰.

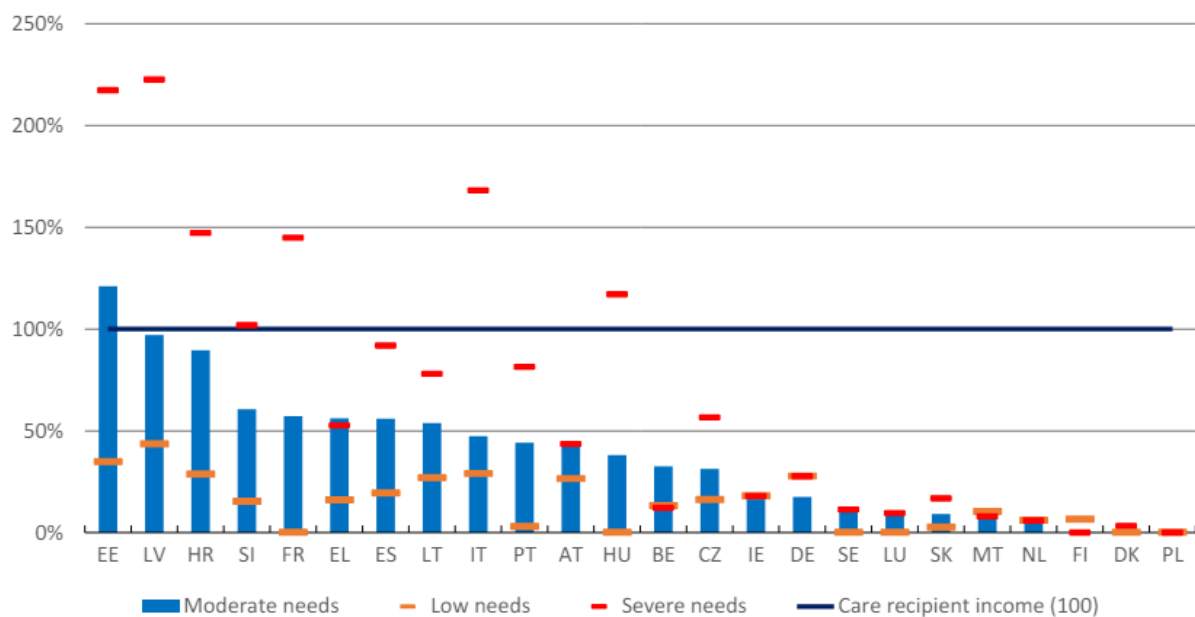
²⁶https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_TADLE/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=690c5a5d-52dc-4dad-98f5-90c7d59e3dff&page=time:2019

²⁷https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_TADLE/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=690c5a5d-52dc-4dad-98f5-90c7d59e3dff&page=time:2019

²⁸https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_ATS15/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=31a32ceb-0fca-41df-8554-0a04353c8cbb

²⁹ Cravo Oliveira Hashiguchi, T. and Llana-Nozal, A., 2021, The Effectiveness of Social Protection for Long-term Care in Old Age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? (A szociális védelem hatékonysága az időskori tartós ápolás-gondozás tekintetében: csökkenti a szociális védelem a gondozási szükségletekkel kapcsolatos szegénységi kockázatot?), OECD Health Working Papers (OECD egészségügyi munkadokumentum), 117. sz., OECD Publishing, Párizs

³⁰ OECD, 2023, Measuring social protection for long-term care in old age (Az időskori tartós ápolás-gondozás szociális védelmének mérése), OECD Health Working Papers (OECD egészségügyi munkadokumentumok), OECD Publishing, Párizs



Megjegyzés: EE az észtországi Tallinnra, IT az olaszországi Alto Adigére (Dél-Tirol), AT az ausztriai Bécsre, BE pedig a belgiumi Flandriára utal.

Az idősgondozással kapcsolatos állami szerepvállalást a korábbi kutatások kevésbé vizsgálták. Az OECD beszámolója (2019)³¹ alapján ugyanakkor az derül ki, hogy az idősgondozás és annak intézményi biztosítása a lakosság jelentős részét foglalkoztatja: a felmérésben résztvevő országok állampolgárainak egyharmada vélte úgy, hogy az idősgondozás az egyike azon problémáknak, amelyek a közeljövőben személyesen is érinteni fogják, emellett az országok túlnyomó többségében az idősgondozás intézményi hátterével kapcsolatos elégedettségi szint kifejezetten alacsony volt, elmaradt az egészségügygel, oktatással, és lakhatással kapcsolatos elégedettség szintjétől is.

Az ISSP Social Networks and Social Resources moduljának 2017-es adatait³² vizsgálva az látható, hogy a résztvevő európai országokban tíz válaszadóból hét úgy gondolta, elsődlegesen az állam felelőssége az idősek gondozása. A litvánok (az egészségügyhöz hasonlóan) kiugróan alacsony arányban (27%) támogatták az állam elsődleges szerepét az idősgondozásban, a többi ország közül mindössze Ausztriában és Németországban nem érte el az állam idősgondozásban betöltött elsődleges szerepét támogatók aránya a 60%-ot, míg a skandináv országokban (Finnországban, Dániában és Svédországban) meghaladta a 80%-ot. Magyarország az

³¹ Forrás: OECD (2019): Risks that Matter: Main Findings from the 2018 OECD Risks that Matter Survey. www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm

³² Forrás: <https://www.geis.org/en/issp/data-and-documentation/social-networks/2017>

alacsonyabb támogatottsággal rendelkező országok közé tartozik: 2017-ben a magyarok 65%-a az államot tartotta elsődlegesen felelősnek az idősök gondozásáért, 23%-a családot, rokonokat, barátokat. A hozzátartozókat, barátokat elsődlegesen felelősnek tartók aránya magas (19 - 25% közötti) Horvátországban és Spanyolországban is, valamint kiugróan magas Litvániában (47%), ehhez képest Finnországban és Svédországban csupán a válaszadók 1-2%-a vélte úgy, hogy a család, illetve a barátok felelőssége az idősök gondozása.

Idősök tartós gondozása az Európai Unióban³³

A szociális jogok európai pillérének³⁴ preambuluma kiemeli, hogy az EU célja többek között népei jóllétének előmozdítása, valamint az, hogy Európa fenntartható fejlődéséért munkálkodjon, amely olyan kiegyensúlyozott gazdasági növekedésen, árstabilitáson és magas versenyképességű, teljes foglalkoztatottságot és társadalmi haladást célul kitűző szociális piacgazdaságon alapul, amely a környezet minőségének magas fokú védelmével és javításával párosul. A 3. fejezet foglalkozik a szociális védelem és társadalmi befogadás témakörrel. A Pillér 18. alapelve: Tartós ápolás-gondozás: „Mindenkinek joga van a megfizethető, hosszú távú, minőségi ápolási-gondozási szolgáltatásokhoz, különösen az otthoni ápoláshoz és a közösségi alapú szolgáltatásokhoz”³⁵.

A Pillérhez kapcsolódóan a Bizottság 2021 márciusában kiadta a „Cselekvési terv a szociális jogok európai pillérének megvalósítására, 2021” elnevezésű dokumentumot. A tartós ápolás-gondozással kapcsolatban a Cselekvési Terv megállapítja, hogy a gondozási szolgáltatások iránti kereslet növekedni fog az előregedő európai társadalmakban, miközben számos tagállamban (ide tartozik hazánk is) már jelenleg is komoly aggodalomra ad okot a gondozásra vonatkozó minőségi normák hiánya és a minőségi szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiányosságai (azaz sem mennyiségileg, sem minőségileg nem áll rendelkezésre elegendő kapacitás, illetve nagyok a területi-társadalmi egyenlőtlenségek a hozzáférésben). ,

Az Európai Bizottság 2021 tavaszán közzétett két jelentése³⁶ feltérképezte, hogy a nemzeti rendszerek miként reagálnak ezekre a kihívásokra, és rámutatott a reformokra szoruló területekre, az időskorról szóló zöld könyv pedig konzultációt indított annak érdekében, hogy

³³ Idősök tartós gondozása: trendek, kihívások, lehetőségek az Európai Unióban és hazánkban, Gyarmati Andrea, 2023. Kézirat

³⁴ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=hu&catId=1226>

³⁵ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=hu>

³⁶ Publications catalogue - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu)

meghatározza azokat a területeket, amelyeken az uniós fellépés a legnagyobb hozzáadott értéket teremtheti. A feltárt hiányosságok alapján javaslat³⁷ készült a tartós ápolás-gondozásra vonatkozó irányelvekre, amelyek meghatározzák a fenntartható tartós ápolás-gondozás fejlesztésére irányuló azon szakpolitikai reformok keretét, amelyek jobb hozzáférést biztosítanak a rászorulóknak számára a minőségi szolgáltatásokhoz.

Az alábbiakban a Jelentések főbb megállapításainak összefoglalása olvasható a következő témák mentén: 1. hozzáférés, megfizethetőség, 2. professzionális munkaerő, informális gondozók helyzete, 3. finanszírozás, 4. minőségbiztosítás, 5. reformok.

Kulcs megállapítások

A magas színvonalú, tartós gondozás iránti igény az elkövetkező évtizedekben jelentősen növekedni fog. A szolgáltatások megerősítése ugyanakkor nem csak kiadást jelent a költségvetési oldalon, hanem bevételt is, mivel hozzájárulhat a foglalkoztatás növeléséhez, a nemek közötti egyenlőbb teherelosztás növeléséhez, illetve a társadalmi igazságossághoz.

Az EU-27-ben a tartós ápolásra potenciálisan rászorulóknak száma az előrejelzések szerint a 2019-es 30,8 millióról 2030-ra 33,7 millióra, 2050-re pedig 38,1 millióra emelkedik. Magyarországon a valamilyen időskori ellátásra szorulóknak száma jelenleg nagyjából 700 ezer - 1 millió főre tehető³⁸.

1. Hozzáférés, megfizethetőség

A tagállamokban a tartós ápolásigondozási rendszerekhez (long term care, a továbbiakban: LTC)³⁹ tartozó szolgáltatásoknak több típusát különítik el. Az egyik felosztás szerint elkülönítik a pénzbeli ellátást a szolgáltatásoktól. Ez utóbbinak létezik formális (ezen belül otthonközeli ellátás és bentlakásos), illetve informális módja (családtagok vagy fizetett gondozók által). Előbbiek mellett a szolgáltatások újabban kiterjedhetnek más szükségletekre is, mint például az otthon átalakítása (akadálymentesítés, okos otthon szolgáltatások), vagy technikai eszközök

³⁷ <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13948-2022-INIT/en/pdf>

³⁸ <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/budapest/15410.pdf>

³⁹ Az LTC definíciója: 'A tartós gondozás szociális és egészségügyi, formális és informális szolgáltatások egész sorát foglalja magában. Ezek olyan személyek számára nyújtanak segítséget, akik mentális és/vagy fizikai gyengeségük és/vagy fogyatékosságuk miatt hosszabb időn keresztül a mindennapi élettevékenységekben segítségre és/vagy tartós ápolásra szorulnak. A mindennapi élettevékenységek lehetnek az öngondoskodási tevékenységek, amelyeket egy személynek minden nap el kell végeznie (A Daily Living tevékenységei, vagy ADL-ek, mint például fürdés, öltözködés, evés, ágyból való kiszállás, vagy egy székől, mozgás, a WC használata), vagy kapcsolódhatnak az önálló élethez (a mindennapi élet instrumentális tevékenységei, vagy az IADL-ek, mint például az ételek elkészítése, a pénz kezelése, az élelmiszerek vagy személyes tárgyak vásárlása, könnyű vagy nehéz házimunka elvégzése és a telefon használata). Magyarországon a formális idősellátásba tartozó szolgáltatásokat a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. sorolja fel.

beszerzéséhez nyújtott támogatás (az otthoni ápolás részeként). A tagállamok között jelentősek az eltérések preferencia szempontjából - pl. az északi tagállamok inkább az otthoni és az intézményes ellátást, Lengyelországban a pénzbeli támogatás univerzális -, ugyanakkor Magyarország esete annyiban speciális, hogy gyakorlatilag nem létezik pénzbeli ellátás a gondozási szükségletekkel rendelkező idősöknek vagy az informális gondozóiknak, és nagyon kevesen tudnak bármilyen természetbeni szolgáltatási igénybe venni (a rászoruló, jelentős gondozási szükséglettel rendelkezők csupán mintegy 16% kap házi segítségnyújtást, 10%-a bentlakásos ellátást).

Magyarországon tehát a legnagyobb probléma jelenleg az, hogy az állam nem vesz tudomást ezekről a létező, kielégítetlen és egyre növekvő gondozási szükségletekről. A szükségletek növekedésének oka pedig nem önmagában a társadalom idősödése, hanem a felkészültség teljes hiánya.

A tartós gondozásnak erős gender dimenziója is van, amit tudatosítani szükséges. Az ágazatban dolgozók közel 90%-a nő, és a legtöbb informális gondozó is nő. Ezenkívül a 65 éves vagy annál idősebb nők 33%-a szorul tartós gondozásra, szemben az idősebb férfiak mindössze 19%-ával, tehát a gondozottak nagy része is nő. Az idősebb nők jövedelme az egész életüket átszövő gondozási terheik miatt a férfiakénál alacsonyabb, beleértve a nyugdíjakat is, és így potenciálisan kevésbé engedhetik meg maguknak az ellátást. A megfelelő színvonalú és megfizethető formális tartós gondozási szolgáltatások, valamint az ágazat munkakörülményeinek javítására, a fizetett munka és a gondozási kötelezettségek összeegyeztetésére irányuló politikák így segíthetnek a nemek közötti egyenlőség elősegítésében is.

Sokan kiszorulnak a szolgáltatásokból anyagi, vagy a hozzáférési egyenlőtlenségből fakadó okok miatt. Az EU-27-ben 2014-ben átlagosan a 65 éves vagy annál idősebb magas szintű gondozási szükséglettel rendelkezőknek csupán az egyharmada tudott igénybe venni otthonközeli szolgáltatásokat. Magyarországon az arány jelenleg 16% (az Eurostat adatai szerint a 65+ magyar lakosság 30%-ának van súlyos gondozási szüksége, ez nagyjából 570 ezer főt jelent 1,9 millió fős érintett korcsoporttal számolva, a 2022-es KSH statisztika szerint viszont csak 91 ezer fő kap házi segítségnyújtást- ez az arány rosszabb, mint Romániában, vagy Bulgáriában).

Sokan azért nem veszik igénybe az LTC szolgáltatásokat, mert egyszerűen nem tudják megfizetni. Ez az arány öt tagállamban 50% felett van. 19 tagállamban a tartós ápolási

szükséglettel rendelkező idős emberek mintegy 75 %-a úgy véli, hogy fennmaradó jövedelmét a szegénységkockázatának kitett küszöbérték alá fogja csökkenteni, ha teljes költséggel, szociális védelem nélkül, piaci alapon kell szolgáltatásokat vásárolnia. Ugyanakkor az alacsonyabb jövedelmű idős embereknek nagyobb valószínűséggel vannak tartós gondozási szükségleteik, rosszabb az egészségi állapotuk, potenciálisan kevésbé engedhetik meg maguknak a szolgáltatások igénybe vételét.

2. Költségvetési finanszírozás, hatékonyságnövelés

A tartós ápolás költségvetési fedezete vegyes, de általános az alulfinanszírozottság. Egyes tagállamokban állami támogatás, szolgáltatás a 65 éves vagy annál idősebb rászorulóknak alig több mint egytizede számára érhető el, míg máshol szinte minden ebbe a csoportba tartozó személy részesül államilag nyújtott otthoni ápolásban, bentlakásos ellátásban vagy pénzbeli ellátásban (Lengyelországban pl. minden 75 év feletti kap pénzbeli támogatást). Még abban az esetben is, ha rendelkezésre áll a tartós gondozási szükségletek állami fedezete (az egészségügyi ellátással ellentétben) ez gyakran nem elegendő; a tartós ápolási szükséglettel rendelkező idős emberek közel fele a kapott szociális transzfer után is a szegénységi küszöb alá kerül, miután a térítési díjakat kifizette.

A tartós gondozásra fordított állami kiadás az előrejelzések szerint az egyik leggyorsabban növekvő szociális kiadási tétel, így fenntartható finanszírozási mechanizmusokat igényel. A tartós gondozásra fordított közkiadások az előrejelzések szerint a 2019-es 1,7 %-ról 2050-re átlagosan a GDP 2,5 %-ára emelkednek az EU-ban, a tagállamok közötti jelentős különbségekkel. A tagállamok részéről felfelé irányuló konvergenciát feltételező forgatókönyv szerint az EU-27-ben a kiadások az előrejelzések szerint 2050-re megkétszereződnek és elérik a GDP 3,4 %-át. Magyarország jelenleg a GDP csupán 0,6%-át költi tartós gondozásra változatlan struktúra mellett, ez az arány pedig a közeljövőben duplázódhat a baby boom nemzedék gondozási szükségleteinek növekedése miatt. A kiadások megoszlására jellemző, hogy az EU-27-ben 2019-ben a jelenlegi összes állami tartós ápolási kiadás 26%-a pénzbeli ellátásra, 26%-a otthonközeli ellátásra és 48%-a bentlakásos ellátásra fordítódott, és ezektől az átlagoktól jelentős eltérések vannak az egyes tagállamokban (Magyarországon pl. az összköltség 72%-a bentlakásos ellátásra fordítódik).

A lehetséges finanszírozási modellek

- a. adóalapú (alanyi jogú, de rászorultsági vizsgálaton alapuló hozzájárulást is jelenthet) - ilyen pl. a skandináv modell;

- b. társadalombiztosítási alapú; pl. No. – kontinentális modell, biztosítási jogviszonyhoz kötött,
- c. magánbiztosítás (önkéntes vagy kötelező), nem elterjedt

A leginkább működőképesnek látszó és a Bizottság által elsősorban javasolt az adóból finanszírozott modell. A széles adóalapot gyakran az egyik fő előnyként említik, mivel a finanszírozás nem kizárólag a munkajövedelemből (bérekből) származik, mint általában a társadalombiztosítás esetében, hanem a tőkejövedelemre (pl. tőkenyereség) is támaszkodik, így a költségeket megosztja a termelési tényezők között. A jól diverzifikált adórendszer tehát alacsonyabb munkaerőköltséget jelent a biztosítási alapú rendszerekhez képest, ami támogatja a foglalkoztatást és a növekedést, továbbá, a biztosítási alapú rendszerekkel összehasonlítva, a (progresszív) adófinanszírozás ösztönzi az alacsony jövedelműek munkavállalási hajlandóságát. Az ilyen rendszerek rugalmasabbak a bevételek generálása és az erőforrások elosztása szempontjából is. Két negatívuma azonban van: a bevételek elosztásának korlátozott átláthatósága negatívan befolyásolhatja az emberek magasabb adók fizetésére való hajlandóságát, illetve a gazdasági válságok hajlamosabbá tehetik az adóalapú rendszereket a diszkrecionális megszorításokra.

Láthatatlan költségek

A fent bemutatott kiadások nem tartalmazzák az informális gondozás költségeinek nagy részét. Becslések szerint az EU-27-ben évente 33-39 milliárd órát töltenek a nők informális gondozással. Az informális gondozók által nyújtott ellátás értékét évente a GDP 2,7 % vagy 2,4 %-ára becsülik, a számítási módszertől függően. Az informális gondozók kieső munkaerőpiaci bére utáni járulékbefizetés elmaradásából fakadó bevételkiesés pedig az EU-27 GDP-jének 0,5 %-át is eléri (2019-ben 72,4 milliárd EUR).

Magyarországon a gazdaságilag aktív korú népesség 4%-a gondoz hozzátartozót, ez 300 ezer embert (80%-ban nőt) jelent. Az idős hozzátartozó gondozása akár 10-12 évig is eltarthat, ami nem csak anyagilag, de mentálisan, fizikailag is rendkívül megterhelő, hiszen semmilyen segítséget nem kapnak. Egy friss magyar kutatás⁴⁰ adatai szerint az otthon gondozók kb. 60%-a mentálisan annyira rossz állapotban van, hogy már jelenleg is orvosi segítségre szorulna - ez nyilvánvalóan kihat a hosszútávú életkilátásaikra.

⁴⁰ Az EFOP-1.9.4.-VEKOP-16-2016-00001 azonosító számú A szociális ágazat módszertani és információs rendszereinek megújítása keretében nagymintás kutatással vizsgáltuk a gondozási terheket demens hozzátartozók körében

Emellett a nemzetgazdaságnak is rendkívül nagy károkat, bevételkiesést okoz, és az amúgy is nagy munkaerőhiányt tovább fokozza, hogy az idős hozzátartozóikat gondozó emberek nem tudnak jelen lenni a munkaerőpiacon. Jelenleg, ahogy láttuk, a magyar GDP 0,6%-át költjük idősek tartós ápolás-gondozására, egy torz költség szerkezettel. Ha megnézzük, hogy mennyi munkaórát jelent az informális gondozás és ezt átváltjuk pl. a szociális szektor munkabérére, akkor ez átszámítva a GDP 1,5%-át is eléri az általuk végzett láthatatlan munka értéke. A kieső bérhez kapcsolódó járulék, adó, amit ez a 300 ezer ember nem fizet be az államkasszába, mert nem vagy csak csökkentett munkaidőben tud a gondozási terhei miatt fizetett munkát végezni, az átlagbérrel számolva meghaladja a GDP 1%-át - tehát a duplája annak a teljes összegnek, amit jelenleg a kormányzat a teljes tartós ápolás-gondozás szektorra fordít.

A tartós gondozási szektor finanszírozásában a hatékonyságnövelés révén az IKT fejlődése és a prevenció kulcsszerepet játszhat: új technológiák bevezetése, az aktív és egészséges idősödési politikákba való beruházás (active ageing policyk), valamint az egészségfejlesztés és a betegségek megelőzése (ennek legjobb eszköze az oktatásba való beruházás: minél magasabb ugyanis az iskolai végzettség, annál később alakul ki gondozási szükséglet).

3. Minőségbiztosítás

Az európai jogok szociális pillére elismeri minden érintett jogát a *jó minőségű* tartós gondozásra.

A tartós gondozás minősége különböző mutatókkal mérhető. Mutatókat lehetne kidolgozni a struktúra (inputok és erőforrások), a folyamat (gondozási ellátás) és az eredmények (az életminőségre, a funkcionalitásra és / vagy az önálló életre gyakorolt hatások) tengelyei mentén. Ezenkívül, a személyközpontú megközelítéssel összhangban a minőség mérhető úgy, hogy a felhasználók számos dimenzió - például a várakozási idők, a mindennapi élet feletti kontroll, a személyes tisztaság és kényelem, az étkezés és a táplálkozás, a méltóság - keresztül rögzítik a felhasználók véleményét az ellátással vagy szolgáltatásokkal kapcsolatos tapasztalataikról.

A minőséget befolyásoló kulcsfontosságú tényezők a finanszírozás, a munkaerő, a szervezet és a technológia. A megfelelő finanszírozás kulcsfontosságú a tartós gondozás minőségét elősegítő megfelelő szintű fizikai és emberi erőforrások biztosításához. Mivel a tartós gondozási szolgáltatások rendkívül interperszonálisak, minőségük nagymértékben függ a munkaerő rendelkezésre állásától és képzettségétől, a munkakörülményektől, valamint az ellátás megszervezésének módjától.

A tartós gondozás minősége tehát egyre nagyobb figyelmet kap az EU-ban, míg hazánkban egyáltalán nem tematizálódik, sőt a szakmai ellenőrzés az idősellátást nyújtó szolgáltatásoknál a 2013-as átszervezés óta nincs.

4. Formális, informális gondozók helyzete

Munkaerőhiány: adatok, előrejelzések

Az ágazat mintegy 6,3 millió embert foglalkoztat, ami az EU teljes munkaerő-állományának 3,2%-át teszi ki. A Cedefop⁴¹ EU-27-re vonatkozó előrejelzései szerint 2018 és 2030 között 3,2 millió álláslehetőség lesz az egészségügyi szakdolgozók és 3,8 millió a személyes gondoskodást nyújtó dolgozók számára. 2019-ben a tartós ápolást végzők 67%-a volt személyes gondoskodást végző munkavállaló, míg 33%-uk ápoló. A tartós ápolást végzők túlnyomó többsége nő (2019, LFS⁴² szerint 88%-uk).

A tartós gondozást nyújtó munkaerő előregszik. A legtöbb tartós ápoló-gondozó középkorú: 2016-ban a tartós ápolást végzők medián életkora tagállamszerte 45 év volt (teljes foglalkoztatottakra ez 42 év). Az 50 éves vagy annál idősebb dolgozók aránya 2019-ben megközelítette a 38 %-ot (4,7 százalékkal magasabb, mint a teljes munkaerő esetében). Az előregedés üteme is gyors: 2009-es 28%-ról közel 10%-kal nőtt. A tartós ápolói állomány ötöde külföldi születésű – több közép- és kelet európai tagállam is szembesül az "gondozó elszívás" jelenségével.

Magyarországon a helyzet ennél is rosszabb: a szociális szektor munkavállalóinak 40%-a foglalkozik idős gondozással, átlagéletkoruk 49 év, 96%-uk nő, a nyugdíjhoz közeli 50+ aránya 45%, a munkaerőhiány az ágazatban átlagosan 10% emellé társul 23%-os fluktuációs ráta⁴³.

Munkakörülmények: Európában a szektorban jellemző a nem szabványos munkarend, vagyis a szabálytalan munkaidő, a többműszakos munka és a fizikai/mentális terhelések előfordulása. 2019-ben a tartós ápolást végző munkavállalók több mint 40 %-a dolgozott részmunkaidőben az EU-27-ben, szemben az egészségügyi ágazat 26 %-ával és a teljes részmunkaidős foglalkoztatási rátával 19 %-kal. (Magyarországon a részmunkaidős foglalkoztatás a szektorban a rendkívül alacsony bérek miatt egyáltalán nem jellemző). Jelentős a dolgozói szegénységnek való kitettségük, a gondozást végzők mellett ki vannak téve a gondozottak általi abúzusnak. 3-ból 1 idősotthoni ápoló-gondozó (33 %) szenved el abúzust a munkahelyén (beleértve a

⁴¹ Európai Szakképzés-fejlesztési Központ

⁴² Labour Force Survey

⁴³ <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/budapest/19035.pdf>

verbális bántalmazást, a nem kívánt szexuális közeledést, a fenyegetéseket, a fizikai erőszakot, a megalázó magatartást, a megfélemlítést és a szexuális zaklatást). Ez lényegesen magasabb arány, mint az egészségügyi ágazatban (23 %) és a teljes foglalkoztatott populációban (16 %). Magyarországon ez az arány az idősgondozók körében 81% (!). Mindezek aggasztó következményekkel járnak: a tartós ápolást végzők 38%-a gondolja úgy, hogy 60 éves koráig nem fogja tudni végezni ezt a munkát.

Mi vezet a munkaerőhiányhoz? Az idős emberek növekvő aránya miatt nő a kereslet, valamint az olyan folyamatban lévő tendenciák, mint a nők növekvő munkaerőpiaci részvétele és az emberek nagyobb földrajzi mobilitása, mindez - több más tényezővel együtt - negatívan befolyásolja az informális gondozók rendelkezésre állását. Az ágazatban a munkaerőhiányt fokozó egyéb tényezők közé tartozik az elöregedő munkaerő, valamint a vonzóbb foglalkoztatási lehetőségekkel és jobb munkakörülményekkel rendelkező más ágazatokkal folytatott verseny. A tartós gondozás iránti növekvő kereslet kielégítése ösztönözné a munkahelyek létrejöttét, de a tagállami rendszerek nehezen tudják vonzani és megtartani az ápolókat, gondozókat az alacsony bérekkel, rossz munkakörülményekkel, a képzések el nem ismerésével. A szociális ágazat átlagkeresete alacsonyabb, mint a többi ágazatban elérhető átlagkereset⁴⁴. A kollektív szerződések hiánya, az állam általi alulfinanszírozás, bérgaranciák hiánya szintén hozzájárul az alacsonyabb bérekhez.

Az ágazat vonzerejének növelése különböző intézkedésekkel történik a tagállamokban, közülük két fő irány rajzolódik ki. Az egyik az informális gondozók, mint tartaléksereg professzionalizációja, átképzése, a másik a „gondozói elszívás” gyakorlatának uniós szintre emelése (utóbbira már Magyarországon is akad egy thai példa⁴⁵).

Informális gondozók

Az informális – jellemzően családtagok általi - gondozás gyakran az egyetlen lehetőség a hozzáférhető és megfizethető formális ellátás hiánya miatt.

Az informális gondozás elérhetősége csökkenni fog a nők munkaerőpiaci részvételének növekedése, a nyugdíjkorhatár kitolódása, a nagyobb földrajzi mobilitás, a demográfiai tendenciák (pl. az utóbbi évtizedben jelentősen nőtt itthon is az időskori válások aránya), a fiatalabb generációkban megfigyelhető attitűdváltozás miatt.

⁴⁴ <https://ellensuly.hu/az-alacsony-berek-oka-es-kovetkezményei-a-szocialis-agazatban/>

⁴⁵ <https://telex.hu/belfold/2023/11/01/sopron-idosek-otthona-szocialis-ellatas-kulfoldi-vendegmunkas-thai-helyi-tudositas>

Becslések szerint a 18–75 éves uniós népesség átlagosan 18%-a (44 millió fő) nyújt legalább hetente egyszer informális gondozást. Legmagasabb az arányuk Görögországban (34%), legalacsonyabb Romániában (9%), míg Magyarországon 18%. Az Eurostat kérdőívében⁴⁶ azokat az inaktívakat kérdezték, akik a gondozási terheik miatt nem tudnak fizetett munkát vállalni: ez a 18-74 éves korcsoportra 4,2%-ot jelent, átszámítva a korcsoportnak megfelelő magyar népességre mintegy 300 ezer főt. Rajtuk kívül azonban sokan a gondozás mellett részmunkaidőben is dolgoznak, amelyről azonban sajnos nincs adat. Abból kiindulva, hogy az intenzív gondozók nagyjából az összes gondozó harmadát teszik ki, a gondozásban érintettek száma elérheti a 900 ezer főt is. Mint említettem, az informális gondozók többsége nő, ami fenntartja a nemek közötti egyenlőtlenségeket. Az EU-ban az informális gondozók (18 éves vagy annál idősebbek) átlagosan 59%-a nő. Bár sok informális gondozó nyújt néhány óras ellátást, az intenzívebb gondozásban a nők dominálnak. Az informális ellátást nyújtó nők 12%-a hetente több mint 40 órát biztosít, míg a férfiak esetében ez az arány 7%.

A hasonló iskolai végzettség ellenére az alacsony jövedelműek felülreprezentáltak az informális gondozók körében. Uniós szinten a 20–64 éves informális gondozók 46%-a él medián feletti jövedelemmel rendelkező háztartásban, szemben az azonos korcsoportba tartozó lakosság 52 %-ával. A munkaképes korú informális gondozók többsége a gondozást a fizetett munkával kombinálja, de a foglalkoztatási ráta csökken az ellátás intenzitásának növekedésével. Uniós szinten az aktív korú gondozóknak a kétharmada (64 %) foglalkoztatott. Itthon egy 2015-ös kutatás szerint az ápolási díjon lévők 83%-a nem tud fizetett munkát vállalni, a jövedelmi helyzetükre jellemző, hogy az egy fogyasztási egységre eső jövedelem szempontjából 70%-uk tartozik a magyarországi népesség alsó két jövedelmi ötödébe⁴⁷.

Az informális ellátás hatása a gondozók jövedelmére, egészségére és jólétére

Munkaerőpiaci részvételük csökkentése azonnali hatással van jelenlegi jövedelmükre, de hosszú távon hatással lehet öregségi nyugdíjukra is. Emellett a gondozási feladatok káros hatással lehetnek a gondozók egészségére és jólétére, mivel ugyanolyan kockázatoknak vannak kitéve, mint a formális munkavállalók (emelés, stressz stb.), de potenciálisan kevesebb támogatást kapnak. A közvetlen bérveszteség a becslések szerint bruttó 25 800 euró, nettóban pedig átlagosan 17 900 euró. Azok a 18–44 éves nők, akik intenzív informális gondozást nyújtanak, de továbbra is dolgoznak, jövedelmük 20–25 %-át veszítik el a csökkentett munkaidő miatt. Ezért a legtöbb tagállam nyugdíjjóváírást ad az informális gondozóknak, ami

⁴⁶ <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁴⁷ https://www.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/szocpol/20160823_szocpol_monitoring_3_tatrai.pdf

így mérsékelten alacsonyabb nyugdíjat eredményez, mint a megszakítás nélküli karrier. A legtöbb tagállam az ellátásból eredő inaktivitási időszakot (részben) kompenzálja a nyugdíjrendszeren keresztül, így a gondozó legfeljebb 5 %-kal alacsonyabb nyugdíjban részesül, mintha nem szakította volna meg a karrierjét.

Informális gondozók támogatásának eszközei:

A formális gondozási szolgáltatások megerősítésére irányuló erőfeszítésekkel párhuzamosan az informális gondozók támogatása is kiemelten fontos. Az uniós intézkedések magukban foglalják a pénzbeli támogatást, tanácsadást és képzést, a készségek elismertetését, valamint a pihenéshez való jogot (ennek érdekében tehermentesítő szolgáltatásokat kell létrehozni – fontos megemlíteni, hogy Magyarországon ez az ellátástípus még csak nem is ismert). Fontos szerepet játszhatnak azok a támogatási intézkedések is, amelyek az informális gondozás nyújtásának hosszú távú következményeivel is foglalkoznak, mint például a gondozási tevékenységekhez nyújtott nyugdíjjóváírás, egészségügyi szolgáltatások, társadalombiztosítás.

Számos tagállam vezetett be pénzbeli támogatást az informális gondozók számára. Kilenc tagállam ad ápolási díjat az informális gondozóknak, 11 pedig a gondozottnak, aki felhasználhatja ezt az összeget gondozási szolgáltatás vásárlására. Emellett számos más támogató intézkedés is létezik, mint például: forrádrótvonalak, online platformok vagy egyablakos ügyintézés; továbbá a gondozási központok időnként tehermentesítik az informális gondozót a terhei alól; gondozási szabadságot vezettek be; képzési lehetőségeket nyújtanak; ide tartozik a társadalombiztosítás nyújtása, beleértve a nyugdíjjogosultságokat és / vagy az egészségbiztosítást; önkormányzati ellátások is léteznek, például parkolási engedélyek, adókedvezmények, pszichológiai támogatás, a formális és informális ellátás közötti jobb együttműködés.

A szakképzettség elismerése segítheti az informális gondozókat abban, hogy gondozási tevékenységük befejezése után belépjenek a munkaerőpiacra, azáltal, hogy a formális gondozási ágazatban választanak karriert. Az infokommunikációs technológia segítheti az informális gondozókat feladataik ellátásában, ilyenek például a távfelügyeleti eszközök, de más, kifejezetten az informális gondozók számára kifejlesztett technológiák, mint az ún. AAL technológiák vagy a segítő eszközök (az elektronikus gyógyszeradagolók, mozgásérzékelők) is.

Ugyanakkor az informális gondozók jobb támogatására irányuló intézkedéseknek együtt kell járniuk a formális gondozás megerősítése érdekében hozott intézkedésekkel. Az informális gondoskodásnak inkább választáson kell alapulnia, mint kényszeren. A formális tartós

gondozás nyújtása enyhítheti az informális gondozókra nehezedő nyomást, mert ezt a nők gyakran nem önként vállalják - a formális gondozásba való befektetés így járul hozzá a nemek közötti egyenlőség javításához is.

4. Reformok és ezek hazai elmaradása

Az elmúlt három évben több tagállam is foglalkozott a tartós gondozási rendszereik reformjával. Az intézkedések elsődleges célja volt az informális gondozók helyzetének javítása, az otthoni és bentlakásos ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítése, a megfizethetőség és minőség javítása, és a professzionális, tartós gondozást végző munkavállalók helyzetének javítása.

Magyarországon egyetlen ilyen intézkedés sem történt, itthon az idősotthoni kapacitásokat gyakorlatilag 2006-ban befagyasztották. A szükségletek növekedése azonban nem megállítható, aminek így számtalan nem kívánatos következménye azonosítható:

- megnő az informálisan, mindenféle munkajogi biztonság nélkül a családok otthonában foglalkoztatott, többnyire szakképzetlen, migráns háttérű gondozónők száma;
- a családtagokat (jellemzően nőket) mentálisan, fizikailag és anyagilag is rendkívüli megviseli a gondozás, amihez semmilyen segítséget, tájékoztatást nem kapnak;
- az igénybevehető szolgáltatásokat szakmailag nem ellenőrzik, illetve informális úton terjed az információ a szabad férőhelyekről;
- létező jelenség, hogy piaci rést látnak az engedély nélkül működtetett idősotthonok üzemeltetésében, ezek megszüntetése az államnak nem érdeke;
- sokan felveszik a hozzátartozójuk nyugdíját gondozás fejében, ám mégsem történik gondozás, sőt sok esetben marad rejtve idősekkel szembeni abúzus, ingatlanvagyonról megfosztás;
- több esetet lehetett olvasni a sajtóban öngyilkosságot választó beteg, gondozásra szoruló idős emberekről.

Az ápolás helyzete - Nemzetközi kitekintés⁴⁸

Anglia

⁴⁸ A „Pflege in Bayern” cikksorozata
<https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/#foerderprogramme-pflege>

Az ápoláspolitikai: miután az 1980-as években a lakosság elöregedése erőteljesen fokozódott, az egészségügyi minisztérium támogatásával ápolási otthonok és gondozási kínálatok robbanásszerű kiépítésére került sor, ami egyben az ápolószemélyzet iránti szükséglet növekedését eredményezte. A forrásokat a kormány bocsátotta rendelkezésre, ám 1993-ban nyilvánvalóvá vált, hogy ezáltal tarthatatlan pénzügyi helyzet állt elő, amelynek eredményeként elfogadták a *National Health Care and Community Care Act*⁴⁹-ot, amely a kommunális szociális hivatalokra hárította át a finanszírozás felelősségét és korlátozta az ápolási díj finanszírozására fordított költségvetési forrást. A rendszer átalakítása során hatékonyan racionalizálták az ellátás finanszírozását és az ápolási ágyak számát.

Jelenleg mintegy 1,5 millió személy veszi igénybe a *National Health Service* (NHS) szociális gondozási szolgáltatásait, akik közül a legnépesebb csoport az államilag finanszírozott szociális gondozást igénylő 65 év fölöttieké.

A kormány törekvése a magas minőségű egészségügyi ellátás nyújtása az NHS keretében. A humán erőforrás tervezésének támogatása a helyi hatóságok (települési tanács, szociális szolgálat) feladata.

Az ápolásra szorultság megállapítása: az ápolószemélyzet iránti igényt az NHS bírálja el a *Community Care Act* alapján. Az időskorúak számára legalkalmasabb ápolási csomagok szükségességét a helyi szociális szolgálatok határozzák meg, amelyek pénzügyi vizsgálatot is végeznek. A települési tanács, illetve a szociális szolgálat - kérelem alapján - megvizsgálja az egyes időskorúak ápolásra szorultságát és azt egy háromfokozatú skálán (alacsony – mérsékelt – jelentős) kritikusan értékeli. Az ápolási szolgáltatásokra ennek megfelelően vagy otthon kerül sor a hozzátartozók vagy gondozók közreműködésével, vagy ápolási otthonban ápolás és gondozás nélkül, vagy ápolási otthonban ápolással és gondozással. A kormány törekvése, hogy az emberek lehetőség szerint minél tovább megőrizték függetlenségüket és támogatást nyújt abban, hogy az ápolásra otthonukban kerüljön sor.

Idősothonok és ápolási otthonok: Angliában a 18-65 év közötti felnőttek és a 65 év fölötti időskorúak ápolása elkülönített ápolási otthonokban történik. Ezeknek az otthonoknak is két típusa van: ápolást nyújtó és ápolást nem nyújtó intézmények. Ott, ahol ápolást is nyújtanak, szakképzett ápolók állnak rendelkezésre. Az Egyesült Királyságban a bentlakásos intézményekben az ápolást többnyire önkéntesek és privát szervezetek nyújtják, a helyi szociális szolgálatok által fenntartott otthonok száma viszonylag alacsony. Széles körben

⁴⁹ Nemzeti egészségügyi és közösségi ellátási törvény

elterjedt tévhit, hogy a privát ápolási otthonokat csak a gazdagoknak tartják fenn. Vannak emberek, akiknek az ápolási szükségleteit teljes egészében a kormány finanszírozza és amennyiben úgy akarják, ezt saját lakásukban vehetik igénybe. A privát háztartásban való gondozás költségei adott esetben olcsóbbak lehetnek, mint egy helyi hatóság ápolási otthonában.

Számos ápolási otthonban ápolást és gondozást is nyújtanak, itt az ápolószemélyzet és az orvosi team az otthon alkalmazásában áll. Az ápolási otthonoknak egy sor országos minimális standardnak kell megfelelniük.

Az otthoni ápolás: az állam az otthoni ápolást részesíti előnyben, amely természetbeni ellátásként vehető igénybe. Ez megvalósulhat a körzeti nővér rövid látogatásai formájában, vagy akár az ebéd házhozszállításával. Az ápolás általában bizonyos feladatokra irányul: pl. testápolás, segítség a reggeli felkeléshez, fürdetés. Az otthoni ápolás hagyományos a partner, hozzátartozók vagy barátok általi ellátás, míg a professzionális ellátásban a szociális szolgálatok, privát szolgáltatók, önkéntesek állnak rendelkezésre. Becslések szerint 1,5 millióra tehető azok száma, akik hetente 20 órát fordítanak térítésmentesen barátaik és rokonaik gondozására. Az Egyesült Királyságban ez a legelterjedtebb.

Az ápolást végző hozzátartozók támogatása: az ápolási díj azon személyek részére nyújtott térítés, akiknek hetente legalább 35 órát fordítanak súlyosan fogyatékos hozzátartozójuk gondozására és ezért nem dolgozhatnak teljes munkaidőben. A pénzügyi támogatás adóköteles, de nem függ a nemzeti biztosítási járulékoktól. Az ápolást nyújtó személynek a közepesen vagy súlyosan fogyatékos személy ellátásáért járó ápolási díjban (*Attendance Allowance*) vagy eltartási segélyben részesül.

Az ápolószemélyzet képzése: Angliában az „idősapoló” megnevezés nem létezik, itt „registered nurse”-nek nevezik. Betegápoló képzés sincs, a képzés formája: „Bachelor of Science in Nursing”. A külföldi ápolóknak a munkavállaláshoz regisztráltatniuk kell magukat az NMC-nél (Nursing and Midwifery Council), amit három hónapos várakozási idő követ, ezután dolgozhatnak „health care assistant” vagy „carer” minőségben, de további tanfolyamokat is el kell végezniük (pl. Manual Handling).

Ausztria

Ausztriában a 75 éves és annál idősebb személyek száma közel 700.000, arányuk 2030-ig 50%-kal fog növekedni, 2040-ig számuk így eléri az 1,26 milliót. A 80 és 85 éveseknél, illetve még idősebbeknél ez a folyamat még dinamikusabb: a 80 év fölöttiek száma jelenleg mintegy 400.000, a 85 év fölöttieké 140.000; 2080-ig a 80 év fölöttiek száma eléri az egymilliót, a 85 év fölöttieké a félmilliót. Jelenleg Ausztriában a 95 éves és annál idősebb személyek száma 10.000, számuk azonban 2040-ig háromszorosára, 2050-ig pedig négyszeresére emelkedik.

Az időskorúak számára a legjobb megoldás, ha saját otthonukban tölthetik öreg napjaikat. Ausztriában összesen 300.000 háztartásban élnek 79 év fölötti személyek (összesen 3,5 millió háztartásból). Az időskorúaknak mindössze 7%-a él idősotthonban.

Ausztriában az idősotthonokat és az ápolási otthonokat többnyire közhasznú társaságok vagy privát fenntartók üzemeltetik. A klasszikus ápolási otthonok mellett a lakhatás új formái is megjelentek: pl. lakóközösségek és az ún. lakásgondozói szolgáltatás („betreutes Wohnen”). Ez utóbbi azt jelenti, hogy a lakást az időskorúak szükségleteinek megfelelően alakítják át, különböző szolgáltatások és ápolás áll rendelkezésükre az önálló életvitel meghosszabbítása érdekében.

Becslések szerint Ausztriában az időskorúaknak mintegy egyharmada demenciával él, ami jelentősen korlátozza őket a mindennapi életben. Az előrejelzések szerint 2050-ig a demenciások száma eléri a 240.000-et. A számukra nyújtott szolgáltatások: ambuláns, részben bentlakásos és bentlakásos ellátás (memória-ambulanciák, geronto-pszichiátriai nappali kórházak, memória-klinikák).

A súlyos beteg, végső stádiumban levők számára kiterjedt és differenciált hospice- és palliatív ellátás áll rendelkezésre, ezen belül alapszolgáltatások, támogató és gondozó szolgáltatások vehetők igénybe. Mindezek egyaránt elérhetők akut és tartós ápolás, valamint otthoni ellátás formájában. Az intézményi keretek: mobil palliatív csapatok, palliatív konziliárius szolgálatok, nappali hospice, bentlakásos hospice és palliatív osztályok.

Az ápolási otthonok létesítésének és üzemeltetésének finanszírozása a szövetségi tartományok illetékességi körébe tartozik, amit ezek a tartományi szociális segélyezésről szóló törvényekben szabályoznak. Az ápolást többnyire az életszükségletek biztosításához nyújtott segítség részeként nyújtják és ennek keretében a szolgáltatásokat mobil szolgálatok és részben bentlakásos, illetve bentlakásos szolgálatok bocsátják rendelkezésre.

Ápolásra szorultság esetén a hét ápolási fokozatnak megfelelően ápolási díj („*Pflegegeld*”) kifizetésére kerül sor, amelynek összege: 1. fokozatban havi 154,20 EUR; 7. fokozatban 1.655,80 EUR.

A tartományi hatóságok felügyeleti kompetenciájuk keretében biztosítják a tartományban előírt strukturális minőségügyi kritériumok betartását. Ennek fokozása érdekében számos minőségfejlesztési projekt zajlik jelenleg is. Az ápolószemélyzet iránti szükségletet a tartományok az ápolási otthonokról szóló saját törvényeikben vagy rendeleteikben szabályozzák. Ausztriában jelenleg nem létezik a személyzet felmérésre vonatkozó egységes rendszer, és mivel a tartományok a személyzettel való ellátottság kulcsszámaikat rendszerint minimális szinten határozzák meg, a személyzet iránti tényleges igény ennél magasabb lehet.

Az ápolók fizetésére vonatkozóan nem létezik egységes jogszabály. A fizetési rendszerek szövetségi tartományok és fenntartók szerint különbözőek. Ausztriában széleskörűen elterjedt a BAGS kollektív szerződése (*BAGS: Bundesvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe* – Egészségügyi és szociális dolgozók munkaadóinak szövetségi egyesülése). Az egészségügy és az ápolás területén a hivatás gyakorlásához szükséges szakképzettséget az egészségügyi és betegápolási törvény, valamint a szociális gondozói foglalkozásokról szóló törvény szabályozza.

Svájc

Svájcban a lakosságnak a XX. század kezdete óta megfigyelhető előregedése az 1960-as évek óta még jobban felgyorsult, ami a születések számának tartós csökkenésével, az időskort elérő népes kontingensekkel (baby-boom-generáció) és a magasabb várható életkorral függ össze. Férfiaknál ez 79,7 év, nőknél 84,4 év. Svájc lakosságának lélekszáma jelenleg 8,6 millió fő, ebből a 65 év fölöttiek aránya 12,1%, a 80 év fölöttieké 4,7%, miközben a 20 év alattiaké 21%, a keresőképeség életkorában (20-64 év) levőké 62,2%.

Miután az időskorúak közül egyre többen örülnek jó egészségnek és képesek az önálló életvitelre, legszívesebben saját otthonukban élik napjaikat. A hagyományos idősotthonok és ápolási otthonok mellett egyre több a lakóközösség, a szolgáltatásokkal támogatott lakás, a privát idősrezidencia. Hagyományos otthonokban csak a rendkívül elaggott és súlyosan ápolásra szorulóknak élnek. Az időskorúaknak minél tovább saját otthonukban tartására kiépült a

Spitex rendszere⁵⁰: a kórházon kívüli olyan szolgáltatások szervezete, amely az otthoni ápolás és gondozás mellett biztosítja a háztartás vezetését, ambuláns és rövid idejű ellátásokat nyújt, nappali klinikákat üzemeltet, ún. nyaralóágyakat biztosít, az ápolást végző hozzátartozók tehermentesítése céljából megoldja az áthidaló ápolást.

Az ápolási otthonok állami, közhasznú, társasági vagy privát fenntartásban működnek. Az otthonok 33%-át alapítványok, 24%-át települési önkormányzatok működtetik. 19% egyesületként, 9% részvénytársaságként, 6% települési szövetségként, illetve célszervezetként működik.

A demenciások száma jelenleg mintegy 110.000 fő, akiknek 60%-a otthonában él. Az újonnan megbetegedők száma 23.000. Az ápolási otthonokban ebből a célból speciális lakócsoportokat hoztak létre („lakóközösség és ápolási oázis” modellje = 7-8 ágyas szobák), de léteznek speciálisan demenciások részére fenntartott ápolási otthonok is. A demenciások ellátására az egészségügyi összköltségek 6%-át fordítják.

Az ápolás finanszírozása a kantonokban 2011. január 1-től megváltozott. Miközben az ellátást és a szállást továbbra is az otthon lakói viselik, az ápolás finanszírozása három fél között oszlik meg: a betegpénztárak (ápolási fokozatonként való rögzített járulék), az ápolási otthon lakói (a legmagasabb betegpénztári járulék max. 20%-a) és az állam (fennmaradó rész finanszírozása) között.

Az ápolási otthonokban foglalkoztatottak száma eléri a 100.000 főt. Az előrejelzések szerint 2020-ig további 15.000, 2030-ig pedig további 80.000 ápolóra lesz szükség, ennek 90%-a az otthonok és a Spitex keretében. Az ápolók képzésének időtartama három év és szakfőiskolán történik. A svájci munkavállaláshoz a külföldi ápolói végzettséget el kell ismertetni a Svájci Vöröskeresztnél.

Az állami otthonokban az ápolók fizetése a közszféra fizetéseivel igazodik, a kantonok között azonban jelentős különbségek vannak, egyebekben a bér alku tárgyát képezi. Más országokhoz viszonyítva az ápolók fizetése jellemzően magasabb, de figyelembe kell venni a magasabb létfenntartási és biztosítási költségeket és a hosszabb munkaidőt is.

Hollandia

⁵⁰ A Svájci Spitex Szövetség 1996-ban jött létre több házi ápolást végző szervezet egyesüléséből. Tagjai között egyformán vannak közhasznú és profitorientált szolgáltatók. Tevékenysége elsősorban az ápolásra szoruló és beteg emberek otthoni ápolására, gondozására, kisegítésére irányul. <http://www.spitex.ch>

A lakosságcsökkenés Hollandiában is elérte azt a szintet, amikor a születések száma nem haladja meg a halálozásét. A férfiak átlagos várható életkora 77 év, a nőké 81 év. Az 55 év fölöttiek száma 3,7 millió, amely 2030-ig 6,2 millióra fog emelkedni. Az 1960-as években uralkodó közfelfogás szerint az számított jó megoldásnak, ha a 65 év fölöttieket mielőbb elhelyezték egy ápolási otthonban. Az ápolószemélyzetre keveset kellett költeni és nagy jelentőséget tulajdonítottak a prevenciónak. Időközben a szemlélet megváltozott és egyre több idősebb személyt ápolnak saját otthonában, amihez a szolgáltatásokat többnyire privát non-profit-szervezetek bocsátják rendelkezésre. Ennek ellenére az intézményi ápolásról nem mondtak le teljesen, mert az otthoni ápolást nem mindenki fogadja el.

Az ápolási otthonok 95%-a privát, 5%-a önkormányzati fenntartásban működik. A holland egészségügyi minisztérium akcióttervet dolgozott ki az időskorúak otthoni, önálló életvitelének támogatására. A települési önkormányzatok, építőipari vállalkozások és az egészségügyi szolgáltatók támogatásával létrehozták az ápolásra szoruló időskorúak és a fogyatékkal élők szükségleteihez igazított infrastruktúrát: akadálymentesített lakások, lakásgondozási szolgáltatás, *Residential Care* (települési gondozási központ) és *Residential Care-övezetek* (megfelelő infrastruktúrával ellátott falu vagy negyed, ahol az ápolás és a gondozás különböző lehetőségei állnak rendelkezésre). Ezeken a helyeken a körzeti nővérek kiemelt szerepet töltenek be.

Az ápolásra szorulóknak - orvosi rendelésre - egy ún. „személyes költségvetésben” részesülnek, amelyet készpénzben kapnak és ápolásukra fordíthatnak. Az otthoni ápolási ügyosztály szigorú takarékoságot ír elő, még azt is előírják, hogy az otthoni ápolást végző munkatársaik hány percig tartózkodhatnak az „ügyfeleknél” és ott milyen tevékenységeket kell elvégezniük. A változásokat, még sürgős esetben is, kérelmezni kell.

Az ápolási otthonok általában 100-400 ágygal működnek; időskori és krónikus betegségekben szenvedők, valamint lábadozók ápolására specializálódtak. Gazdaságossági indokokból az ágy-kihasználtságot 95%-os szinten tartják. A demenciások száma Hollandiában kb. 230.000, ezek 30%-a 80 év fölötti. A hagyományos ápolási otthonok alternatívájaként bevezették a „*kleinschalig wonen*” modelljét. Az ilyen intézmények sorházakban, nagy családi házakban és ápolási otthonokban működnek. A betegeket kisebb lakócsoporthoz osztják, amelynél nem a demencia tényéből, hanem a betegek lehetőségeiből indulnak ki.

Hollandiában jelenleg több mint 250 hospice működik, amelyekben összesen 8.000 hely áll rendelkezésre. Az önálló hospice-ok többnyire alapítványi formában működnek és 3-10 ágyas

saját épülettel rendelkeznek. A szakképzett tevékenységet betegápolók végzik, de a hospice-okban jellemzően magas az önkéntesek száma is. Az orvosi ellátást elsősorban a háziorvos végzi, a munkában palliatív tanácsadók is részt vesznek. A finanszírozás részben az egészségügyi minisztériumtól kapott támogatásokból, részben saját forrásokból, hozzájárulásokból, adományokból történik. A minőség igen magas színvonalú. A maximális tartózkodási idő három hónap.

A végstádiumban levők ellátásának sajátos formája a „*Terminale Thuiszorg*”, ami a haldokló saját otthonában való éjszakai ellátását jelenti. Ebben jelentős szerepet játszanak az önkéntesek. Az önkéntesek szervezeteinek („*Vrijwilligersorganisaties*”) hálózatba szerveződése 1984-ben kezdődött és a „végstádiumban levőket gondozó önkéntesek platformja” jelenleg 180 tagszervezettel rendelkezik.

Hollandiában minden ápolási szolgáltatás vonatkozásában problémát jelentenek a várólisták. Ezek elsősorban a pénzszűkének és az ápolóhiánynak tulajdoníthatók. A személyzeti ellátottságra vonatkozóan nincs előzetesen meghatározott kulcs. Az intézmények a rendelkezésükre bocsátott rögzített költségvetésből gazdálkodhatnak, amelyből kifizethetik a személyzetet. Az egyes fenntartók különböző személyzeti ellátottsággal működést alkalmaznak.

A szakképzett munkaerő arányát nem szabályozzák, de egy minimális számú ápolónak rendelkezésre kell állnia. Ez ugyancsak az ápolóhiány következménye. Az „idősápoló” megnevezés nem létezik. A külföldi idősápolói szakképzettséget Hollandiában a nővéri kamara ismeri el. A kamarai regisztrációt követően az érintettek elnyerik a holland megnevezésnek megfelelő „*Verpfleegundige*”-ként való működési engedélyt.

A holland egészségügyi rendszer a legköltségesebbek közé tartozik Európában. A magas standard és a túlkapacitás elérte határait és a kormány ezért a kórházi ágyak számának csökkentésére törekszik. E politika eredményeként eltolódás következett be a kórházaktól az ápolási otthonok, illetve az otthoni ápolás irányába.

A betegségek költségeit 2006. január 1. óta egy alapbiztosítás keretében fedezik. Ezzel szemben az öregség és a tartós betegség, ápolás vagy fogyatékosság kiadásait az AWZB (*Allgemene Wet bijzondere Ziektekosten*) keretében, adókból finanszírozzák. Az adóbevételek 14%-át minden évben az AWZB céljaira fordítják és a tendencia növekvő.

Az ápolásra szorulóknak választhatnak a „személyes költségvetés” és a „természetbeni ellátás” között, kivételt képez az ápolási otthonban és a „*kleinschalig wonen*” (kisméretű otthonok) keretében való ellátás.

Spanyolország

Spanyolországot az előregedés folyamata 2020 óta különösen súlyosan érinti. A születési ráta az egész világon itt a legalacsonyabb, 2020-ban már minden negyedik spanyol 65 év fölötti volt.

Az időskorúak többsége a család körében marad, a súlyosan ápolásra szorulóknak, valamint azok számára, akiket családjuk nem tud folyamatosan gondozni, az állam ápolási otthonokat működtet. Az otthonokban az orvosi ellátást az egészségügyi központ által kirendelt orvos látja el, aki gyakorlatilag praxist vezet az otthonban, vagy pedig egy látogató orvos rendszeresen rendelőt tart.

Az ápolási otthonokban a minőség elég gyenge, annak ellenére, hogy a minőségi követelmények betartását a szociális minisztérium illetékes alosztálya felügyeli. Még rosszabb a helyzet az ambuláns szolgáltatók tekintetében. A spanyol társadalombiztosítás nem finanszírozza az ambuláns ápolási szolgáltatásokat, ezeknek a szolgáltatásoknak a kifizetése privát forrásokból vagy a hozzátartozók által történik.

A társadalombiztosítás finanszírozása adóforrásokból történik. A munkavállalók által befizetendő járulék a jövedelem 38%-a, amiből 23%-ot a munkaadó fizet, illetve az önálló vállalkozóktól átalányt hajtanak be. Ápolásra szorultság esetén, amennyiben ápolási otthonban való elhelyezésre van szükség, a társadalombiztosító megvizsgálja az ápolásra szorultság mértékét és várólistára teszi az érintettet. Az ápolási díj ellenében az ápolási szolgáltatások „megvásárolhatók.”

Becslések szerint a demenciások száma Spanyolországban eléri a 400.000-et. Ápolásuk többnyire családi körben történik. Néhány éve a demenciások hozzátartozói egyesülésekbe kezdtek tömörülni, hogy szakemberek segítségével biztosíthassák a megfelelő gondozást. Nappali központok, kisebb lakócsoporthoz jöttek létre, kiépítették az ambuláns segítségnyújtás bizonyos formáit.

Lengyelország

Lengyelországban minden ötödik háztartást időskorú (60 év fölötti) személy vezet, akiknek 70-80%-a önálló életvitelt folytat, 6%-a pedig nem képes elhagyni otthonát. Mindössze 0,6% él ápolási otthonban.

Az időskorú, beteg és fogyatékkal élők rendelkezésére álló lehetőségek: otthoni ápolás, intézményben való elhelyezés, nappali gondozás, palliatív gondozás. Az országban 190 gondozó- és gyógyítóintézmény, 105 ápoló- és gondozóintézmény és 47 hospice működik. A gondozóotthonokban 96.100 hely áll rendelkezésre, ezek közül 16.200 idősotthonokban. Az ápolóotthonokban való elhelyezéshez a várakozási idő két-három év.

A nyugdíjak általában nem elegendők az ápolási költségek fedezésére, ennek biztosításához szociális segélyre van szükség. Ápolásbiztosítási rendszer nem létezik, a családoknak maguknak kell boldogulniuk. A szociális segélyek tekintetében a települési segélyhivatalok illetékesek, de ezek szorosan együttműködnek a civil szervezetekkel és az egyházakkal.

Az otthoni ápolást a települési szociális központ dolgozói vagy szakképzett szabadfoglalkozásúak végzik. Az országos egészségügyi alap (*NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia*) által finanszírozott ambuláns ápolási központok száma azonban igen alacsony.

A hospice és a palliatív medicina már hagyományokkal rendelkezik. A Lengyel Palliatív Medicina Társaság 1989-ben alakult. A palliatív medicina önálló szakterületnek számít. A palliatív ellátást 2003 óta törvény szabályozza, az országos egészségügyi alap a nem kormányzati intézmények költségeit is fedezi. Lengyelországban 47 hospice működik.

A demenciások 90%-a otthonában részesül ambuláns ellátásban, amelyben geriáterek, neurológusok és pszichiáterek működnek közre egy általános orvos állandó felügyeletével. A demenciásoknak mindössze 10%-a tölti utolsó napjait gondozóintézményben.

Az ápolóképzés területén 2001 márciusában három új képzési formát vezettek be:

- Idősotthoni ápoló – kétéves képzés,
- Ambuláns ápoló – egyéves képzés;
- Fogyatékkal élőkkel dolgozó asszisztens – egyéves képzés.

A szakápolói képzés a szakmai ismeretek mellett kommunikációra és rehabilitációra is kiterjed. A képzés tekintetében az EU normáit követik, a betegápolók képzése egyetemi szintű (licenciátus), az idősápolást ráépítő képzések keretében sajátítják el.

Luxemburg

A demográfiai helyzet: Luxemburg lakóinak 43%-a bevándorló. Az előrejelzések szerint 2050-ben a 65 év fölöttiek száma eléri a 200.000-et, ami a jelenlegi helyzethez viszonyítva 198,5%-os növekedést jelent.

Az ápolásra szorulóknak ellátásának formái: Luxemburgban nem tesznek megkülönböztetést idősotthonok és ápolási otthonok között. Az ún. CIPA-központok (*Centre intégré pour personnes âgées*), amelyeken idősotthont is értenek, az ápolásra nem szoruló időskorúakat is befogadják. Ezekben az ápolásbiztosítás szerinti szolgáltatásokat nyújtják. Luxemburgban egyre több intézmény létesül, amelyek már az ápolásra szoruló időskorúak ellátását célozzák. 2015-ben összesen 5.500 tartós ápolási hely állt rendelkezésre, ebből 3.695 a CIPA struktúrák keretében, 1.429 ápolási otthonokban és 376 a lakásgondozási szolgáltatás („*betreutes Wohnen*”) struktúráiban. A gondozó otthonban a hét legalább öt napján a nap nyolc órájában gondozó vagy kisegítő személyzet áll rendelkezésre.

Az otthonukban élő időskorúak számára ambuláns ápolási szolgáltatók állnak rendelkezésre. A legnagyobb ambuláns szolgáltató a „*Stiftung Hellef Doheim*”, amely 1.600 munkatárssal, 26 ápolási központtal és 12 gerontopszichiátriai nappali gondozóval rendelkezik.

Az ápolás finanszírozása a kötelező ápolásbiztosítás keretében történik. Az ápolásbiztosítási járulék a munkavállalásból, ingatlan bérbeadásából és nyugdíjból származó összjövedelem 1,4%-a. Ehhez az állam évente mintegy 150 millió EUR finanszírozással járul hozzá.

Amennyiben az ápolásra szorultság meghaladja a heti 3,5 órát, az ápolásbiztosítás biztosítottanként maximum heti 35 óra erejéig átvállalja az ápolási szolgáltatások kifizetését, amely pénzbeli ellátás (az illető ápolását ellátó hozzátartozó, partner vagy ismerős kifizetése), vagy természetbeni ellátás (egy külsős ápolási szolgálat kifizetése vagy részben bentlakásos vagy bentlakásos ellátás) formájában történhet. Ezenkívül az ápolásbiztosítás különböző segédeszközöket (pl. mankók, járókeretek, kerekesszékek) bocsát rendelkezésre.

A demenciások ellátása: az állami otthonfelügyelet minden fenntartótól megköveteli, hogy kínálatában szerepeljen a demenciások ellátása. Az ambuláns ellátás területén az a törekvés, hogy a demenciás személy minél tovább a megszokott környezetében maradhasson. Az ápolási szolgálatok naponta 6-7 látogatást tesznek. A hozzátartozók tehermentesítése céljából heti 12 órás egyedi gondozásra is lehetőség van.

A specializált, gerontopszichiátriai nappali gondozókban a betegek a hét hat napján részesülhetnek gondozásban. Reggel behozzák és este hazaviszik őket. A bentlakásos intézmények ún. nyaralóágyakat bocsátanak rendelkezésre, ahol a betegek az év folyamán több alkalommal is mintegy három hetet tölthetnek, ugyancsak az ápolást végző hozzátartozók tehermentesítése céljából.

Palliatív ellátás és halálba kísérés: Luxemburgban az 1990-es évek közepén nyitották meg az első palliatív ellátási kórházi osztályt. 2009-ben sor került a palliatív ellátásról szóló törvény elfogadására is, amely szerint a gyógyíthatatlan betegeknek és a haldoklóknak joguk van a palliatív gyógyításhoz. Az első 15 ágyas hospice 2010-ben nyílt meg. Minden kórház rendelkezik vagy palliatív osztállyal vagy mobil palliatív ápolási teammel. Az ápolási otthonokban az ápolószemélyzet 40%-ának rendelkeznie kell palliatív ápolói képzettséggel.

Az ápolók képzése: Luxemburgban nem létezik speciális idősápoló képzés. Az időszerűak ápolását elsősorban betegápolók, segédápolók, nevelők és háztartási segítők látják el. A luxemburgi főiskolai minisztérium jelenleg azon dolgozik, hogy kidolgozza a betegápolóknak a geriátria és a pszichogeriátria területén való képzési rendszerét.

Az ún. családsegítő képzésre munkavégzés mellett kétéves képzés keretében, heti négy tanórán kerül sor. Ezt a képzési formát 1999-ben az ápolásbiztosítás hatályba lépésével egyidejűleg vezették be. A képzésre való jelentkezéshez előzetes ápolói gyakorlatra van szükség.

A hároméves betegápolói képzés mellett létezik egy hároméves segédápoló képzés. A segédápolókkal (*aide soignante*) szemben magasabb követelményeket támasztanak, mint más országokban. A külföldi betegápolói végzettséget Luxemburgban *aide soignante*-ként ismerik el.

Az ápolásra szorulóknak optimális ellátásának időkerete: az ápolásbiztosítás egyértelműen meghatározza az egyes ápolási szolgáltatások minimális időigényét. A szolgáltatások az egy vagy több tevékenységi területre vonatkozóan meghatározott ápolásra szorultságon alapulnak: tisztálkodás – táplálkozás – mobilitás. Ezenkívül a fizetett ápolás egyharmada támogató intézkedésekből áll, mint például szociális aktivitások, ergoterápiás kezelések, pszichoszociális támogatás és tanácsadás. A családügyi minisztérium és az ápolási pénztár az optimális ellátás teljesítése érdekében pontosan ellenőrzi a feltételek betartását.

Az intézményekben a meghatározott ápolási perceknek megfelelően biztosítják a megfelelő személyzetet. Az ápolási órák magas száma mellett egy ápolóra 1,6 lakos jut. Betegségek és szabadságolások miatt azonban ez a keretszám már kevés lehet.

Németország demográfiai helyzete

Németország népessége 1,3%-kal (+1 122 000 fő) nőtt 2022-ben, az előző évi kismértékű, mindössze 0,1%-os növekedés után (+82 000 fő). A Szövetségi Statisztikai Hivatal (Destatis) adatai szerint 2022 végén 84,4 millió ember élt Németországban. Ez a fejlemény a nettó bevándorlás jelentős, 1 455 000 főre növekedésének köszönhető (2021: 329 000), amelyet főként az Ukrajnából érkező menekültmozgások okoztak. A korábbi évekhez hasonlóan 2022-ben is többen haltak meg, mint ahányan születtek, emellett a születések halálozási aránya tovább emelkedett, 327 ezerre (2021: 228 ezer).

2022 végén 72 millió német és 12,3 millió külföldi állampolgár élt Németországban. A külföldiek közül a legtöbben török (1,34 millió), ukrán (1,05 millió) vagy szíriai (883 ezer) állampolgársággal rendelkeztek. A legnagyobb mértékben – az érkezők és az országból elköltözők számának különbségét tekintve 915 ezerrel – az ukránok száma növekedett, tehát a Németországban élő ukrán állampolgárok száma egyetlen év alatt meghatszorozódott. A külföldiek aránya a teljes népességben 14,6 százalék volt 2022 végén, szemben az egy évvel korábbi 13,1 százalékkal.

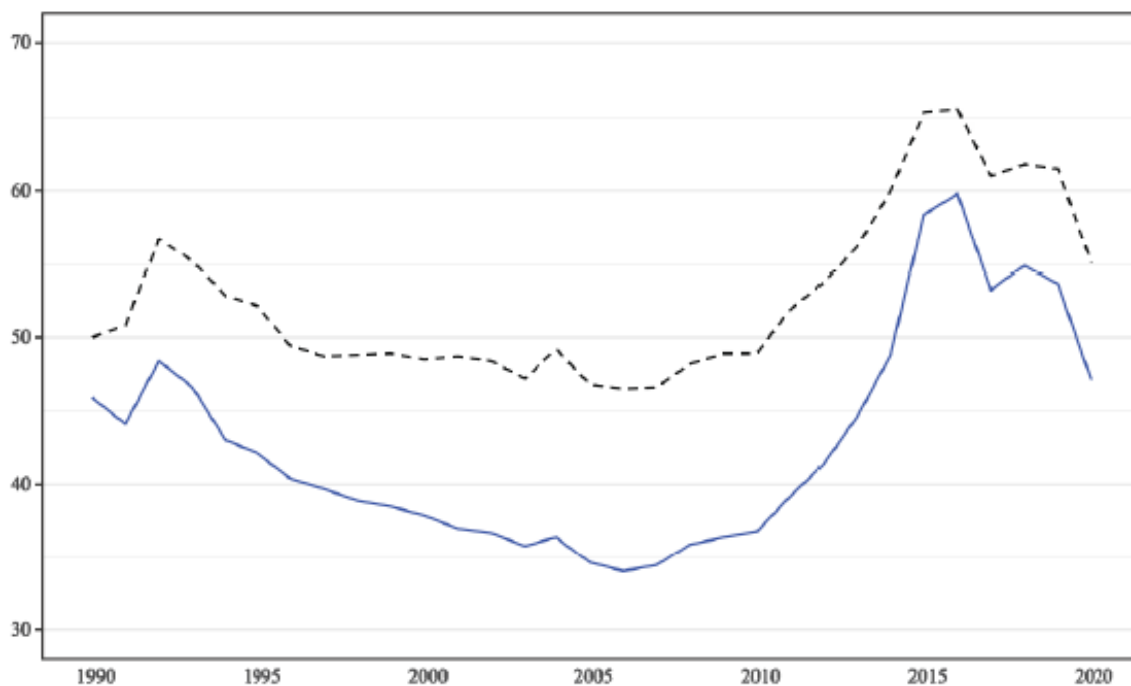
A külföldi állampolgárok száma 1,4 millióval – 13,1 százalékkal – nőtt 2021-hez képest, a német állampolgárok száma pedig 309 ezerrel – 0,4 százalékkal – csökkent. A külföldi állampolgárok növekvő aránya hatással van a népesség demográfiai összetételére, mivel korösszetételük jelentősen eltér a német állampolgárságú lakosságtól. A 20 év alattiak aránya a német állampolgárok körében 18,6 százalék, a külföldieknél 20,2 százalék. A 20-59 éves korosztályban még nagyobb az eltérés, a német állampolgárok 49 százaléka tartozik ebbe a csoportba, a külföldieknél viszont 67,4 százalék ez az arány. Az idősek – 59 felettiak – aránya a német állampolgároknál 32,4 százalék, a külföldieknél 12,4 százalék. A külföldi állampolgárságú lakosság arányának növekedése révén az átlagéletkor az egy évvel korábbi 44,7 évről 44,6 évre csökkent 2022-ben.

A jelenleg 84,6 milliós Németország Európa legnépesebb országa, HDI-értéke⁵¹ 2022- ben 0,950 – ami az országot a nagyon magas humán fejlettség kategóriába sorolta –, amivel a 193 országból és területből a 7. helyen áll⁵².

⁵¹ A HDI egy az Egyesült Nemzetek Fejlesztési Programja által összeállított összefoglaló mérőszám az átlagos teljesítmény értékelésére az emberi fejlődés három alapvető dimenziójában: a hosszú és egészséges élet, a tudáshoz való hozzáférés és a tisztességes életszínvonal.

1990 után a népességváltozás sebessége először csökkent, majd néhány év után jelentősen felgyorsult: Németországban 2006-ig a csökkenő termékenység és az alacsony migráció miatt a népességváltozás sebességének (kicserélődésének) rátája (population turnover rate – a továbbiakban: PTR⁵³) 1000 főre jutó értéke csak 34,0 volt, ezt követően valamelyest javult a termékenység és felgyorsult a migráció. 2016-ban a PTR értéke 59,8-et ért el, amihez a migrációs arány vagy migrációs index (migrationshare of turnover, a továbbiakban: MST) 65,5%-kal járult hozzá, majd a 2020-ban megjelent Covid miatt a migráció a töredékére esett vissza. Ebben az időszakban a halálozások megnövekedett száma és az alacsony migráció miatt a PTR értéke 47,1-re csökkent, amihez az MST 55,1%-kal járult hozzá. E három évtizedben Németországban gyors demográfiai változások zajlottak le, amit alapvetően politikai döntések (például a szíriai háború miatti bevándorláspolitikája) és a Covid19- járvány hatásai befolyásoltak.

8. ábra: Az éves PTR (1000 főre, folyamatos kék vonal) és MST (% , fekete szaggatott vonal) alakulása Németországban, 1990–2020



Forrás: Nemzetközi Statisztikai Figyelő 2022/2, KSH

⁵² <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/DEU>

⁵³ Ez a mutató a természetes népmozgalmi események mellett kapcsolódik a be- és kiáramló népességhez is, mégpedig úgy, hogy egy adott időszakra (évre) összegezi egy ország születési, halálozási, bevándorlási, és elvándorlási rátájának értékét.

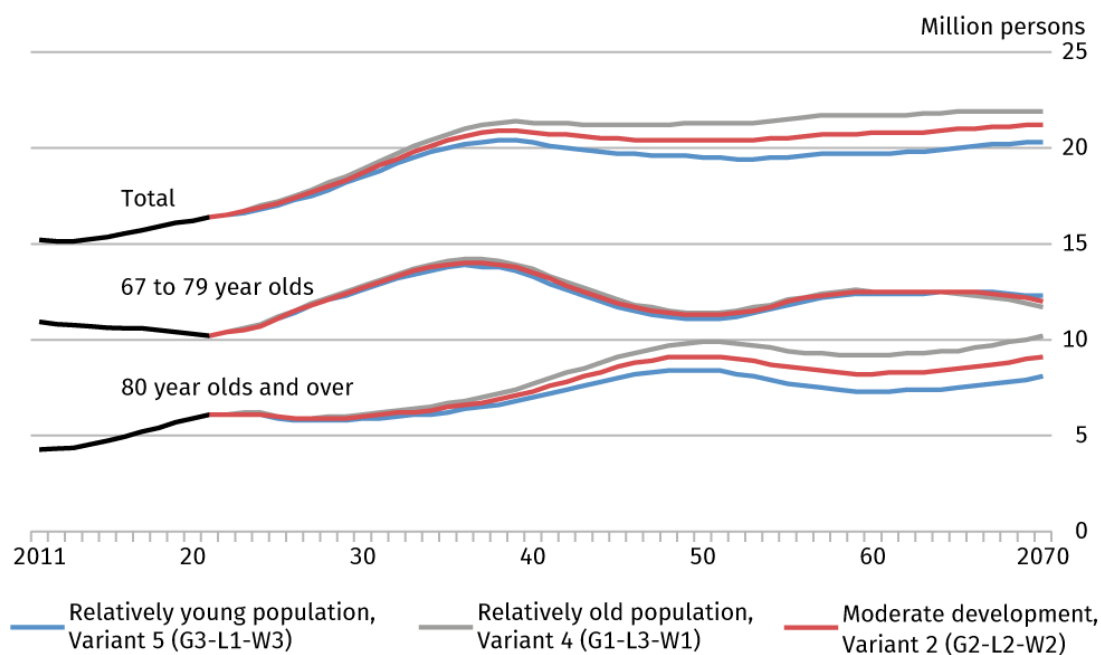
A Szövetségi Statisztikai Hivatal 2022. december 2-i 511. számú sajtóközleménye⁵⁴ szerint:

- A 2020-as és 2030-as évek között a nyugdíjas korúak (67 év feletti) száma jelentősen meg fog nőni
- A 2040-es években növekedni fog a 80 év feletti száma, és valószínűleg nőni fog a tartós gondozás iránti igény
- A következő 15 évben 1,6-4,8 millió fővel csökken a munkaképeskorúak száma
- Ha a nettó bevándorlás az elmúlt évtized szintjén marad, 2070-ben nagyjából 90 millió ember él majd Németországban

A 2030-as évek közepéig nagyjából 4 millió fővel, legalább 20 millióra nő a nyugdíjas korúak (67 év feletti) száma Németországban. Eközben a 80 év feletti száma a 2030-as évek közepéig viszonylag stabil marad, - 5,8 és 6,7 millió között mozog - majd jelentősen megnő a nagyon idős emberek száma Németországban, aminek következtében valószínűleg a tartós gondozás iránti igény is. A népességszerkezet ezen változásai alapvetően már a mai korszerkezetben is láthatóak.

Population aged 67 years or over

From 2022, results of the 15th coordinated population projection



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

⁵⁴ Forrás: https://www.destatis.de/EN/Press/2022/12/PE22_511_124.html

Németország demográfiai szerkezetváltása

A szakképzett munkaerő hiánya egyre súlyosabb terhet jelent a német gazdaság számára. A müncheni Ifo gazdaságkutató intézet és a frankfurti székhelyű Újjáépítési Hitelintézet (KfW) közös foglalkoztatási barométere 2023 januárjában nyilvánosságra hozott eredményei szerint a német vállalatok csaknem felénél 2022 negyedik negyedévében az üzleti aktivitás azért csökkent, mert nem állt rendelkezésre elegendő munkaerő⁵⁵.

Az üres álláshelyek átlagosan öt hónapig betöltetlenek, amiből a kutatók arra következtetnek, hogy a munkaerőhiány állandósulása és súlyosbodása tartós recesszióhoz vezethet: „Ha ez így folytatódik, és a foglalkoztatottak száma demográfiai tényezők miatt csökken, akkor három-négy éven belül a bruttó hazai termék tartósan zsugorodó szakasza következhet be” – olvasható a két intézet közös elemzésében.

A szakképzett munkaerő hiánya különösen a szolgáltatási ágazatban okoz sok fejtörést. 2022 októberének elején az ágazatban működő vállalatok több mint 48%-a panaszkodott arra, hogy nem talál elég munkaerőt. A 7,5 ezer vállalatra kiterjedő felmérés tapasztalatai szerint összességében a nagyobb vállalatok jobban megszenvedik a szakképzett munkaerőhiányt, mint a kis- és középvállalkozások.

A szakértők a szakképzett munkaerő egyre drámaibb méreteket öltő hiánya legfőbb okának a demográfiai fejlődést látják, ugyanis ha a szakképzett munkavállalók Németországba irányuló bevándorlása megszűnne, akkor a munkaképes korú németek száma 2040-re 9,3 millióval csökkenne, miközben a nyugdíjkorúak száma 4,7 millióval nőne. Csak a következő három évben a hazai munkaerő létszáma várhatóan 1,5 millió fővel fog csökkenni.

A létszámcsökkenés fékezését szolgáló ellenintézkedésként a szakértők a nők, az idősebbek és a jelenleg munkanélküliek erőteljesebb munkába állítását javasolják, amellet, hogy álláspontjuk szerint növelni kell a külföldi munkavállalók bevándorlását.

A német migrációs politika 2015 előtt

⁵⁵ <https://gyartastrend.hu/cikk/nemet-gazdasagi-helyzetkep-a-mult-evi-tenyek-es-az-idei-vallalati-varakozasok-tukreben>

Németország már 2015 előtt is migrációs célország volt, ami több tényezőre vezethető vissza. Az egyik az, hogy az ország rendkívül nagy ember- és gazdasági veszteséggel jött ki a második világháborúból, ezért az ország talpra állásához külföldről érkezők segítségére is szükség volt. A világháborút követő két államra szakadás ugyanakkor eltérő migrációs politikát jelentett a létrejött országokban, és a két állam fejlettségi szintbeli különbsége a keleti részben igényt keltett az elvándorlásra a nyugati rész felé, ennek megakadályozása érdekében épült a berlini fal (1961), ez volt az egyik okozója a - vasfüggöny mögötti többi országhoz képest - szigorúbb határellenőrzésnek a két német állam határán. Ennek ellenére létezett legális módja az áttelepülésnek, amely változó intenzitással (átlagosan évente tízezer fő) zajlott⁵⁶. A nyugatnémet állam a mezőgazdasági és az építőipari szektorban keletkezett munkaerőhiányt először az áttelepítettekkel és a keleti részről menekültekkel igyekezett betölteni, majd amikor e folyamatnak megmutatkoztak a korlátai, a Német Szövetségi Köztársaság (a továbbiakban: NSZK) államközi szerződésekkel biztosította külföldi munkaerő érkezését. 1955-ben Olaszországgal, 1960-ban Görögországgal és Spanyolországgal, 1961-ben Törökországgal, 1963-ban Marokkóval, 1964-ben Portugáliával, 1965-ben Tunéziával, 1968-ban pedig Jugoszláviával állapodtak meg a munkaerő-áramlásáról. Ez a migráció szabályozott volt, az országban dolgozni vágyókat előzetesen ellenőrizték, és tartózkodási engedélyük meghatározott időtartamra szólt, azonban ennek ellenére is voltak olyanok, akik az engedélyezett tartózkodási idő után is az országban maradtak. A kőolajválság miatt 1973-ban leállították a vendégmunkások alkalmazását, az országban lévő vendégmunkások pedig eldönthették, hogy az NSZK-ban maradnak, vagy visszatérnek kiinduló országukba. 1955 és 1973 között tizennégymillió vendégmunkás érkezett az NSZK-ba, s ebből tizenegymillió hazatért, maradt tehát egy hárommillió főt számláló, vendégmunkásokból álló társadalmi csoport⁵⁷.

A munkavégzés-motivációjú migráció jelen volt a keletnémet területeken is, ahova elsősorban a keleti blokkhoz tartozó és azzal szimpatizáló államokból (például Kubából) érkeztek. A keletnémet lakosság számának csökkenése miatt is szükség volt munkákészre. A nyugati területeket megcélzó emberek sajátos csoportja volt az ún. *Spätaussiedler* (későn hazatelepülő) kategória, amelybe olyan emberek tartoztak, akik a második világháború vége előtt Németország területén laktak, és/vagy onnan valamilyen külső tényező hatására távoztak, valamint az új lakhelyükön is a német etnikumhoz tartozóként voltak bejegyezve, emellett

⁵⁶ Schlachta Krisztina (2015): Német–német migráció a XX. század második felében, Forrás, 47. évfolyam, 2015/7–8., 71.

⁵⁷ Bartha Attila (2016): A Németországba irányuló migráció földrajza 1950-től napjainkig, 15–19.

pedig bizonyítottan beszélték a német nyelvet. Ha ezek a tényezők fennálltak, az ilyen személy német útlevelet és állampolgárságot kaphatott és támogatták az országba (NSZK) való beilleszkedését. Az 1950 és 2004 között Spätaussiedlerként az NSZK-ba (melyhez 1990-ben csatlakoztak a volt NDK-s tartományok) érkezők 32,5%-a Lengyelországból, 51,7%-a korábbi Szovjetunió területéről, 9,7%-a pedig Romániából indult útnak⁵⁸.

A Németország felé irányuló migráció másik tényezője, hogy az előregedő korfával rendelkező német társadalom fokozottan rászorul a külföldi munkákra számos gazdasági részterületen (például az idősgondozásban) és olyan alacsony presztízsű munkákban⁵⁹, melyeket a német társadalom már nem szívesen végzett. Szintén munkaerőigénnyel rendelkeztek / rendelkeznek a német nagyvállalatok, melyek prosperitása és bővülése újabb munkaerőigényt generált / generál.

Szintén tényezője a Németországba irányuló migrációnak az európai és világszinten viszonylag jó hírnévnek örvendő német egyetemeken való tanulás lehetősége, és sajátos migrációs motivációnak tekinthető továbbá a korábban Németországba migrációval érkezők családgyesítésének lehetősége, melyet egyre szigorúbban szabályoznak.

A migráció szempontjából egyedinek minősíthető a németországi orvosok helyzete: egyrészt a négy-öttszörös túljelentkezés ellenére kevés orvostanhallgatót (3000 fő/év) vesznek fel egyetemre, jelentős részük a képzés után külföldre (főként az USA-ba és Svájcba) távozik, helyükre pedig elsősorban Kelet-Közép-Európából érkeznek, így viszont az őket küldő országok egészségügyi helyzete romlik⁶⁰.

Ugyancsak figyelemre méltó, hogy a Németországból kifelé irányuló migráció mértéke is növekszik, amelynek motivációja lehet a munkahelyváltás, a továbbtanulási lehetőség, a nyugdíjaskor eltöltése, külföldi munkavállalók esetében a hazatérés vagy a földrajzi közeledés a származási országhoz. A német állampolgárok körében 2017-ben a következők voltak a legnépszerűbb migrációs célországok: Svájc (15 784 fő), USA (10 585 fő), Ausztria (9660 fő), Egyesült Királyság (6667 fő), Spanyolország (5959 fő), Törökország (5841 fő), Franciaország (5149 fő), Lengyelország (5069 fő), Hollandia (3319 fő) és Ausztrália (3265 fő)⁶¹.

⁵⁸ Bartha Attila (2016): A Németországba irányuló migráció földrajza 1950-től napjainkig, 15–19.

⁵⁹ Wallraff, Günther (1987): Legalul, Budapest, Magvető

⁶⁰ Petrus Szabolcs (2019): Keletről nyugatra, délről északra – orvosexodus Európában <https://azuzlet.hu/keletről-nyugatra-délről-északra-európai-orvosexodus/> (letöltve: 2024.04.30.)

⁶¹ Német Statisztikai Évkönyv, 2019: 56

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/inhalt.html#sprg247568>

A német menekültpolitika

A nyolcvanas években a benyújtott menekültkérelmek egy részét a német szociális rendszer előnyeire való hozzáférés (beleértve a családtagok beillesztését is) motiválta, és ez így volt a kilencvenes évek első felében is. Ennek megfelelően a menedékkérelmet benyújtókat „gazdasági menekülteknek” és „szociálturistáknak” nevezték. A menekültkérdés elvesztette jelentőségét az alaptörvény 1994-es módosítását követően, mely jelentősen korlátozta a kérelem benyújtásának és kedvező elbírálásának lehetőségét. Angela Merkel kancellársága kezdetén, 2005-ben számos ponton liberalizálták a menekültkérelem benyújtásának feltételeit, ennek ellenére a Merkel-kormányok idején - 2014-ig - számos intézkedés nehezítette a menekültek helyzetét. A nehezítő intézkedések a következők voltak: öt év várakozás a munkaengedély megszerzéséig, csökkenő szociális juttatások, kijelölt lakhely, alacsony szintű egészségügyi szolgáltatások⁶². 2014-ben kezdte éreztetni hatását a Willkommen-politika, amely mögött az a gondolat állt, hogy az érkező menekülteket sikeresen tudják integrálni a társadalomba és a munkaerőpiacra (enyhítve annak munkaerőhiányát), így azok hozzá tudnak járulni a német gazdaság prosperitásához. A 2015-ös migrációs helyzet következtében létrejött az Első menekültpaktum, amely kijelölte biztonságos fogadó országnak Albániát, Montenegrót és Koszovót, ahonnan az odaérkezőknek be lehet nyújtani a menekültkérelmet Németországban, majd 2016 márciusában született meg a Második menekültpaktum, lehetővé téve a gyorsított kitoloncolást. Ezenkívül több segítő és korlátozó intézkedés született: lehetővé tették például a menekültek családjainak más ország segítségével történő védelem alá vételét, a régebb óta jelen lévő, jól integrálódott minősítést kapó menekültek számára pedig megadták a tartózkodási engedélyt. A menedékkérők munkaerőpiacra lépése is könnyebb lett: 2016 augusztusában lépett életbe az integrációs törvény, mely munkaerőpiaci alapon képzelel el a társadalmi integrációt, valamint előírja, hogy milyen képzésben kell részt vennie az országba érkezőknek, és milyen munkalehetőségekkel rendelkezhetnek⁶³.

⁶² Zohlnhöfer, Reimut – Saalfeld, Thomas (2019): Szünet közben, politikai változás és válságmenedzsment – a Merkel-kormány mérlege 2013–2017, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 196–200., 516–525.

⁶³ Zohlnhöfer–Saalfeld, 2019: 522–526

Időotthoni ellátás és nyugdíjasházak helyzete Németországban

Európa lakossága lassan elöregedik, a legjobban éppen Németorszáé. 2050-re becslések szerint minden 15. német állampolgárnak idősgondozásra lesz szüksége, azaz közel 4,7 millió embert kell majd elhelyezniük. Az idősödő német lakosság az egész társadalmat komoly kihívások elé állítja. A szociális ellátórendszer a szakértők szerint jelenlegi formájában nem fenntartható, mivel a trend előreláthatólag tovább fokozódik.

Az idősödő társadalom mára Németország munkaerőpiacát is jelentősen átformálta. Az idősgondozásban, és a betegápolásban jelentkező munkaerőhiányt Németország már több évtizede csak külföldi munkavállalókkal tudja pótolni. Az ágazat a külföldi, főként európai uniós tagállamokból érkező munkavállalók szerepvállalása mellett is jelentős létszámhiánnyal küzd. A német jóléti társadalom életszínvonal-növekedése a várható élettartam növekedését eredményezte, amely 1950 és 2010 között átlagosan 14 évvel hosszabbodott meg, és ez a tendencia a prognózisok szerint tovább erősödik.

A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint Németországban 16 100 időseket ellátó otthon-szerű szolgáltatás működik. A legtöbb otthon Észak-Rajna-Vesztfáliában (2800) és Bajorországban (1885) található. Mindez azonban a férőhelyek iránti igénynek csak mintegy felét elégíti ki, tehát csak részben fedezi a mintegy 5 millió gondozásra szoruló gondozási férőhely-szükségletét. A várólisták nagyon hosszúak, különösen a nagyvárosi területeken. az igénylők átlagosan másfél évet várnak az ellátásra, amíg ingyenes gondozási helyet kapnak.

Németországban a 2021 végén gondozásra szoruló 5 millió ember körülbelül 20 százalékát a 16 100 időotthon valamelyikében látják el. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium szerint 2022-ben a kormegoszlás a következő volt: a fekvőbeteg-ellátásban részesülők 22,5%-a 90 év feletti, 38,2%-a 80 és 90 év közötti, 13,7%-a 70 és 70 év közötti volt. 25,2% pedig 70 év alatti volt.

2019 végén összesen 858 284 gondozásra szoruló személy részesült fekvőbeteg-ellátásban engedélyezett gondozási intézményekben vagy fogyatékkal élők fekvőbeteg-ellátásában:

- 4 633 fő (= 0,5%) az 1. ellátási szinten
- 198 978 fő (= 23,2%) a 2. ellátási szinten
- 289 535 fő (= 33,7%) a 3. ellátási szinten

- 240 722 fő (= 28,0%) a 4. ellátási szinten
- 124 416 fő (= 14,5%) az 5. ellátási szinten

A gondoskodás erősítéséről szóló II. törvénnyel 2017 elején döntöttek az intézmény önrészeiről, amely döntés mögött egy egyszerű koncepció húzódik meg: az idősök otthonában a személyes hozzájárulást az idősök minden állapotszintjén egységesítették, így, mivel az ápolási költségek függetlenek az ellátás mértékétől, az ápolási igény növekedésével nem nőnek.

Országos átlagban egy idősotthoni férőhely havonta körülbelül 3300 euróba kerül. Ebből átlagosan 2200 euró körüli összeg az önrész. Azok a költségek, amelyeket az ellátottnak vagy a hozzátartozónak kell viselnie, a létesítmény költségeiből, a szállodai költségekből és a beruházási költségekből tevődik össze. A szállodai költségek magukban foglalják az ellátott szállás- és étkezési költségeit, a beruházási költségeket az idősök otthonában folyó felújítási és karbantartási intézkedések finanszírozására fordítják. Az olyan kiegészítő szolgáltatások, mint a nem orvosi személyi gondozás és a változó szabadidős tevékenységek, külön díjat számítanak fel.

2023-ban 13 százalékkal nőtt az idősotthonok személyes hozzájárulásának országos átlaga. Németországban egy idősotthoni férőhely átlagos költsége 2268 euró (2023. május 1-től), ezen belül Baden-Württembergben fizetik a legtöbbet a gondozásra szorulóknak egy gondozási helyért, átlagosan havi 2845 eurót. A négyéves trend ijesztő tendenciákat mutat: a költségek 32 százalék körüli mértékben nőttek.

A folyamatos áremelkedés fő okai a növekvő ellátotti létszám és többletköltségek, valamint az ingyenes férőhelyek hiánya. Mindez az egyre növekvő költségek mellett hosszú várólistákhoz is vezet. Ami 10 éve még csak a forgalmas nagyvárosok idősotthonaira volt igaz, az ma már általánosan érvényes: a várakozási idő gyakran több év, és közben alternatív megoldásokat kell találni az ellátás megszervezésére.

Teljeskörű fekvőbeteg-ellátás esetén az ápolási biztosítási alap átalányösszegű ellátást fizet az ellátással kapcsolatos költségekre, ideértve az ápolási költségeket és az idősotthoni gyógykezelés költségeit. A költségek a gondozási szintekhez kapcsolódóan az alábbiak szerint alakulnak:

- 1. gondozási szint: 125 euró
- 2. gondozási szint: 770 euró
- 3. gondozási szint: 1262 euró

- 4. gondozási szint: 1775 euró
- 5. gondozási szint: 2005 euró

Emellett 2022. január 1-től az ápolási biztosítási alap pótdíjat fizet az idősotthonban a személyes hozzájáruláshoz, amely az ellátott saját hozzájárulását fokozatosan csökkenti, a gondozási intézményben való tartózkodás időtartama alapján. Az ellátási reform eredményeként 2024. január 1-től az alábbi szolgáltatási díj-kiegészítések léptek életbe :

- 15% teljesítmény-kiegészítés az önrészhez az első évben
- 12 hónap után 30% teljesítménypótlék az önrészhez
- 24 hónap elteltével 50% teljesítménypótlék önrészhez
- 36 hónap elteltével 75% teljesítménypótlék önrészhez

Ha a nyugdíj nem elegendő egy idősotthoni férőhely kifizetésére, a szociális hivatal időnként „gondozási segélyt” fizet, ami feltételekhez kötött: a szállásköltségnek észszerűnek kell lennie, és a gondozásra szoruló gyermekeinek vagyona nem haladhat meg egy bizonyos mértéket.

Alapvetően három különböző típusú otthon létezik: a nyugdíjasház, a nyugdíjasotthon és az idősek otthona.

- A nyugdíjasházban a lakók viszonylag önállóan élnek kis lakásokban, saját konyhával. Lehetőség van azonban más lakók társaságában is étkezni.
- A nyugdíjasotthonok ápolást és háztartási támogatást nyújtanak azoknak az időseknek, akik már nem tudják önállóan kezelni a háztartásukat. Itt is gyakran önálló, kis lakásokban, lakásokban élnek a lakók.
- Az idősotthonokban a lakók általában egy- vagy kétágyas szobákban laknak, ahová gyakran magukkal hozhatják bútoraikat. Átfogó ápolás és házi gondozás jár hozzá.

Manapság a legtöbb létesítményben megtalálható a három hagyományos otthontípus kombinációja, súlyos betegek és haldoklók számára pedig speciális gondozási intézmények, hospice-ek is vannak, amelyek a palliatív ellátásra irányulnak.

Átlagosan körülbelül 65 idősorú él egy idősek otthonában, ez alól Hamburg és Berlin kivétel – itt körülbelül 85 idős lakik egy otthonban. A bentlakásos idősek otthonában élő idősek többsége 3-as gondozási szintű.

Az idősök otthonában a folyamatok szilárdan strukturáltak, ez rutint teremt a gondozásra szorulóknak és a személyzet számára. Minden lakót lehetőleg azonos időben ébresztenek fel és kapnak reggelit. Az általában délutáni szabadidős tevékenységek lehetőséget adnak az ellátott egyéni kívánságaira és hobbijaira, lehetősége van kihasználni a szórakozási lehetőségeket, mint például a játék- és kézműves csoportok vagy a terápiás és mozgósító tevékenységek, mint a masszázs vagy a fizioterápia. Ez utóbbi szolgáltatásokat általában az ellátott fizeti, az orvosilag szükséges kezelések kivételével nem fedezi az egészségbiztosítás.

A lakásfelügyeleti hatóság évente egyszer ellenőrzi az idősotthonokat, hogy megbizonyosodjon az ellátás és a támogatás megfelelő színvonaláról. Az Egészségbiztosítási Egészségügyi Szolgálat és a Magán Egészségbiztosítási Vizsgáló Szolgálat is minőségellenőrzést végez minden évben, továbbá, ha a lakók vagy hozzátartozóik panaszkodnak, további előre be nem jelentett ellenőrzéseket végeznek.

Németországban a fekvőbeteg idősotthonok és nyugdíjasotthonok (együtt tekintve) összesen mintegy 4%-át önkormányzati szolgáltatók, 53%-át non-profit szervezetek, 43%-át pedig magánüzemeltetők üzemeltetik.

Statisztikák

Idősotthonok fejlesztése 2022-ben – 30 szolgáltatási hellyel csökken a nyugdíjas otthonok száma

9. ábra: Telephelyfejlesztés az ápolási ágazatban, 2022



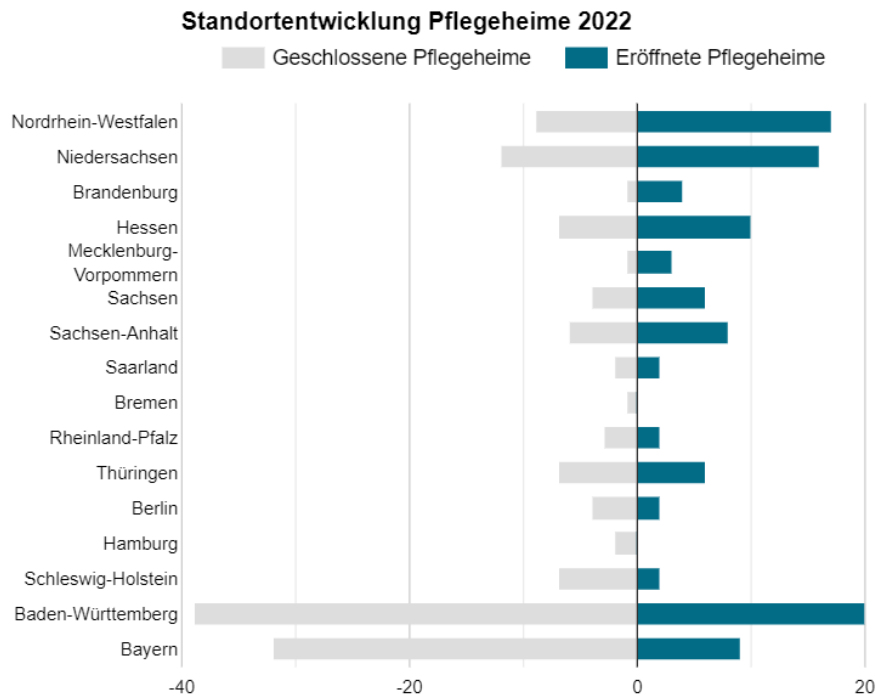
Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/statistik-entwicklung-pflege-2022/>

2022-ben összesen 107 új, teljesen fekvőbeteg idősotthon nyílt meg. Ezzel egyidejűleg 137 idősotthoni telephelyet zártak be - ez 2022 egészében 30 idősotthoni szolgáltatási helycsökkenésnek felel meg. Ugyanakkor az építési tevékenység visszaesése is megfigyelhető a teljes körűen fekvőbeteg szektorban - míg új idősotthon építése 2022 első felében 44 helyen kezdődött, az év második felében már csak 41 helyen.

Ha negyedévente nézzük, 2022 második negyedéve az a negyedév, ahol a legtöbb idősotthont nyitották meg (35) és a legtöbbet zárták be (46). Ugyanakkor a nyitások számában jelentős visszaesés figyelhető meg a harmadik (27) és a negyedik negyedévben (25). Különösen az új épületek száma csökkent jelentősen a harmadik negyedévről (27) a negyedik negyedévre (14).

Az idősotthoni férőhelyek jelentős csökkenése ellenére nőtt a rendelkezésre álló, teljesen fekvőbeteg idősotthoni ágyak száma, összességében 2371 férőhellyel. Ez a jelentős növekedés a telephelyek csökkenése ellenére a lakások méretének köszönhető. Míg a bezárt otthonok átlagosan 45 férőhellyel rendelkeztek, addig az újonnan megnyílt, mintegy 80 férőhelyes otthonokban még a németországi idősotthonok átlagos férőhelyszámát is meghaladta (78 férőhely). A bezárt otthonok átlagosan 25 év körüliek voltak - figyelembe véve a már megtörtént korszerűsítéseket. Az 1869,68 eurós átlagköltségekkel azonban jelentősen elmaradtak a teljes németországi átlagos költségrátától, amely 2022 júniusában már 2289,58 euró volt.

10. ábra: Időszotthonok telephelyfejlesztése 2022-ben



Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/statistik-entwicklung-pflege-2022/>

Ha országos összehasonlításban nézzük az időszotthonok fejlődését, egyértelmű különbségek vannak az egyes szövetségi államok között. Bár a legtöbb időszotthont Baden-Württembergben (20 új nyitás), Észak-Rajna-Vesztfáliában (17) és Alsó-Szászországban (16) nyitották meg, Észak-Rajna-Vesztfáliában és Alsó-Szászországban a bezárt otthonok száma jelentősen alacsonyabb volt, mint az új nyitás, így az időszotthonok számának legnagyobb növekedésével rendelkező szövetségi államok egyike lett, míg összesen 39 otthont zártak be Baden-Württembergben, így az államnak összesen 19 időszotthonával kevesebb van, mint az előző évben. Egyedül Bajorországnak kellett még ennél is nagyobb arányú otthon-bezárást fogantatósítania, ott 32 bezárás, és csak 9 új nyitás valósult meg.

(2023 januárjában országosan 229 időszotthon volt építés és 319 tervezés alatt.)

Az anyagköltségek növekedésének hatásai és a tarifamegfelelőségi törvény

A közelmúlt fizetéseképtelenségei során az infláció emelkedése és az ezzel járó anyagköltségek növekedése gyakran szerepelt az ápoló-gondozó szolgáltatást nyújtó szervezetek gazdasági nehézségeinek okaként. Valójában az anyagköltségek növekedése jelentős hatással lehet ezekre a cégekre (is). Az anyagköltség az ellátáshoz szükséges valamennyi anyag, felszerelés, gyógyszer és szolgáltatás költsége. Ha ezek a költségek növekednek, az a nyereség csökkenéséhez, vagy akár veszteséghez is vezethet a szolgáltatást nyújtó szervezet számára.

Az ápolási-gondozási szolgáltatóknak a benzinárak meredek emelkedése miatt is megnövekedett működési költségekkel kell megküzdeniük - a nappali gondozási intézmények és az időotthonok érezhetően szenvednek az emelkedő energia- és fűtési költségektől, míg az ugyancsak megnövekedett építési költségek és szállítási szűk keresztmetszetek új gondozóotthon építésének csökkenését is eredményezték, ahogy az adatok is mutatják.

Míg az anyagköltség-növekedés kétségtelenül érezhető hatást gyakorolt a német ellátási piac alakulására 2022-ben, az egyes negyedévek alakulását vizsgálva egy másik fontos tényező is kiderül, az új fix tarifás ár.

2022. szeptember 1-jén lépett hatályba az új ápolási díjszabási törvény. Ez azt jelenti, hogy 2022. szeptember 1-től csak az ápoló és kisegítő személyzetet legalább a tarifa szerint fizető ápoló-gondozó szervezetek végezhetnek ellátást és számlázhatják ki az ápolási biztosítást. A különböző képesítésekhez különböző alsó határokat határoztak meg:

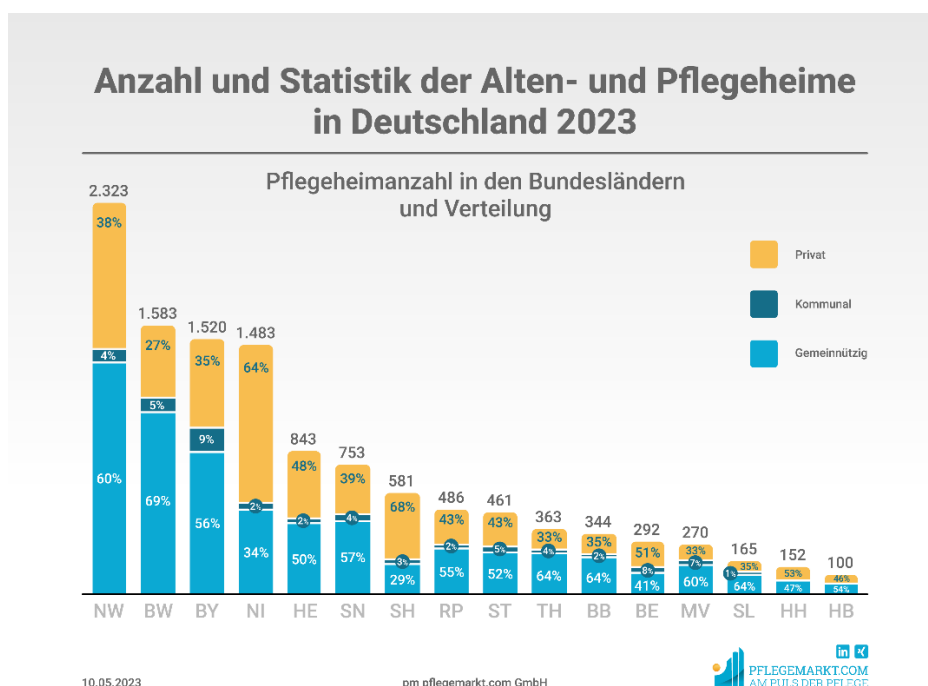
- szakképzetlen ápolónői asszisztenseknek 13,70 euró
- betanított ápolónői asszisztenseknek 14,60 euró
- ápoló szakembereknek 17,10 euró

Ennek a tarifaszintnek az alátámasztásához az ellátást végzőknek át kellett venniük a meglévő kollektív szerződéseket vagy egyházi munkajogi előírásokat.

Különösen az időotthonok és a gondozási szolgáltatások területén volt jelentős visszaesés az új vállalkozások számában és a bezárások számának növekedésében, a harmadik negyedévben - összhangban az ápolási díjszabási törvénnyel. A törvénynek más területeken is egyértelmű hatásai vannak: 2022. szeptember 1-től 2022. szeptember 31-ig összesen 3209 időotthonban módosultak a költségtételek: júliusban és augusztusban 709, illetve 787 korrekció történt.

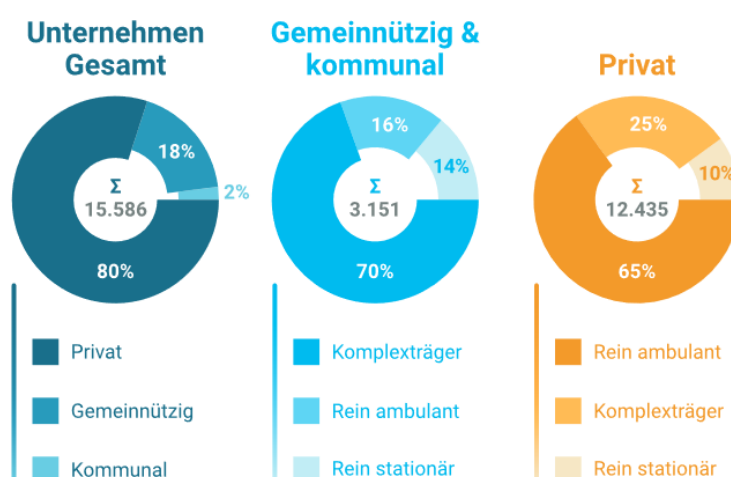
A nyugdíjasotthonok és idősok otthonainak statisztikái Németországban

11. ábra: A nyugdíjasotthonok és idősek otthonainak száma



Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/anzahl-und-statistik-der-altenheime-in-deutschland/>

12. ábra: Időotthonok megoszlása a működtető típusa szerint, 2023

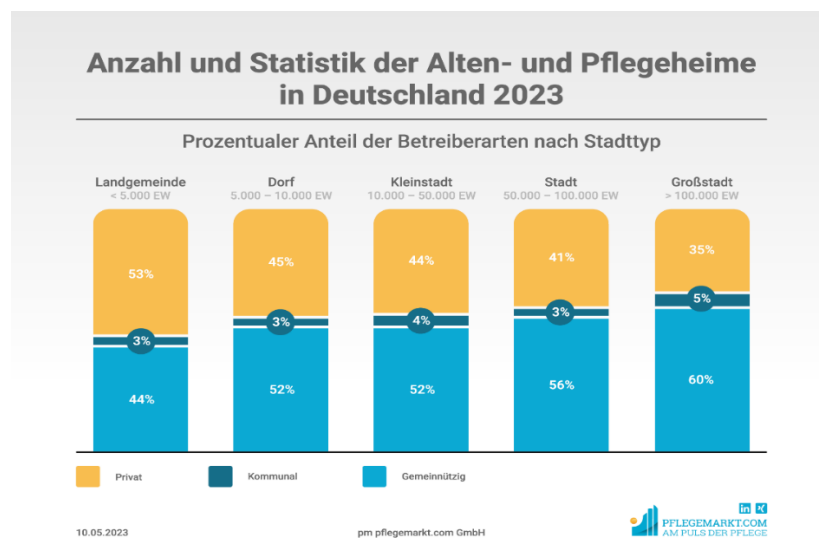


Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/anzahl-und-statistik-der-altenheime-in-deutschland/>

A járóbeteg-ellátással ellentétben a fekvőbeteg időotthonok piaca túlnyomórészt non-profit. Az időotthonok mintegy 53%-át non-profit szervezetek működtetik, amelyek között olyan nagy karitatív egyesületek találhatók, mint például a diakóniai szervezetek, a Caritas vagy a Deutsche Rotes Kreuz (Német Vöröskereszt). Az önkormányzati szolgáltatók által fenntartott időotthonok az összes időotthonnak csak körülbelül 4%-át teszik ki, míg a magánszolgáltatók

az összes idősotthon 43%-át. Mindazonáltal Németország legnagyobb idősotthon-üzemeltetőinek nagyrésze magánkezelés alatt áll, mivel különösen a non-profit üzemeltetők meglehetősen kisméretű struktúrákra oszlanak. Az eloszlás államonként változik - míg Baden-Württembergben az idősotthonok túlnyomó többségét (67%) non-profit üzemeltetők működtetik, addig az idősotthonok többsége Alsó-Szászországban 64%, Schleswig-Holsteinben 67% található magántulajdonban.

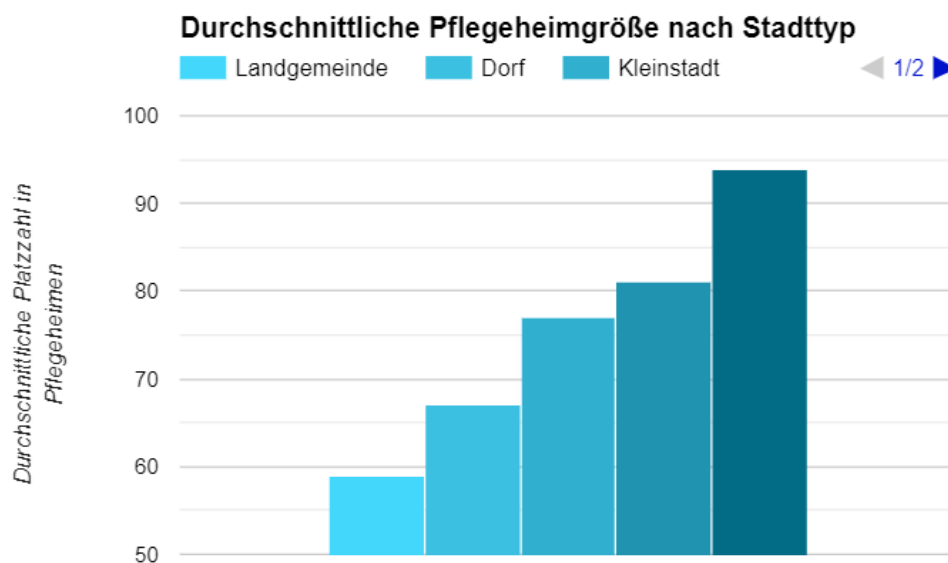
Különbség a városi és vidéki idősotthonok között



Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/anzahl-und-statistik-der-altenheime-in-deutschland/>

Nem csak a szövetségi államokon belül eltérő az idősotthonok eloszlása, a városok és a vidéki területek között is néha nagy különbségek vannak. Az összes idősotthoni szolgáltatás elemzése egyértelműen azt mutatja, hogy a lakosság számának növekedésével lassan csökken a magánszolgáltatók aránya. Míg a nagyvárosokban (>100 000 lakos) az idősotthonok mindössze 35 százalékát biztosítják magánszolgáltatók, látható, hogy a fekvőbeteg-ellátás jelentős részét ezek adják, különösen az ország vidéki közösségeiben (< 5000 lakos) és falvakban (5000-10000 lakos). Magánszolgáltatók nélkül az ellátás egy fontos pillére hiányozna.

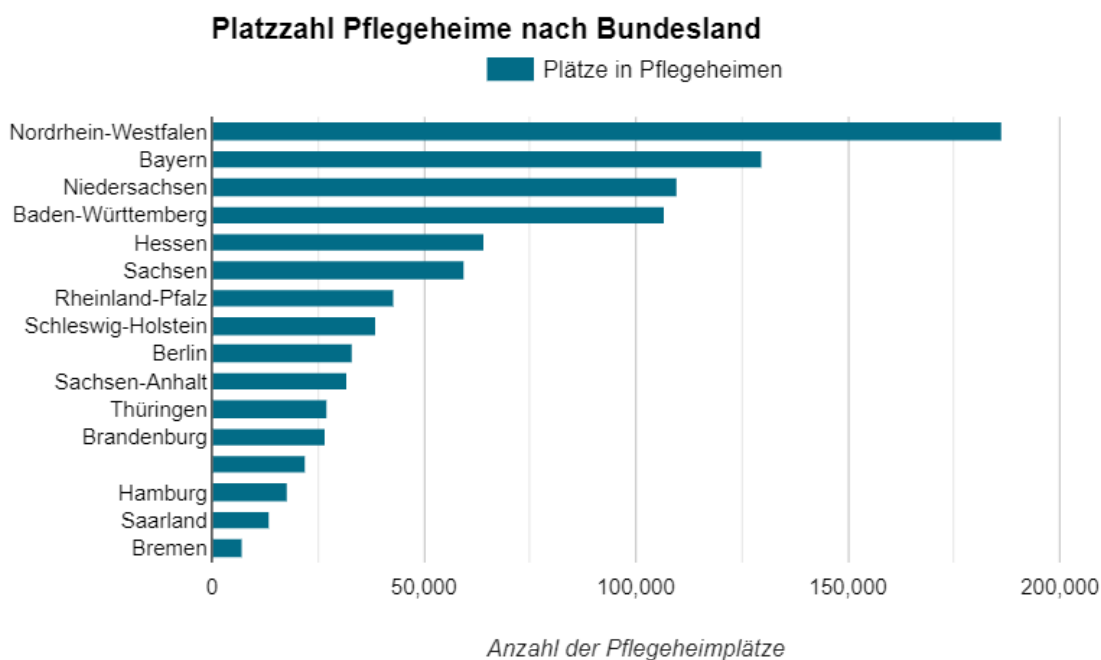
13. ábra: Az idősotthonok átlagos mérete várostípusonként



Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/anzahl-und-statistik-der-altenheime-in-deutschland/>

A lakók számának növekedésével az idősotthonok átlagos mérete is növekszik - a vidéki közösségek idősotthonai átlagosan 59 férőhelyről a nagyvárosok idősotthonai átlagosan 94 férőhelyére. város. Összességében egy nyugdíjas és idősotthon átlagos mérete 78 férőhely – bár az átlagos férőhelyek száma a szolgáltató típusától függően változhat. Míg az önkormányzati szolgáltatók kínálják a legnagyobb idősotthonokat átlagosan 88 férőhellyel, addig a nonprofit szolgáltatók (79 férőhely) és a magánszolgáltatók (77 férőhely) nem különböznek annyira egyértelműen egymástól.

14. ábra: Idősotthoni férőhelyek száma Németországban, 2023



Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/pflegestatistik-2023/>

Az új mutató alapú minőségellenőrzés időotthonokban és időotthonokban

2019 novembere óta az új eljárással, az úgynevezett indikátor alapú minőségértékeléssel értékelik németországi időotthonokat. Az elemzés időpontjában, 2022. szeptember végén az ápolási adatbázis az új rendszert használó 11 700 teljesen fekvőbeteg időotthonból 9300-at minősít. Az új vizsgálati rendszer a fekvőbeteg-gondozóotthon lakójának egyéni segítségnyújtási igényét hivatott megvizsgálni egy fekvőbeteg-belső minőségellenőrzés keretében - az úgynevezett minőségi mutatók segítségével.

Az új minőségellenőrzési minősítési rendszer három összetevőből áll:

1. Minőségreleváns információk

A minőséggel kapcsolatos információk a létesítményről szóló általános információk. A nyilvánosság számára besorolás nélkül hozzáférhetővé teszik őket, és csak a hatályuk változott az előző rendszerben szereplő információkhoz képest.

2. Az ellátási eredmények / minőségi mutatók

Az ellátási eredmények / minőségi mutatók olyan adatok, amelyeket minden intézménynek évente kétszer össze kell gyűjtenie (minden lakost beleértve), és továbbítani kell egy új,

speciálisan létrehozott adatértékelő központnak (DAS). A DAS ellenőrzi az adatok hitelességét, meghatározza a minőségi mutatókat, és összehasonlítja a létesítményeket. Az eredményeket bejelentik az ápolási pénztárnak, és elküldik az intézménynek, amely adott esetben lehetőséget kap a fejlesztésekre.

3. A külső minőségellenőrzés

A külső minőségellenőrzés továbbra is a korábbiak szerint zajlik azzal, hogy módosult a mintaválasztás, amely immár 9 lakost foglal magában, melynek 2/3-a az indikátor eredmények alapján kerül kiválasztásra. E külső minőségellenőrzés részeként el kell végezni az eredmények hitelességének ellenőrzését is. Ennek a tesztnek a végeredményét az ápolási biztosítási alapnak is elküldik és a nyilvánosság számára hozzáférhetővé teszik.

Gondozási szükséglet és ellátás

A gondozási szükséglet meglétének nem egyenes következménye az idősök otthonába költözés. Az egyéb ellátási és támogatási formák iránti igény folyamatosan növekszik, ennek oka nemcsak az ingyenes férőhelyek hiánya, hanem az otthoni továbbélés vágya is. Az otthoni ápolásnál a 24 órás gondozás a legnépszerűbb ellátási forma. A gondozó az ellátotthoz költözik, ezért mindig elérhető. A gondozó végzi az alapellátást, vezeti a háztartást, bevásárol és főz. A gondozott és a gondozásra szoruló személy aránya 1:1. Összehasonlításképpen: egy idősök otthonában az arány 1:7 körül mozog, tehát egy nővér hét ápolásra szorulóóról gondoskodik. A 24 órás ápolás költségei, amelyeket a gondozott visel, alacsonyabbak, mint egy idősök otthonában, emellett az éves költségekből 4000 euróig adólevonási lehetőség adódhat háztartáshoz kapcsolódó szolgáltatásként.

A magasabb nyugdíjra jogosultak számára ideális megoldás a nyugdíjasház vagy nyugdíjasotthon. Az utóbbi időben egyre több nyugdíjasház nyílik, ahova olyanok is beköltözhetnek, akik igénylik az önállóságot, szellemileg épek, korukhoz képest aktív életet élnek és nem szeretnék a rokonokra támaszkodni.

Lényegében olyan, mint egy lakópark: a lakók saját lakrészrel rendelkeznek, ugyanakkor szociális életet élhetnek, mivel kortársakkal vannak körülvéve. Ezek az intézmények sokszor olyan kényelmi szolgáltatásokat nyújtanak, amiket a klasszikus idősotthonok nem, például akár

wellness részleggel, tornateremmel, könyvtárral, fodrásszattal, imateremmel, étteremmel és sűrű programtáblázattal rendelkeznek.

A nyugdíjsház igénybevételehez először egy használati jogot kell megvásárolni, majd havonta kell bérleti díjat fizetni. Az árak nagyon változatosak, nagymértékben függenek a lokációtól, a szolgáltatások mennyiségétől és minőségétől, valamint a lakrész méretétől és állapotától. A lakhatáson kívül lehet igényelni takarítást, gyógyszerbeszerzést, személyes asszisztenciát, vérnyomásmérést, valamint teljes körű gondozást is.

Évről évre több külföldi jön Európa nyugati feléről a keleti EU-tagországokba, köztük Magyarországra, hogy itt töltsse el az öregkorát egy idősotthonban. A Bild német lap szerint 2011-ben több mint tízezer német nyugdíjas élt Kelet-Európában, a legtöbben, közel hétezeren Magyarországon. Napjainkra már 14 700 német állampolgár számára folyósítja a német állam a nyugdíjat Magyarországra.

A túlszűfolt német ellátórendszer elől menekülő nyugdíjasokat az alacsony árak és a képzett ápolók vonzzák Magyarországra (azt azonban szeretik észben tartani, hogy milyen messze van a legközelebbi osztrák kórház). A Magyarországra költözés mellett szóló legfőbb érv tehát az, hogy olcsó: Németországban havi mintegy 3400 eurót kellene fizetni az idősotthonért, Magyarországon csak 1500 eurót kérnek tőle. Ez azért is lehet csábító a német nyugdíjasok számára, mert maximum ennyit fizet ki a német egészségbiztosító havonta az ápolásért, és vannak, akik a több mint háromezer eurós német díjat nem tudják kipótolni a nyugdíjukból.

Nyugdíjasotthon a Balatonnál, csak németeknek

Néhány éve megalakult Magyarországon az első, németeket és osztrákokat megcélzó nyugdíjsház, mely a Balaton partján található. A Balatonszárszói „Pflegeheim am Plattensee” német anyanyelvű személyzettel rendelkezik, a teljeskörű luxus ellátásért pedig havi 1500 - 2000 euró körüli összeget kell fizetni, ami a német nyugdíjsházakhoz képest még mindig jutányos ár.

Időotthoni ellátás és nyugdíjasházak helyzete Ausztriában

Az öregedés mértéke Ausztria különböző régióiban eltérő. A lakosság öregedésének általános trendje egyes régiókban korábban jelentkezik, mint másutt. Ausztria tekintetében különösen Burgenland érintett. Az összes osztrák szövetségi állam összehasonlítása azt mutatja, hogy Burgenlandban a legnagyobb a 60 év feletti lakosok aránya, 29,3%⁶⁴.

A regionális népvándorlási folyamatok az öregedés hatását fokozhatják: a fiatal keresőképes lakosság elvándorlása, illetve a képzési célú elköltözés az agglomerációs és ipari térségektől távoli területeken gyorsítja a népesség öregedését, így tehát a képzési és munkahelykínálat koncentrációja a központi térségektől távol eső területeken fokozódó öregedéshez vezet. Ausztriában is vannak azonban olyan régiók, amelyek a bevándorlás következtében átmenetileg fiatalodnak. A nemzetközi bevándorlásból az utóbbi években elsősorban Bécs és környéke profitált, amely jelenség a népesedési prognózisok alapján a jövőben is fennmarad majd. A bevándorlók főként fiatalok, akik gyakran családot is alapítanak. Ez ugyan pozitívan hat a népesség összetételére, a tendencia azonban nem mindig tartós. Bécs környékén is vannak olyan települések, ahol néhány évtizeddel ezelőtt még örülhettek a fiatal családok beköltözésének, ma viszont, miután az időközben felnövekedett gyermekek elhagyják a szülői házat, gyorsan öregednek.

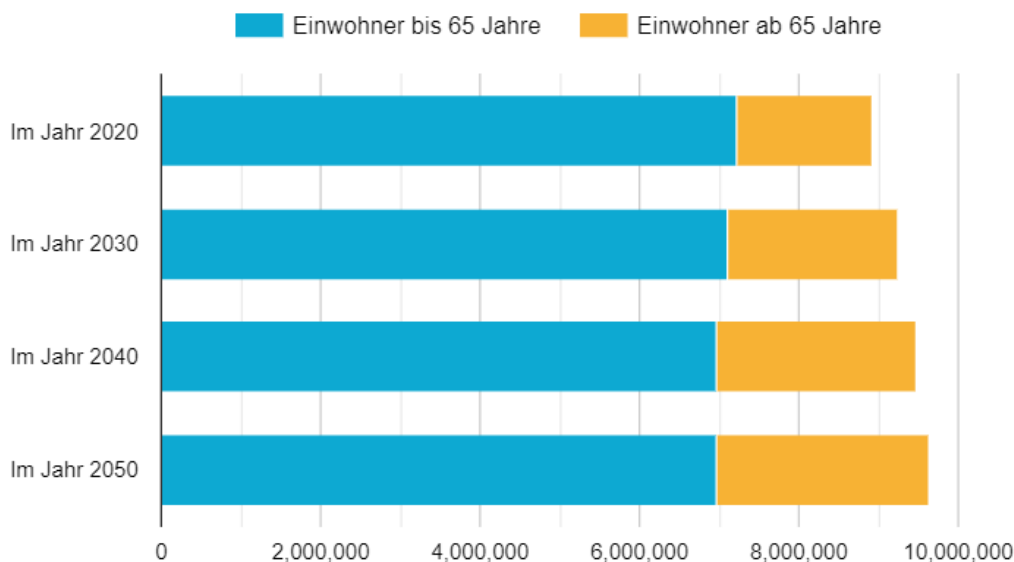
Az ausztriai ápolási rendszer a szociális rendszer része, és abban különbözik az egészségügyi rendszertől, hogy nem kínál személyes gondoskodást nyújtó természetbeni ellátásokat, inkább pénzbeli juttatásokat biztosít, ha a rászorultság bizonyított.

Egyrészt létezik az úgynevezett ápolási díj, amelyet évente tizenkét alkalommal folyósítanak a betegnek, másrészt a meghatározott szolgáltatásokhoz támogatás is jár. A természetbeni juttatások közvetett módon kerülnek felhasználásra, például úgy, hogy adóbevételből időotthonok építhetők, de az építési költségeket nem adják hozzá az időotthoni férőhely költségeihez. Általánosságban azonban létezik egy pénzbeli ellátási elv, amely révén az ellátás megszervezése a beteg vagy gondozó hozzátartozóinak feladata. A pénzbeli ellátás elvének gondolata nem a gondozási szolgáltatások teljes finanszírozása, hanem egyszerűen támogatás kifizetése.

⁶⁴ "Intézményi együttműködés időbarát és gondoskodó közösségek támogatására" Co-AGE projekt, Ausztria-Magyarország INTERREG program ATHU123, <https://www.interreg-athu.eu/hu/coage/>

Ausztriának jelenleg körülbelül 9,2 millió lakosa van (2024⁶⁵) - ebből 1,7 millió 65 évnél idősebb, ami 19 százalék körüli aránynak felel meg -, az osztrák statisztikai hivatal adatai szerint 2050-re Ausztria lakossága várhatóan 9,63 millió lakos elérése – 27,7 százalékuk 65 éves vagy annál idősebb lesz.

15. ábra: A népességszám alakulása Ausztriában



Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/anzahl-und-statistik-alten-pflegeheime-oesterreich/>

Ausztriában 1993. július 1-jén léptették életbe a főként időseket érintő gondozási ellátások átfogó, egységes rendszerét⁶⁶, amelynek alapját az úgynevezett „ápolási járadék” (Pflegegeld)⁶⁷, illetve a járadék kiszámításához kidolgozott gondozásigénykategóriák képezik. Az ápolási járadékról szóló törvény (Bundespflegegeldgesetz) alapvető változásokat hozott, és szövetségi szinten egységesítette az addig igényelhető pénzbeli, természetbeni

⁶⁵ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/19292/umfrage/gesamtbevoelkerung-in-oesterreich/>

⁶⁶ A tartós ápolásra szorulókat támogatását az 1990-es évek előtt jórészt az eltérő ápolási igények szerint különböző ápolási kategóriákba sorolt személyeknek nyújtott segélyek és az intézményben való gondozás költségeihez adott hozzájárulás jelentette. 1993-ban lényeges változás történt ezen a területen: a hagyományos társadalombiztosítási és segélyezési logikával szakítva, az összes tartós ápolást igénylő jogosulttá vált az univerzális ápolási juttatásra.

A lakosság közel öt százaléka részesül a juttatásból, négyötödük 60 éven felüli.

⁶⁷ 8A Szövetségi Ápolási Törvényben (Bundespflegegeldgesetz – BPGG) határozták meg a tartós gondozási szükségletkategóriák hét szintjét. Minden egyes gondozási kategóriához meghatározott pénzösszeget rendeltek, ez az úgynevezett ápolási járadék (Pflegegeld). A német nyelvterületen használt „Pflege” kifejezés egyszerre jelent ápolást és gondozást. Ausztriában az „ápolás” jelentéstartalma nem egyezik a magyar betegápolás kifejezéssel, tehát általában nem az orvosi ellátást, felügyeletet is igénylő betegek ápolását értjük alatta. „Hogy mit is jelent pontosan az ápolás és gondozás fogalma – az mindig csak utólag derül ki. Leginkább: mindazon személyes segítségnyújtásoknak a köre, amit ennek tartanak, amit ápolók és gondozók, valamint az őket foglalkoztató intézmények végeznek. (...) Ápolásnak és gondozásnak (tekintjük) mindazon segítségnyújtási formákat, amelyeket olyan emberek kapnak, akik nem képesek önmaguk normálisnak, emberinek, elfogadhatónak tartott létfeltételeiről autonóm módon, egyedül gondoskodni.”

juttatások, ellátások rendszerét. Az ápolási járadék alanyi jogon járó pénzbeli ellátási forma, így az osztrák gondozási-ápolási rendszer nem biztosítás alapon működik. Minden olyan osztrák állampolgárnak jár, akinek megállapított gondozási-ápolási szükséglete van. Az ellátás független a rászoruló jövedelmi, illetve vagyoni helyzetétől. A juttatás összege kizárólag a megállapított gondozási szükséglet mértékétől függ, életkori megkötés nélkül. A tartós gondozási-ápolási rendszer egyik fő célkitűzése, hogy olyan konkrét pénzforráshoz juttassa a gondozásra-ápolásra szorulókat, amely célzottan csökkenti a gondozási, ápolási kiadásokat, ezzel tehermentesítve az alacsony jövedelemmel rendelkezőket. Ausztriában a gondozásra-ápolásra szoruló embereket napjainkban is elsősorban informális keretek között, azon belül is a családtagok segítik, gondozzák. Ezért a juttatás további célja a család által nyújtott, nem intézményes gondoskodás támogatása. A gondozási-ápolási rendszer részét képezi az az elv is, hogy – az otthoni gondozás-ápolás mellett – a nagylétszámú bentlakásos intézmények helyett az ambuláns, mobil szolgáltatásokat, nappali ellátásokat preferálják támogatásokkal, szabályozással.

A juttatás lehetővé teszi, hogy a rászorulók szabadon választhassanak a szolgáltatások közül személyre, állapotra szabottan, amely elősegíti az önálló, a gondozott igényeinek megfelelő életminőség kialakításának lehetőségét. Fontos szempont a szolgáltatások megfizethetősége minden érintett számára, megteremtve a lehetőségét annak, hogy a gondozási-ápolási szolgáltatások igénybevétele ne vezessen „pénzügyi függéshez”, ne jelentsen szegénységi kockázatot.

Ausztria parlamentáris rendszerű szövetségi köztársaság, amelyben a mindenkori szociális területért felelős szövetségi minisztérium feladatkörébe tartozik - többek között - az ágazati struktúra kialakítása, valamint az általános irányelvek kidolgozása. Ugyanakkor Ausztriában a szociális szolgálatok rendszerét – ellentétben a pénzügyi és egészségügyi ellátásokkal, – nem szabályozza központi, szövetségi szintű jogszabály. A szociális ellátással, szolgáltatásokkal foglalkozó konkrét, tartományi törvényeket a decentralizált tartományi parlamentek önállóan alkotják az önsegítés, a szubszidiaritás elveit figyelembe véve, s a tartományok „szociális segélyezésről” (Sozialhilfe) rendelkező törvényei szabályozzák. A törvényi szabályozásban és egyéb jogszabályi keretekben jelentősek a különbségek a tartományok között, így a kilenc tartományban elviekben hasonló, mégis kilenc különböző jogi szabályozás van érvényben: míg például Steiermark külön törvényt alkotott az ápolóotthonokról, addig Karintiában, valamint Burgenlandban különálló törvényben szabályozzák az otthoni segítségnyújtást, illetve az idősek számára otthont (bentlakást) nyújtó ellátásokat.

A szabályozáson kívül a szociális szolgáltatások (soziale Dienste)⁶⁸ közül az idősök által igénybe vehetők túlnyomó részének létesítése, fenntartása, működési engedélyük kiadásának eljárásrendszere, koordinálása is decentralizált, az a tartományi kormányok, a közigazgatásilag önálló nagyvárosok, települések feladatkörébe tartozik. A fenntartókat tekintve Ausztriában – Magyarországhoz hasonlóan – az idősellátás területén is állami, nem állami, valamint egyházi fenntartású intézmények, szolgáltatók működnek. A bentlakásos intézményektől eltérően a szociális szolgáltatók kisebb részben önkormányzati fenntartásúak, nagyobb részben jellemzően úgynevezett „szabad szolgáltatók” (civil, nonprofit), családi vállalkozások, egyesületek, gazdasági társaságok – részben kormányzati-tartományi szervezeti részvétellel (pl.: Volkshilfe, Rotes Kreuz, Lebenshilfe).

A tartományok bizonyos szolgáltatások ellátására megállapodást kötnek olyan autonóm, nem állami (nem a szövetség, tartomány, település által működtetett) szervezetekkel, „szabad szolgáltatókkal” (Freie Träger)⁶⁹, amelyek alkalmasak azon feladatok ellátására, melyeket az egyes tartományok szociális terve, minimumfeltétel-szabályozása, minőségbiztosítási rendszere határoz meg. A különböző fenntartású intézmények között azonban finanszírozási, szabályozási, ellenőrzési szempontból nincs megkülönböztetés. A tartományi törvények olyan minimumszttenderdeket írnak elő, amelyeknek minden szolgáltatónak meg kell felelnie, az arra kijelölt hivatalok, szervek szigorúan ellenőrzik a szolgáltatásokat. A fenntartók sokszínűsége mellett a szolgáltatók működésének engedélyezési rendszere és felügyelete, a szolgáltatókkal való megállapodások is igen vegyes képet mutatnak. Ennek többek között egyik oka a szociális segélyezés (Sozialhilfe)⁷⁰ rendszerének a különböző tartományokban kialakult eltérő felépítése. Például, míg egyes tartományokban (Felső-Ausztria) központi feladat a tervezés és a szolgáltatók munkájának összehangolása, addig más tartományok (Karintia, Tirol, Voralberg) „szociális kerületeken” (Sozialsprengel) keresztül koordinálják a szolgálatokat. A koordináció az igények felmérése mellett kiterjed a lefedettség biztosítására, az egyes szolgáltatók költségeinek és teljesítményének összehasonlítására, a szolgáltatásokért elkérhető maximált összegek meghatározására is.

⁶⁸ A szociális szolgálatok, illetve szolgáltatások körébe munkaerőpiaci szervezetek, iskolán kívüli gyermekellátás, idős- és gondozó otthonok, nappali ellátások, ambuláns szolgálatok, lakó- és foglalkoztató intézmények, illetve tanácsadó és gondozószolgálatok tartoznak.

⁶⁹ A „szabad szolgáltatók” hagyományosan nem nyereségorientált gazdasági társaságok, a forprofit szolgáltatókat nem sorolták ebbe a csoportba, de a fogalom keretei kezdenek képlékennyé válni az egyre szélesedő forprofit szolgáltatói kör miatt. Az egész ország területén működő szabad szolgáltatók, például a Diakonie, az SOS gyermekfalvak és a Caritas

⁷⁰ Bizonyos tartományi különbségekkel a főbb területek: otthoni betegápolás; házi segítségnyújtás; otthoni étkeztetés/étel házhoz szállítása; üdültetés (idősök, családok); lakóotthonok (idősök, fogyatékkal élők számára); gondozóotthonok (gondozásra szorulóknak számára); szolgálatok a társas kapcsolatok ápolására, kulturális életben való részvétellel; megelőző egészségügyi segítségnyújtás

A bentlakásos intézmények, otthont nyújtó szolgálatok működtetése, alapítása is tartományi engedélyhez kötött, az engedély megszerzéséhez számtalan előírásnak kell megfelelnie az intézménynek. A tartományok kibocsáthatnak működési irányelveket, bizonyos tartományok egységesen és részletesen szabályozzák az otthonok működését, de vannak tartományok, ahol a különböző koncepciók és előírások széles köre szabályozza ezt. A bentlakásos intézmények finanszírozása változatos képet mutat a tartományok között, a napidíjak rendszerétől a normarendszerű finanszírozáson át a mutatók alapján meghatározott díjkiegyenlítésig sok változat megtalálható.

Az időseknek nyújtott szolgáltatások

Ausztriában az idősellátás területén nem osztják fel az ellátásokat, szolgáltatásokat alapszolgáltatásra, illetve szakosított ellátásra. Ambuláns, mobil, az ellátott otthonában nyújtott szolgáltatásokat, valamint nappali és otthont nyújtó ellátásokat (ambulant/mobil/teilstationär/stationär) különböztetnek meg. A szociális szolgálatok fajtája és mértéke az egyéni gondozási-ápolási szint szerint alakul. A gondozásra szoruló idős emberek több formában vehetnek igénybe gondozási-ápolási szolgáltatásokat.

A szociális szolgáltatások igénybevételekor a gondozásra szorulóknak (vagy tartásra kötelezett hozzátartozójuknak) általában jövedelemarányosan kell hozzájárulniuk a szolgáltatások költségeihez, figyelembe véve egyéni körülményeiket. Általános szabály, hogy a fizetendő összegnek fedeznie kell a szolgáltatások költségeit, ezzel biztosítva a szolgálatok gazdasági stabilitását. A mobil vagy ambuláns szolgáltatások díjai, illetve az ügyfelek hozzájárulásának mértéke jelentősen szóródnak a tartományok között. A bentlakásos intézmények finanszírozására, az intézményi szolgáltatások díjszabására speciális szabályok vonatkoznak. Az intézményi gondozásban részesülők ápolási díjat, valamint nyugdíjuk 80%-át kötelesek fizetni az ellátásért, a térítési díjakat közvetlenül a fenntartónak utalják. Törvényi előírás, hogy a gondozott havonta nyugdíjának 20%-át „zsebpénzként” kézhez kapja. Amennyiben a költségeket nem fedezi az ápolási díj, illetve a nyugdíj 80%-ának összege, a hiányzó részt vagy a gondozott, vagy az ellátásra kötelezett egyenlíti ki magánforrásból. Ha az ápolási díj, valamint az egyéni hozzájárulás együttese sem fedezi a bentlakásos szolgáltatás díjait (például alacsony nyugdíj, hozzátartozói jövedelem hiánya vagy magas ápolási szükséglet esetén) a különbözetet szociális alapon, jövedelem- és vagyonvizsgálatot követően az egyes tartományi szociális hivatalok térítik meg.

Az idősgondozás (Altenhilfe/Pflegehilfe) olyan széleskörű, mobil ellátási forma, amely magába foglalja mindazokat a szolgáltatásokat, segítségnyújtási módokat, amelyek az önellátáshoz, a mindennapi tevékenységek ellátásához, a fizikai és szociális jóllét fenntartásához szükségesek. A házi segítségnyújtásnál bővebb szolgáltatás, a háztartási tevékenység mellett segítséget nyújt a testi higiénia fenntartásában, öltözködésben, az ételek elkészítésében. Ezenkívül a szolgáltatás részét képezi a betegek rendszeres figyelemmel kísérése (táplálkozás, gyógyszerbevétel, diéta betartása stb.), valamint segítségnyújtás a különböző ügyintézéseknél. A szolgáltatásnyújtásban egyszerre több szakember (egészségügyi, szociális) is részt vesz.

Intézményekben nyújtott szolgáltatások

Részidős gondozás (Teilstationäre Pflege): a napközbeni gondozás kiegészítő, átmeneti segítségnyújtási forma. A gondozás-ápolás klasszikus formája az idősek napközi otthona, ahol igénybe vehetők a napközbeni gondozási formák. Ausztriában a napközi otthonok mellett általában egyes bentlakásos idősotthonokban, idősgondozó központokban is igénybe lehet venni bizonyos szolgáltatásokat az alábbi esetekben:

- kórházi tartózkodást követő rehabilitáció: ha a gondozásra szoruló személy nem kerül rögtön a saját otthonába, az idősgondozó központban készítik fel az önálló életre (rehabilitáció),
- ha az otthoni gondozásban-ápolásban részesülő személy családtagja, gondozója szabadságra megy, annak ideje alatt a gondozási feladatokat az idősgondozó központ látja el,
- ha a gondozásra szoruló személynek szüksége van átmeneti bentlakásos ellátásra.

A felsorolt intézménytípusokban lehetőséget teremtenek a részleges benntartózkodásra. Ezek az ellátási formák nem teszik végérvényessé a bentlakásos intézményben való tartózkodást, de tehermentesítik a privát gondozói környezetet.

Bentlakásos ellátások

Többgenerációs ház (Mehr-GenerationenWohnen): olyan lakóotthoni forma, ahol egy intézmény keretein belül, különálló lakásokban több generáció él együtt (a kisgyerekektől a

nagyon idősekig). Fő célkitűzése, hogy az együtt lakó családok és generációk egymást segítsék, például az idősök vállalják a gyermekfelügyeletet, a fiatalabb generáció a demens idősök gondozását, stb.

Hosszú távú gondozás (Langzeitpflege)⁷¹: a bentlakásos ellátás célja a tartósan gondozásra szoruló emberek saját lakókörnyezetén kívüli, intézményi gondozása. Ausztriában a bentlakásos intézményeket jellemzően azok az idősök veszik igénybe, akiknek fizikai, szellemi, mentális állapota már nem teszi lehetővé az otthoni gondozást, ápolást.

A bentlakásos ellátásnak különböző formái léteznek:

Nyugdíjasház (Betreutes Wohnen): azoknak, akik a háztartásukat továbbra is képesek maguk vezetni, önálló lakóegységekből álló otthonokat kínálnak, ahol szükség esetén elérhetők a számukra megfelelő támogató-gondozási szolgáltatások is, amelyeket ki lehet egészíteni mobil szociális és egészségügyi szolgáltatásokkal.

Idősothon (Seniorenwohngemeinschaften): az idősothonokban egy- és többágyas szobák, illetve kicsi, önálló apartmanok vannak. A konyha, a fürdőszoba, a nappali megosztott. A járóbeteg-ellátás megoldott, de nincs állandó intézményi ellátás. Az idősothonok az alapellátás és az alapápolás mellett különféle kezeléseket is kínálnak, s az ápolás területén a kórházéhoz hasonlóan van kialakítva az infrastruktúrájuk.

Nyugdíjasothon (Seniorenresidenzen): a bentlakásos otthonok különleges formája, mely extra kényelmet és első osztályú ellátást biztosít. A térítési díj ennek megfelelően magasabb.

Fekvőbeteg-ellátást, orvosi ápolást nyújtó otthonok

Ide tartoznak azok az idősothonok, amelyekben kórházi fekvőbeteg-ellátást is nyújtanak, illetve maguk a geriátriai centrumok (Geriatriezentren). Azoknak az idős embereknek nyújtják a szolgáltatásaikat, akiknek gondozási igénye otthoni ápolással vagy hagyományos ápolási otthonokban már nem elégíthető ki. A geriátriai centrumokban éjjel-nappal ápolási és orvosi ellátásban részesülnek a rászorulóknak, egy- vagy többágyas szobákban.

Ausztriában a bentlakásos ellátás területén ma a többfokozatú intézményeket részesítik előnyben, ilyenek például az ápolási részleggel is rendelkező idősothonok. A felsorolt ellátási

⁷¹ 14Az ápolás költségeit a törvény értelmében vagy az ellátott, vagy az önkormányzat szociális részlege fedezi. Az intézményfenntartó nem kötelezhető orvosi/egészségügyi ellátás biztosítására. Ennek költségei a betegbiztosítót terhelik.

formákon túl működnek tanácsadási és információszolgáltatások a rászoruló idős emberek és hozzátartozóik részére, így telefonos szolgálat (Pflegetelefon), jogi tanácsadás (Behindertenanwalt), valamint támogató, önszervező csoportok (Selbsthilfegruppen). Az ápolásra szoruló személyek hozzátartozóinak joguk, illetve lehetőségük van szociális tanácsadótól egyéni tanácsadást és/vagy segítséget is igénybe venni.

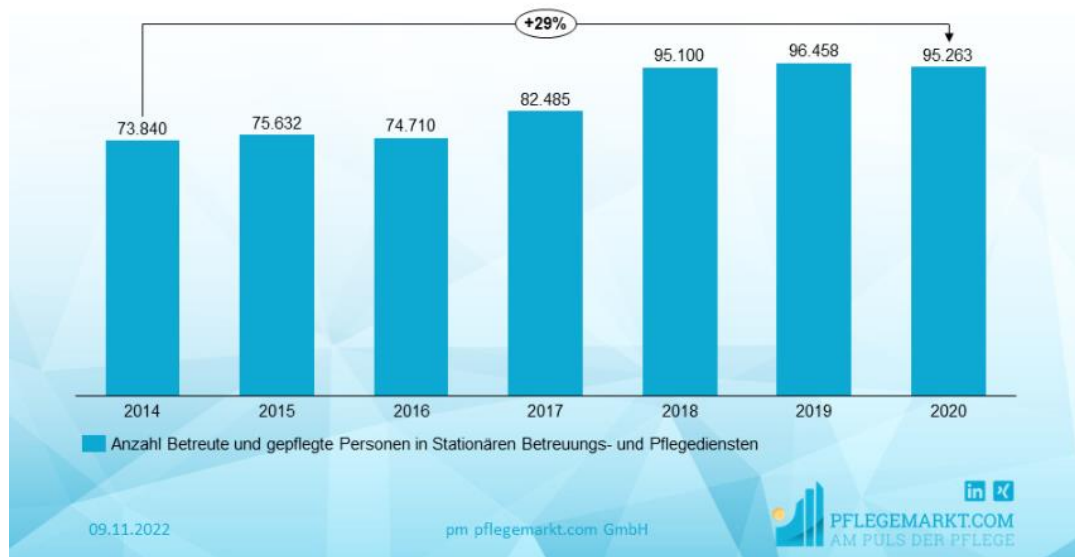
Az idősellátás rendszerének fontos szereplői még az úgynevezett Gondozási Központok (Pflegestützpunkte), melyek leginkább tájékoztatási, gondozási tanácsadási (Pflegegutachten), illetve esetenként feladatokat látnak el. A 20.000 lakosonként létesített központokban a lakosság minden gondozási tudnivalót közvetlenül a központtól kaphat meg, a tanácsadással, étkeztetéssel és a házi beteggondozással kapcsolatos információktól egészen a gondozási szolgálatokkal vagy gondozókkal kapcsolatosakig. A gondozási központok fenntartói az ápolásbiztosítók, az önkormányzatok vagy a szociális szolgálatok lehetnek. Az otthonközeli, ambuláns, otthonápolási szolgáltatások, illetve a bentlakásos idősellátási intézmények önkormányzati, civil vagy egyházi fenntartásúak. A tulajdonviszonyokat vizsgálva mind az ápolási otthonok, mind az otthonápolási szolgálatok tekintetében meghatározó (50% feletti) az egyházi, karitatív fenntartású szervezetek szerepvállalása. Ezen kívül szintén jelentős szerepet töltenek be a magántulajdonú ambuláns szolgáltatók. Az állami vagy önkormányzati szereplők aránya viszont mind az otthonközeli, mind a bentlakásos területen igen alacsony. Az egyházi és a civil fenntartású szolgáltatók, intézmények vegyesen is működhetnek úgy, hogy például az egyházi fenntartású szolgáltató bizonyos szolgáltatásokat kiad egy civil szolgáltatónak. Ugyanígy működhet az önkormányzati fenntartású is: a fenntartó az önkormányzat, de szerződéses alapon alapítvány vagy egyesület működteti magát az intézményt.

Az időotthonok száma Ausztriában

Ausztriában körülbelül 900 teljesen fekvőbeteg idősek otthona van, mintegy 71 000 időotthoni hellyel, ebből körülbelül 3 000 a rövid távú gondozásra, valamint a részmunkaidős gondozásra és ápolási szolgáltatásokra. A fekvőbeteg helyek 81%-os kihasználtságot értek el Ausztria-szerte. A regionális kapacitáskihasználtságról nem készítenek statisztikát.

A hivatalos statisztika szerint a 2020-as év alapján mintegy 95 263 embert gondozott mintegy 36 560 gondozó és ápoló alkalmazott teljes munkaidőben.

16. ábra: Ausztriában fekvőbeteg-ellátásban részesülő személyek segítése és gondozása



Forrás: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/anzahl-und-statistik-alten-pflegeheime-oestreich/>

Az ábra tanúsága szerint 2014 és 2020 között 29%-kal nőtt fekvőbeteg-ellátásban részesülő személyek száma Ausztriában. Nagyobb léptékű növekedés 2016 és 2017 között, majd 2017 és 2018 között volt tapasztalható, a további években jóval kisebb mértékben történt változás mind emelkedő, mind csökkenő irányban.

A szolgáltatásokért fizetendő személyi térítési díjak

A személyi térítési díjak meghatározása szintén tartományi feladatkör. A szociális szolgáltatások igénybevételekor a gondozásra szorulóknak (vagy tartásra kötelezett hozzátartozójuknak) általában jövedelemarányosan kell hozzájárulniuk a szolgáltatások költségeihez, figyelembe véve egyéni körülményeiket. Általános szabály, hogy a fizetendő összegnek fedeznie kell a szolgáltatások költségeit, ezzel biztosítva a szolgálatok gazdasági stabilitását.

Bentlakásos elhelyezés esetén a maximálisan kérhető intézményi térítési díjat a tartományokon belül a szociális hivatal állapítja meg. A bentlakásos intézményeket I., II. és III. kategóriába sorolták egy pontrendszer szerint. A besorolásnál részletesen értékelik többek között az intézmény infrastruktúráját, felszereltségét (pl. ágyak száma / szoba, vizesblokkok száma, a szoba nagysága, terasz, lift, zöldterület, közösségi terek megléte stb.), a szobákban elhelyezett

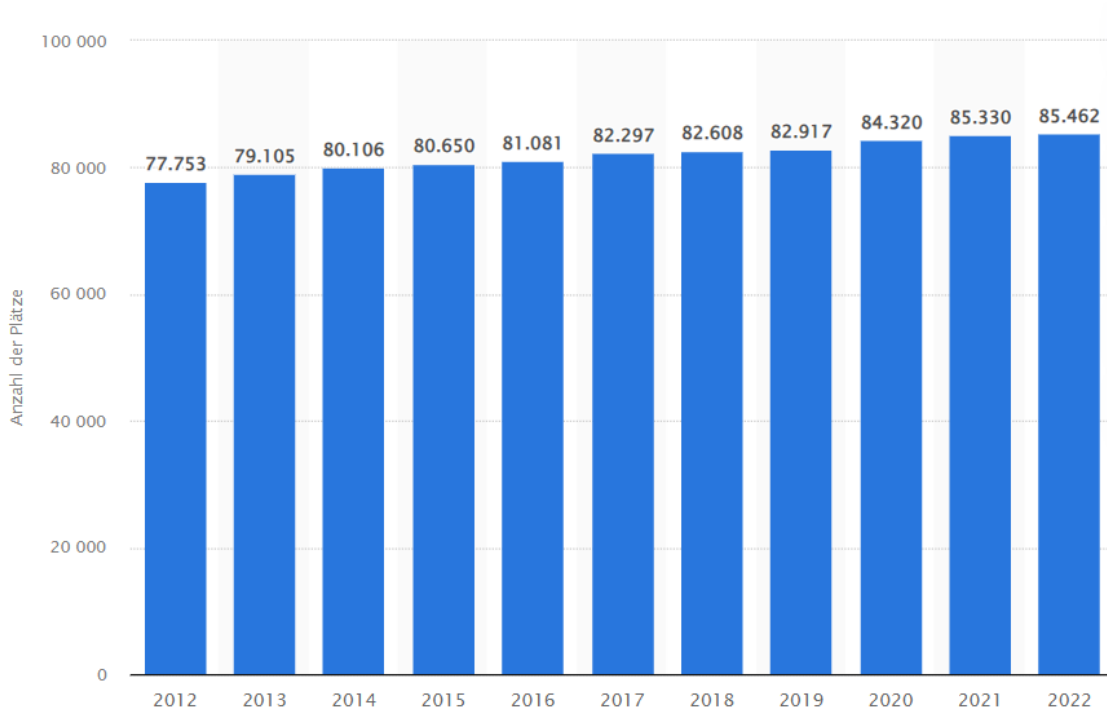
személyek számát, az akadálymentesítettséget. A díj az intézményi kategória szerinti szállásköltség és az ápolási kategória szerint megállapított ápolási díj együttes összege.

Az ellátáshoz kapcsolódó költségek összege függ attól is, hogy az időotthon melyik szövetségi államban található, és hogy állami vagy magántulajdonban lévő létesítményről van-e szó. Sok otthonban a díjak alapösszegeből és az ápolási szükséglet mértékétől függő pótdíjból állnak, általában az ápolási díj összege alapján. Az ápolási díj mértéke az ápolási szükségletektől függ. A szükséges havi ápolási órák számát az orvos vagy a nővér felméréssel határozza meg.

Az ápolási díj összege 2024. január 1-től		
Gondozási igény havonta órákban	Az ellátás szintje	Összeg euróban havonta (nettó)
Több mint 65 óra	1	192,00 euró
Több mint 95 óra	2	354,00 euró
Több mint 120 óra	3	551,60 euró
Több mint 160 óra	4	827,10 euró
Több mint 180 óra, ha rendkívüli odafigyelést igényel	5	1123,50 euró
Több mint 180 óra, ha • időben össze nem egyeztethető gondozási intézkedésekre van szükség rendszeresen, éjjel-nappal, illetve • a gondozó állandó jelenléte éjjel-nappal szükséges, mert fennáll önmagának vagy másoknak a veszélyeztetése	6	1568,90 euró
Több mint 180 óra, ha • nem lehetséges a négy végtag célzott mozgása funkcionális megvalósítással, illetve • olyan feltétel áll fenn, amelyet azonnal figyelembe kell venni	7	2061,80 euró

Az ápolási díj folyósítása havonta utólag, évente tizenkét alkalommal történik. Az ápolási díjból nem vonnak le sem jövedelemadót, sem egészségbiztosítási járulékot. 2020. január 1-jétől, majd ezt követően minden év január 1-jei hatállyal az ápolási díj minden szinten a megfelelő korrekciós tényezővel emelkedik .

17. ábra: A gondozási és ápolási helyek száma Ausztriában 2012 és 2022 között



Forrás: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/959569/umfrage/plaetze-bei-betreuungs-und-pflegediensten-in-oesterreich/>

2022-ben Ausztriában körülbelül 85 462 férőhely volt a gondozási és ápolási szolgáltatásokban. Ez azt jelenti, hogy a kínálat kismértékben tovább nőtt az előző évhez képest.