

# Javaslat az otthonápolás szolgáltatás fejlesztésére

## 1. rész



**Nemzeti  
Együttműködési  
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR  
Alapkezelő Zrt.

2025 július

## Tartalom

Bevezetés.....	3
Helyzetkép, adatok .....	16
Otthonápolás az Európai Unióban: Helyzetkép és trendek .....	16
Otthonápolás az Európai Unióban: Friss statisztikai kitekintés .....	19
Otthonápolás Magyarországon: Statisztikai áttekintés.....	22
Az idősgondozási rendszerek típusai az EU-ban - a magyar rendszer besorolása.....	28
Az európai idősellátási rendszerek összehasonlító elemzése – tendenciák, kihívások és jó gyakorlatok .....	31
Irodalomjegyzék.....	43

## Bevezetés

Az európai társadalmakban egyre erőteljesebben jelentkeznek az elöregedés problémája, amely strukturális kihívásokat okoz az egészségügyi, szociális és gazdasági rendszerekben. A tanulmány célja az európai idősellátási rendszerek részletes bemutatása, összehasonlítása, valamint a főbb kihívások és jó gyakorlatok azonosítása.

### Demográfiai áttekintés Európában

Az Eurostat (2024) szerint az EU-27 népességének 21,2%-a 65 év feletti, és ez az arány 2050-re várhatóan meghaladja a 30%-ot. Az idősödő népesség aránya országonként eltérő, például Olaszországban 24%, míg Írországban csupán 15%.

### Idősellátási modellek tipológiája

Esping-Andersen (1990) jól ismert jóléti állam-tipológiája mentén az idősellátási rendszerek is osztályozhatók. A skandináv modell (pl. Svédország) univerzális és adóalapú ellátást nyújt, a közép-európai modell (pl. Németország) biztosítási alapon működik. A mediterrán országok (pl. Olaszország) erősen családcentrikusak, míg a kelet-európai rendszerek (pl. Magyarország) alacsony szintű állami ellátással működnek.

### Finanszírozási rendszerek

A finanszírozás módja országonként eltérő: Svédországban és Dániában az ellátás döntően adóalapú, míg Németországban és Franciaországban társadalombiztosítási rendszer működik. Magyarországon a finanszírozás vegyes – állami támogatás és egyéni hozzájárulás is szerepet kap (OECD, 2023).

### Jó gyakorlatok és innovációk

A holland Buurtzorg-modell a kis, autonóm ápolói csapatokra épít, hatékony és személyre szabott ellátást kínálva. Finnországban és Észtországban digitális technológiákkal támogatják

az otthoni gondozást, míg Németországban az ápolási biztosítás rendszere (Pflegeversicherung) működik jól (Alber & Köhler, 2018).

### **Kihívások és problémák**

A legfőbb kihívások közé tartozik a munkaerőhiány, az ellátás finanszírozhatósága, valamint a területi egyenlőtlenségek. Az idősellátás terén dolgozók gyakran alulfizetettek, ami fluktuációhoz és kiégéshez vezet (Széman, 2020).

### **Modernizáció és jövőbeli trendek**

A digitalizáció és a mesterséges intelligencia alkalmazása új lehetőségeket teremt az idősellátásban. Az EU zöld könyve (European Commission, 2021) hangsúlyozza az aktív idősor támogatását és az intergenerációs együttműködést.

### **Magyarország helyzete**

Magyarországon az idősek ellátása főként intézményi formában valósul meg, az otthonápolás mint gondozási forma, még mindig kevésbé kifejezett. Napjainkra számos nyugdíjas otthon épült hazánkban, a nagyvárosokban több ilyen intézmény is található, azonban ez korántsem jelenti azt, hogy megoldott lenne az idős emberek helyzete: sok a teltházias intézmény, és sokan vannak, akiknek nagyon drága lenne a beköltözés egy ilyen intézménybe. Jelentős különbségek mutatkoznak a városi és vidéki területek ellátottságában, annak ellenére is, hogy uniós forrásokból megindult a rendszer modernizálása.

### **Következtetések és ajánlások**

Az európai idősellátási rendszerek fenntarthatósága csak strukturális reformokkal biztosítható. Nélkülözhetetlen a technológia integrálása, a munkaerő támogatása és a közösségi alapú szolgáltatások erősítése.

A szociális ellátórendszerek tehát evolúciója folytatódik, miközben arra törekszünk, hogy társadalmainkban rugalmasságot építsünk. Biztosítva, hogy a támogatási rendszerek ellenálljanak és alkalmazkodjanak a folyamatosan változó globális dinamikához.

## Idősellátás történeti kitekintése

Az idősök gondozása minden társadalomban jelen volt valamilyen formában, azonban a rendszerszintű, intézményes idősellátás kialakulása hosszú történelmi folyamat eredménye. Az alábbiakban áttekintjük, hogyan fejlődött az idősellátás a világ különböző régióiban a történelmi korszakok tükrében.

Az őskorban feltehetően főként a természetes szelekció érvényesült és a szociális szempontok nem voltak olyan fontosak, mint napjainkban. Az emberek nem éltek meg olyan magas kort, mint jelen korunkban, és sokkal ritkábban fordulhattak elő azok a krónikus, degeneratív betegségek, amelyek napjaink jóléti társadalmában olyan sok gondot okoznak többek között az idős embereknek. Így a történelem ezen korai szakaszaiban - mondhatni - még nem is volt szükség a mai értelemben vett nyugdíjas otthonokra.

### **Az ókorban: családi és közösségi szerepvállalás**

Az ókorban az idősök ellátása főként családi és közösségi keretek között zajlott. Az ókori Görögországban és Rómában értékelték az idős embereket, tisztelték bölcsességüket és élettapasztalatukat, és ennek megfelelően igyekeztek gondoskodni róluk, érdekvédelmi szervezetet állítottak fel számukra.

- **Ókori Egyiptom, Mezopotámia:** a vallásos és társadalmi normák előírták a szülőkről való gondoskodást. A családon belüli gondozás volt az elsődleges forma.
- **Ókori Görögország:** a család tekintélyelvű struktúrája biztosította az idősök gondozását. Az állam csak kivételes esetekben lépett be, például háborús veteránok esetében.
- **Római Birodalom:** az idősök jogilag is kiemelt helyzetben voltak (patriarcha szerep), és ha nem volt családtag, a rabszolgák vagy a közösség látta el őket. Bizonyos városokban már léteztek kezdetleges jótékonyági intézmények (hospitiumok).

## **A középkor: vallási alapú gondoskodás**

A középkorban a kereszténység és más világvallások vállaltak jelentős szerepet az idősellátásban.

Ebben a korban Európa szerte az egyház és a különböző szerzetesrendek igyekeztek gondoskodni a gyengék és elesettek védelméről. Példaként említhetők a jezsuiták, akik segítettek a szegényeket, a betegeket, valamint árvaházakat, az időseknek pedig menhelyeket alapítottak. Talán ezeket vehetjük a mai nyugdíjas otthonok első igazi elődjének.

- **Keresztény Európa:** a kolostorok, apátságok és egyházi intézmények (pl. ispotályok) biztosítottak menedéket az elhagyott idős emberek számára. Ezek a létesítmények vallásos alapokon, karitatív célból működtek.
- **Bizánci és iszlám világ:** a waqf (iszlám jótékonyági alapítvány) keretében mecsetek és közösségi alapítványok tartottak fenn gondozóhelyeket időseknek.
- **Kelet-Ázsia:** a konfucianus eszmerendszer (Kína, Korea, Japán) alapvetően a gyermeki tisztelet (filial piety) elvén nyugodott. A szülőkről való gondoskodás erkölcsi és társadalmi kötelesség volt.

Hazánkban a XII. századtól léteztek a kolostorok mellett úgynevezett szegényházak, amelyekben a szerencsésebb segítségre szoruló idős emberek is helyet kaphattak. A XVI. században pedig már nem csak az egyház igyekezett megoldani az idős emberek problémáját, hanem a városok is kialakították a maguk szegénygondozási rendszerét, és úgynevezett aggápoldákat hoztak létre, ami szintén a mai nyugdíjas otthonok megfelelője lehet.

## **A kora újkortól az ipari forradalomig: az állami szerepvállalás csírái**

Az ipari forradalom magával hozta a szegénység súlyosbodását, így az egyház mellett az állam is egyre nagyobb szerepet játszott az elesettek és az idősek megsegítésében, így ebben az időszakban több idős ember kaphatott segítséget a számukra épített menhelyeken, a XVIII. században pedig úgynevezett ispotályokat építettek a számukra. A mai nagyobb nyugdíjas otthonokkal szinte megegyező, sok idős ember ápolására és ellátására alkalmas építmények a XIX. században terjedtek el.

A modern állam kialakulásával együtt tehát megjelent az első államilag szabályozott idősellátási forma.

- **XVI. – XVIII. századi Európa:** a szegénytörvények (pl. angol „Poor Law”) értelmében a rászoruló időseket a közösség támogatta. Almshouse-ok, szegényházak alakultak ki, amelyekben sok idős ember is helyet kapott.
- **Franciaország, Németország:** kórházak mellett működő idősgondozó részlegek jöttek létre, ám ezek gyakran zsúfoltak, rosszul felszereltek voltak.
- **Orosz Birodalom:** a cári hatalom egyházi támogatással létesített árvaházakat és idősök otthonait, főleg a nagyvárosokban.

A felvilágosult abszolutizmus szociálpolitikája Magyarországon a népvédelmi intézkedések megvalósítását jelentette. A cél az volt, hogy a monarchia valamennyi tartományában, így hazánkban is minden polgár számára biztosított legyen a megfelelő táplálék és ruházkodás, valamint olyan életmód biztosítása, mely nem veszélyezteti az egészséget.

II. József egységes alapelvek szerint kívánta megvalósítani a szegényügyet, melyet kolduskérdésnek tekintett. Rendeletében szerepelt, hogy meg kell vizsgálni, hogy testi fogyatkozás, vagy öregség miatt koldul-e a valaki, vagy munkakerülés miatt. Ha tényleg rászoruló, akkor a község köteles volt táplálni, de figyelmeztetni is, hogy ha kolduláson érik, szigorúan megbüntetik. 1816 májusában – módosításokat követően – hagyta jóvá e rendeletet, amelyben az is rögzítésre került, hogy "... minden dolgozni tudó a saját munkája és szorgalma által szerezzen ételmet és csak azok részesedjenek a többi polgárok keresetében, akik a természet rendeléséből, vagy a balsors folytán nem tudják saját munkájuk után az ételmet megszerezni".

III. Károly olyan rendeletet hozott, hogy a Magyarországra özönlő koldusokat és kóborlókat el kell távolítani az országból, míg a belföldi koldusokat munkára kell kényszeríteni. A rendeletben az is szerepel, hogy a belföldi koldusok eltartásáról - akik csak alamizsnából tudják magukat fenntartani - származási községük köteles gondoskodni.

### **Az ipari forradalom és a szociálpolitika kezdete**

Ahogy az emberek a városokba özönlöttek jobb lehetőségeket keresve, gyakran maguk mögött hagyták a vidéki közösségekben található szoros támogató hálózatokat. Ez a migráció számos kihívást gerjesztett, mint például a lakhatási válság, a munkanélküliség és a hagyományos családi struktúrák átalakulása. Az újonnan kialakult városi életstílus sürgető igényt teremtett a

strukturált szociális támogatási rendszerekre, ami arra készítette a társadalmat, hogy átgondolja, hogyan biztosítson jólétet polgárainak.

Az ipari társadalom megjelenése tehát új kihívások elé állította a hagyományos családi idősellátást.

- **Urbanizáció:** a városokba költöző családok szétszakadtak, a többgenerációs együttélés háttérbe szorult.
- **Munkaalapú társadalom:** az öregkori elszegényedés gyakori lett, különösen a munkásosztály körében.
- **Első nyugdíjrendszerek:** Otto von Bismarck Németországban 1889-ben bevezette az első állami nyugdíjbiztosítást, amely 70 év felett biztosított juttatást és járulékfizetésen alapult.
- **Brit és francia példák:** létrejöttek az első idősök számára fenntartott állami otthonok, és megindult a nyugdíjas korosztály külön kezelésének jogi szabályozása.

### **A XX. század: az idősellátás intézményesülése**

A XX. század első felében mind az Egyesült Államokban, mind Európában megjelent a szociális munkások koncepciója, akiket kifejezetten a rászorulóknak, köztük a szegényeknek, idősöknek és fogyatékkal élőknek segítségére képeztek ki.

A szociális munka, mint szakma a gyors urbanizáció által feltárt szakadékok áthidalásának szentelte magát. Ezek a korai szociális munkások lefektették az alapot a szociális ellátás strukturáltabb megközelítéséhez, ötvözve az együttérzést a szociális kérdések tudományos megértésével. Ezekből az alapokból kibontakozva a szociális munka a hátrányos helyzetű közösségek támogatásának alapvető pillérévé vált.

Hazánkban a XX. század '20-as és '30-as éveiben a szegényházi gondozás mellett az "Egri Norma" néven ismert gondozási forma kezdett elterjedni.

A két világháború között nagyon megnövekedett az ellátatlan öregek, betegek, szegények száma. Az ország különböző területein helyi kezdeményezésekkel próbáltak segíteni a rászorulókon. E kezdeményezések közül kiemelkedő a Páhók Mária Franciska ferences nővér kezdeményezésére alapított Szegénygondozó Nővérek elnevezésű

„intézmény”, melyet Oslay Oswald ferences rendi tartományfőnök hozott létre 1927-ben, célja pedig a szervezett szegénygondozás megvalósítása volt. A szegénygondozó nővérekre bízta az akkori önkormányzat a szegénygondozás feladatát, így egy sajátos forma jött létre, az állami-községi és a szerzetesi közösség között. Egerben 6 nő önként vállalt "házi gondozást", a szegénygondozó nővérek házról-házra járva keresték fel a nyilvántartott szegényeket, lakásaikat kitakarították, ruhájukat rendben tartották. Később Egerben, 1928-ban létrehozták a Szegénygondozó Bizottságot, mely a várost 24 kerületre osztotta fel, és már önként jelentkező végezte ezt a feladatot.

Az Egri Normának nevezett rendszer célja a szegénygondozás tervszerű és szakszerű végzése volt. Lényege, hogy az önkormányzat által szegénygondozásra fordítandó összegből a nővérek az utcai koldulást próbálták korlátozni, és a valóban rászorulóknak számára eljuttatni a szűkös támogatást. Az ellátásra szorulóknak állandó gondozásban részesültek, étellemezt kaptak, a lakásokat igyekeztek egészségesebbé tenni és a még munkaképes személyeket munkához juttatni. A rend rohamosan elterjedt, a korszak végére már 43 városban 300 nővér végezte ezt a tevékenységet. Az elnevezés onnan származik, hogy először Egerben jött létre ez az állami és egyházi munkamegosztás.

A második világháborút követően számos nyugati országban alakult ki jóléti állam, amelynek egyik pillére az idősek szociális biztonsága lett. Skandináv országokban, az Egyesült Királyságban és Németországban jelentős állami erőforrásokat csoportosítottak át a nyugdíjrendszerek és az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésére.

A jóléti államok megerősödésével tehát az idősellátás a társadalombiztosítási rendszer részévé vált.

- **Második világháború után:** a nyugati országokban (pl. Svédország, Egyesült Királyság) szociáldemokrata rendszerekben átfogó, államilag finanszírozott idősellátási struktúrák jöttek létre.
- **USA:** az 1935-ben bevezetett Social Security rendszer, majd a Medicare (1965) az idősek egészségügyi és gondozási igényeit kezdte ellátni.
- **Szovjetunió:** állami szintű gondozási intézmények, szociális támogatások épültek ki, bár gyakran alulfinanszírozott formában.

- **Globális egyenlőtlenségek:** a fejlődő országokban továbbra is a család maradt az elsődleges gondozó. Latin-Amerikában, Délkelet-Ázsiában és Afrikában kevés formális intézmény működött, a családi gondozás maradt domináns. Az állami rendszerek ekkor sok helyen hiányoznak vagy nagyon kezdetlegesek.

A jóléti rendszerek kiépítése során Svédország vált a modellértékű példává, ahol az állami gondoskodás minden korosztályt lefed, beleértve az időseket is. A svéd rendszer sajátossága a decentralizált, önkormányzati szintű ellátás. Norvégiában és Dániában szintén jelentős szerepet kap az állami finanszírozás, és az egyéni autonómia tiszteletben tartása az idősgondozás során. A második világháború után az Egyesült Királyság megalapította az NHS-t (National Health Service), amely minden állampolgár számára elérhető, univerzális ellátást biztosít, beleértve az időseket is.

A második világháborút követően számos nyugati országban alakult ki jóléti állam, amelynek egyik pillére az idősek szociális biztonsága lett. Skandináv országokban, az Egyesült Királyságban és Németországban jelentős állami erőforrásokat csoportosítottak át a nyugdíjrendszerek és az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésére.

Az 1960-as évektől kezdve a legtöbb nyugat-európai ország hárompilléres rendszert vezetett be: állami nyugdíj, munkáltatói nyugdíjalap és magánnyugdíj. Franciaországban például külön nyugdíjalapokat tartanak fenn az egyes szakmai csoportok számára, míg a német rendszerben hangsúlyos a járulékfizetés, és a hosszú távú gondozási biztosítás (Pflegeversicherung) bevezetése 1995-ben mérföldkő volt az idősgondozás finanszírozásában.

A XX. században a nyugdíjrendszerek globálisan elterjedtek. A bismarcki modell (járulékfizetésen alapuló), a Beveridge-i modell (univerzális alapon működő), valamint a kevert rendszerek különféle formái jöttek létre. Ezek a modellek biztosították az időskor pénzügyi stabilitását.

A II. világháború befejezése után igen súlyos gondokkal nézett szembe Magyarország. Több, mint 100 ezer ellátatlan, munkaképtelen idősről kellett gondoskodni, ehhez társult még a nagyszámú menekült, a hadifogságból, deportálásból hazatértek ellátása, átmeneti vagy végleges megsegítésük.

Egy sor, korábban már működő, természetes segítő hálózatok által kielégített szükséglet kielégítetlen maradt. Az egyházak, a maguk több száz éves tapasztalatával együtt is

egyre eszköztelenebbé váltak a szociális problémák halmozódásával szemben. Szükségessé vált a modern állam intézményesített válasza, állami garanciák a szociális szolgáltatások nyújtására, a modern szociálpolitika.

Magyarországon 1945-ben, a veszített háború utáni első hónapokban született meg ez a garancia: a 6/1945 sz. Miniszterelnöki utasítás kimondta, hogy Magyarországon a szociális gondoskodás az állam feladata. 1945-50 közötti éveket a rendkívül gyors ütemű intézményi fejlesztés jellemezte, ezekben az években közel nyolcszorosára növekedett a szociális otthoni férőhelyek száma.

Ezek a szociális otthonok zsúfoltak, korszerűtlenek voltak, csak élelmet és fedelelet biztosítottak. Ekkor még csak egy típusú szociális otthon létezett, ami azt jelentette, hogy mindenkit, aki rászorult az intézményi elhelyezésre, ezekben az otthonokban helyezték el. Egy intézményben éltek a fertőző betegek, az elmebetegek, a fogyatékosok, az idősek, illetve - életkortól függetlenül - azok is ide kerültek, akiknek nem volt fedél a fejük felett, vagy nem volt gondozójuk, vagy rossz volt a szociális helyzetük.

A fejlesztésnek gátat szabott az '50-es évek hibás politikai és ideológiai irányzata, amely szerint a szocializmus felépítésével a szociális bajok eltűnnek. Ezekben az években történt meg az egyházak „államosítása” is. A magyar állam a szerzetesrendek, feloszlásával úgy szüntette meg a keresztény egyház kétezer éves hegemóniáját a szociális gondoskodás területén, hogy nem tudott valóban működő alternatívát kínálni.

A magyar társadalomban bekövetkezett társadalmi, politikai és gazdasági változások egyre nagyobb feladat elé állították a szociális problémákkal foglalkozó szervezeteket és intézményeket. A társadalmi változások elsősorban a családok életében hoztak lényeges változásokat, amelyek elsősorban az idős emberekre hatottak kedvezőtlenül.

Az idősek száma, különösen a 70 éves és idősebb korosztályok aránya emelkedett. A többgenerációs családok felbomlottak, hiszen a nagyarányú iparosodás megszüntette a helyhezkööttséget, a családok a munkalehetőség miatt lakóhelyüket is elhagyták.

Évszázadokon át a nők döntő feladata a gyermeknevelés és az idősek ellátása volt, amely a nők fokozott munkába állásával gyökeresen megváltozott. A gyermeknevelési feladatot átvette az állam, a bölcsődék, óvodák létesítésével, s az idősek helyzete is kilátástalanná vált a nők munkába állásával, hiszen nem volt, aki napközben gondozásukat, ápolásukat biztosítani tudta volna. Fellazultak a rokoni, baráti

kapcsolatok is, és megváltozott, illetve eltűnt a jószomszédi viszony, jószerivel nem is ismerték egymást a városokban lakótelepen élők.

Egyre sürgetőbbé vált tehát az idősekről való gondoskodás megoldása. Az ebben az időszakban létező egytípusú szociális otthonok nagyon zsúfoltak voltak, a férőhelyek számának bővítésére nem volt lehetőség. Nem lehetett minden idős embert, akinek valamilyen problémája volt ezekbe az otthonokba zsúfolni. Az idős emberek részéről egyre sürgetőbben jelentkeztek a gondozás utáni igények, ezért keresni kellett azokat a gondozási formákat és módszereket, amelyek ezeket az igényeket differenciáltan elégítették ki.

Az idősök részéről jelentkező jogos igények kapcsán a '60-as évek elején indították meg az öregek napközi otthonai modell-kísérletet, a tanyás településeken egyedül maradt öregek érdekében, illetve azoknak az idős embereknek, akiknek életvitelük jobbítására ez megoldást jelentett.

A '70-es '80-as években beigazolódott, hogy az erőltetett mennyiségi fejlesztés eredményeként kialakult idősgondozási nagyrendszerek sok pénzből rossz hatékonysággal működnek. Ez volt az ösztönző arra, hogy 1970-es évek elejétől kialakuljon a házi szociális gondozás, 1975-től a hetes napközi otthonok, majd 1976-tól a szociális étkeztetés.

Több évi kísérleti munka után valósult meg az időskorúak szociális gondozásának egymásra épülő három színtere:

- az öregek napközi otthoni gondozása,
- a házi szociális gondozás,
- az időskorúak szociális otthona.

Ahogy az évszázad a végéhez közeledett és a XXI. század elkezdődött, új globális kihívások jelentek meg a szociális ellátás és jólét területén. A népesség előregedése, a migrációs trendek, valamint a szegénység és a társadalmi kirekesztés tartós problémái világszerte egyre nagyobb nyomást helyeznek a szociális ellátórendszerekre.

Ezek a kihívások innovatív megoldásokat és nemzetközi együttműködést igényelnek a sokszínű globális lakosság sokrétű igényeinek kielégítése érdekében. E kérdések összetettsége

dinamikus és alkalmazkodó megközelítést igényel, amely integrálja a globális szempontokat, miközben figyelembe veszi a helyi igényeket.

## **A XXI. század: új kihívások és paradigmaváltás**

A globális népesség öregedése napjaink egyik legfontosabb társadalmi kihívásává vált.

- **Demográfiai robbanás:** az ENSZ előrejelzése szerint 2050-re a világ népességének több mint 16%-a lesz 65 év feletti.
- **Technológiai megoldások:** a fejlett országokban egyre nagyobb szerepet kap az e-egészségügy, okoseszközök, távfelügyelet, mesterséges intelligencia.
- **Integrált rendszerek:** az egészségügyi és szociális ellátás összekapcsolása kulcskérdéssé vált (integrált care models).
- **Társadalmi szerepek újragondolása:** az aktív idősödés, az élethosszig tartó tanulás és a szenior önkéntesség támogatása előtérbe került.

## **Integrált ellátási modellek**

Az idősellátás egyik legjelentősebb XXI. századi újítása az integrált ellátási modellek (integrated care models) megjelenése és elterjedése. Ezen rendszerek célja, hogy áthidalják a hagyományosan elkülönült egészségügyi és szociális szolgáltatások közötti szakadékot, és koordinált, személyre szabott gondozást nyújtsanak az idős emberek számára.

## **A hagyományos modell problémái**

A legtöbb országban az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat külön intézmények és finanszírozási csatornák kezelik. Ez gyakran azt eredményezi, hogy

- a beteg idősök többszörös, párhuzamos ellátásban részesülnek,
- nincs megfelelő kommunikáció az ellátók között,
- elmarad az egyéni szükségletekhez igazodó gondozási terv,
- magas az újra-kórházi felvétel aránya,

- az ellátás költséges és ineffektív.

### **Az integrált modellek céljai és jellemzői**

Az integrált ellátási rendszerek célja, hogy a gondozási útvonalat összehangoltan, hatékonyan és holisztikus szemléletben alakítsák ki.

Főbb jellemzőik:

- **Multidiszciplináris csapatok:** orvosok, szociális munkások, ápolók, terapeuták közös gondozási tervet készítenek.
- **Egyéni esetkezelés (case management):** minden idős emberhez kijelölnek egy gondozási koordinátort, aki követi és támogatja az ellátás folyamatát.
- **Egységes elektronikus adatkezelés:** az egészségügyi és szociális adatok elérhetőek az összes szolgáltató számára.
- **Otthonközpontú szemlélet:** az ellátás lehetőség szerint az idős ember otthonában történik, az intézményi ellátás csak utolsó megoldás.
- **Preventív megközelítés:** nemcsak a kezelés, hanem a megelőzés is fókuszban van, például rendszeres állapotfelmérések révén.

### **Országpéldák**

- **Hollandia:** az „*Buurtzorg*” (negyedgondozás) modell nemzetközileg elismert. Képzett ápolók kis csapatokban, önállóan szervezik az otthoni ellátást. A modell egyszerre hatékony, emberközpontú és költségtakarékos.
- **Németország:** a *Pflegestützpunkt* (gondozási tanácsadó központ) rendszer egyéni tanácsadást, esetmenedzsmentet és koordinációt nyújt. A hosszú távú gondozási biztosítás (Pflegeversicherung) keretében külön támogatást kapnak az integrált megoldások.
- **Egyesült Királyság:** a „*Better Care Fund*” (BCF) célja az egészségügyi és szociális költségvetések összevonása, hogy a szolgáltatások koordináltan működjenek. A helyi önkormányzatok és az NHS közös projektjeiben gondozási csomagokat biztosítanak.

- **Spanyolország – Baszkföld:** az „*Osakidetza*” rendszerben egyesítették az alapellátást, a kórházi szolgáltatásokat és a szociális gondozást digitális platform segítségével.
- **Ausztrália:** a „*My Aged Care*” rendszer országos szinten koordinálja az idősekhez rendelt ellátásokat, és online platformon keresztül biztosítja az eligazodást, támogatást és esetmenedzsmentet.

### **Kihívások az integráció megvalósításában**

Bár az integrált ellátás előnyei nyilvánvalóak, a bevezetés során több akadály is jelentkezik:

- **intézményi ellenállás** a szektorok közötti együttműködés ellen,
- **finanszírozási nehézségek:** különböző költségvetések összehangolása,
- **munkaerőhiány,** különösen képzett koordinátorokból,
- a **digitális infrastruktúra hiányosságai,**
- **jogi és adatvédelmi problémák** az adatok megosztásánál.

Az integrált ellátási modellek láthatóan új irányt mutatnak az idősellátásban: az egyénre szabott, hatékony és méltóságteljes gondozást helyezik a középpontba. A jövő idősellátása nem intézmény-, hanem személyközpontú, ahol az ellátás nem széttagolt, hanem összehangolt és átlátható.

### **Összegzés**

Az idősellátás története azt mutatja, hogy minden korszak és kultúra a saját gazdasági, társadalmi és erkölcsi keretei között válaszolt az idősek gondozásának kérdésére.

A jövőben az egyensúly megtalálása a formális és informális gondozás, valamint a technológia és emberi kapcsolatok között lesz a legnagyobb kihívás.

## Helyzetkép, adatok

### Otthonápolás az Európai Unióban: Helyzetkép és trendek

#### 1. Demográfiai kihívások és az otthonápolás szerepe

Az Európai Unió lakosságának elöregedése jelentős kihívásokat támaszt a hosszú távú gondozási rendszerekkel szemben. A 2020-as adatok szerint az EU-27 tagállamaiban a hosszú távú gondozásra szoruló személyek száma 30,9 millió volt, amely várhatóan 2050-re eléri a 38,1 milliót. E növekvő igények kielégítésére az otthonápolás kulcsfontosságú megoldást jelent, lehetővé téve az idősek számára, hogy saját otthonukban maradjanak, miközben megfelelő gondozásban részesülnek.

#### 2. Az otthonápolás igénybevételének aránya

Az Eurostat adatai szerint az EU-ban azok közül az idősek közül, akiknek nehézségeik vannak a személyes gondozásban vagy háztartási tevékenységekben, közel 30% veszi igénybe otthonápolási szolgáltatásokat személyes szükségleteik kielégítésére. Ez az arány országonként eltérő, és számos tényezőtől függ, beleértve a szolgáltatások elérhetőségét, a finanszírozási mechanizmusokat és a kulturális attitűdöket.

#### 3. Munkaerő és foglalkoztatás az otthonápolásban

Az otthonápolási szektor jelentős munkaerőigénnyel rendelkezik. 2022-ben az EU-ban körülbelül 6,2 millió ember dolgozott gondozóként, ami az összes foglalkoztatott mintegy 3%-át teszi ki. A gondozók 68%-a az egészségügyi szektorban dolgozik, és a munkavállalók többsége nő. A COVID-19 világjárvány idején a bentlakásos intézmények bezárása miatt a nem bentlakásos ellátásban, tehát például az otthonápolásban, körülbelül 6%-os növekedés volt tapasztalható.

#### 4. Piaci méret és növekedési kilátások

Az otthonápolási szektor Európában jelentős növekedést mutat. 2024-ben az európai otthonápolási piac értéke 123,4 milliárd USD volt, és várhatóan 2025 és 2030 között évi 7,7%-os növekedést fog elérni. Ez a növekedés részben a krónikus betegségek, például a szív- és érrendszeri, valamint a neurológiai rendellenességek előfordulásának növekedésének tudható be, amelyek fokozzák az otthonápolási szolgáltatások iránti keresletet.

## **5. Technológiai innovációk és digitalizáció**

Az otthonápolás területén a technológiai innovációk és a digitalizáció forradalmi változásokat hoztak világszerte, és egyre hangsúlyosabb szerepet kapnak Európában, így Magyarországon is.

Az ACE projekt keretében öt EU-országban végzett workshopok célja az otthonápolási technológiák bevezetésének és alkalmazásának felgyorsítása volt az idősebb felnőttek számára, különösen az Északi-tengeri régióban. Ezek a technológiák magukban foglalják a távegészségügyi szolgáltatásokat, az intelligens otthoni eszközöket és az adatvezérelt gondozási rendszereket.

Az ACE projekt erősíti az északi-tengeri régió otthoni gondozási ökoszisztémáját, összekapcsolva a gondozókat és a vállalatokat, hogy jobb szolgáltatásokkal elősegítse a gondozottak biztonságát és függetlenségét. A hat európai országból (Svédország, Hollandia, Dánia, Belgium, Franciaország és Németország) származó 14 partnerszervezet együttműködése meghatározza és felgyorsítja azon innovatív technológiákat, amelyek az idősök otthoni gondozását támogatják, miközben segítik a gondozókat az új technológiákhoz és az új munkamódszerekhez való alkalmazkodásban is. Az ACE transznacionális és multidiszciplináris konzorciuma azon dolgozik, hogy felkészítse a formális és informális egészségügyi szolgáltatókat a jövő otthoni gondozási megoldásaira. A projekt összekapcsolja a megoldás-szolgáltatókat a hatás eléréséhez elengedhetetlen hálózatokkal, és végső soron biztosítja, hogy ezen megoldások végfelhasználói a lehető leghosszabb ideig függetlenek és egészségesek maradjanak otthonaikban.

Az ACE egy több száz érdekelt félből álló digitális közösséget kezel, több mint harminc, közvetlenül a gondozók igényeit kielégítő innovációt fejleszt, és több mint 150, az

Északi-tenger térségében működő otthoni gondozási szolgáltatót igazít ezekhez az innovációkhoz.

### Magyarországi helyzet

Az otthoni digitális betegmonitorozás (pl. vércukorszint, vérnyomás) még nem része az államilag támogatott otthonápolási csomagnak, de magánszolgáltatóknál megjelenik. Néhány pilot projekt (pl. Semmelweis Egyetem, ÁEEK együttműködések) már tesztelte a digitális megoldásokat. A 2021-ben megszületett Nemzeti Digitalizációs Stratégia 2022 – 2030 előirányozza az otthoni ellátások technológiai megerősítését – de gyakorlati implementáció még hiányos.

### Előnyök

- Folyamatos állapotfigyelés, korai beavatkozás lehetősége.
- Költségcsökkentés: kevesebb szükségtelen kórházi látogatás.
- Betegbiztonság növelése, jobb életminőség.
- Ápolók terheinek csökkentése: adminisztráció automatizálása, valós idejű információhoz jutás.

### Kihívások

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| • Terület                   | Probléma                                       |
| • Infrastruktúra            | Internet- és eszközhiány vidéken               |
| • Finanszírozás             | Állami támogatás hiánya a digitális eszközökre |
| • Digitális írástudás       | Idősek körében alacsony szint                  |
| • Adatvédelem               | Személyes egészségügyi adatok biztonsága       |
| • Rendszerszintű integráció | Digitális platformok hiánya az EESZT-n belül   |

### Jövőbeli irányok

- 1) Digitális ápolási naplók kötelezővé tétele és EESZT-integráció.
- 2) Otthoni telemedicinás szolgáltatások támogatása az alapellátásban.
- 3) Ápolási robotok, például robotizált emelőeszközök és mobil segítők.
- 4) Képzésfejlesztés digitális kompetenciákra: ápolók, hozzátartozók számára.
- 5) Állami pályázatok digitális otthonápolási technológiákra.

## 6. Finanszírozási kihívások és fenntarthatóság

Az otthonápolási szolgáltatások finanszírozása számos EU-tagállamban kihívást jelent. A Caritas Europe jelentése szerint az ellátási szektor alulfinanszírozottsága hozzájárult a szociális ellátórendszer válságához, és túlzott mértékben támaszkodik az alacsony költségű munkaerőre, amelyet gyakran mobilis munkavállalók biztosítanak. A fenntartható finanszírozási modellek kidolgozása elengedhetetlen az otthonápolási szolgáltatások hosszú távú működéséhez.

### Otthonápolás az Európai Unióban: Friss statisztikai kitekintés

#### 1. Az otthonápolás igénybevételének aránya

Az Eurostat 2021-ben publikált adatai szerint az EU-ban az idősek (65 év felettek) közel 30%-a, akiknek nehézségeik vannak a személyes gondozásban vagy háztartási tevékenységekben, igénybe veszi az otthonápolási szolgáltatásokat személyes szükségleteik kielégítésére.

([European Commission](#))

Átfogó EU-s adatok

- Az EU-27 országaiban 65 év felettek 27,3 %-ának volt szüksége tartós ellátásra, ebből 5,8 % kapott otthonápolást 2019-ben ([pmc.ncbi.nlm.nih.gov](#)).

Tagországok közti különbségek (2019)

- Dánia, Belgium, Hollandia: 15–19 % arányú otthonápolási lefedettség a 65 év felettek között.
- Németország, Franciaország, Olaszország, Spanyolország: 3,6–6,2 % közötti kapacitás jellemző.

Tartós gondozási szükséglet és a szolgáltató igénybevétele

- Az EU-27-ben 2019-re a szükséges ellátás 45,4 %-át nem vették igénybe.
  - 35,7 % anyagi okok miatt,
  - 9,7 % szolgáltatás-hiány miatt nem jutott hozzá ([pmc.ncbi.nlm.nih.gov](#)).

Ez azt jelenti, hogy az igény szinte fele maradt kielégítetlen.

Példák fejlett piacokról

- Franciaországban és Belgiumban a 65+ korosztály 15,1%–25,1%-a kap professzionális otthoni gondozást.
- A legmagasabb lefedettség Belgiumban (15,7%), Hollandia (19,1%).

#### Területi, nemi és társadalmi különbségek

- Nők valamivel nagyobb arányban vesznek igénybe otthoni ellátást (29,9% vs. férfi 25,7%).
- Egyedül élők között magasabb az arány (37,2%), mint a családban élők körében (22,4%).
- Városi lakosság kissé nagyobb arányban használ szolgáltatást (29,7%) mint vidéki (26,4%).

#### COVID-19 hatása

- 2020-tól 2021-ig az 50 év felettek körében az otthoni gondozás igénybevétele átlagban 4,9 %-ról 7,2 %-ra nőtt.
- A járvány különösen a nyugat-, dél- és kelet-európai országokban növelte a keresletet.

<b>Mutató</b>	<b>EU-27 átlag</b>	<b>Fejlett piac (BE/NL/FR)</b>	<b>Fejlettebb országok átlaga</b>
65+ korosztályon belüli ellátottak aránya (%)	5,8 %	15–19 %	3,6–6,2 %
Szükséglet vs. ellátottság	45 % igény nem teljesült	–	–
COVID-19-hoz kapcsolódó növekedés	+2,3 p	–	–

#### Következtetések, javaslatok

1. Jelentős szakadék van a tartós gondozásra szorulóknak igénye és a valós igénybevétel között (az EU-ban mintegy fele nem jut hozzá).
2. A nyugat-európai országokban jobb a lefedettség, köszönhetően fejlettebb rendszereknek és finanszírozásnak.
3. Célzott fejlesztésekre van szükség: anyagi támogatás, szolgáltatási kapacitás bővítése, különösen a vidéki, egyedül élő idősök számára.
4. A járvány tanulsága: otthonalapú gondozás kiemelt stratégiai szerepet kapott, amit multi-csatornás megközelítéssel (digitális eszközök + hagyományos ápolás) kell fenntartani.

## **2. Munkaerő és foglalkoztatás az otthonápolásban**

2022-ben az EU-ban körülbelül 6,2 millió ember dolgozott gondozóként, ami az összes foglalkoztatott mintegy 3%-át teszi ki. A gondozók 68%-a az egészségügyi szektorban dolgozik, és a munkavállalók többsége nő (2021-ben az ápolók mindössze 12%-a volt férfi). A gondozók közel kétharmada (65 százalék) 2021-ben elérte az ISCED 3 és 4 képesítési szintet, amely megfelel a felső középfokú végzettség elvégzése után elért iskolai végzettségnek. A foglalkozás képzettségi szintje várhatóan nem változik a 2035-ig tartó időszakban. ([CEDEFOP](#))

## **3. Piaci méret és növekedési kilátások**

Az otthonápolási szektor Európában jelentős növekedést mutat. 2024-ben az európai otthonápolási piac értéke 123,4 milliárd USD volt, és várhatóan 2025 és 2030 között évi 7,7%-os növekedést fog elérni.

A teljes piac hét nagyobb ország között oszlik meg: Németország, Franciaország, Egyesült Királyság, Olaszország, Spanyolország, Oroszország és Európa többi része.

Az idős emberek növekvő számának és a technológiai fejlődésnek köszönhetően az európai otthonápolási piac jelentős fejlődésen ment keresztül az elmúlt évtizedekben. A piac növekedése mögötti döntő tényező az egészségügyi költségek növekedése volt, amely a kórházi ápolás helyett az otthoni ellátás felé tereli az embereket. Az egyes

kormányok otthonápolást támogató kezdeményezései szintén a piac fejlődését szolgálják.

Hátráltatja és lassítja ugyanakkor a piac fejlődését, hogy az otthonápolási eszközökre, a betegek és az otthoni ellátásban dolgozó egészségügyi dolgozók számára csak korlátozott fedezetet nyújtó biztosítások köthetők.

Az európai otthonápolási piac legnagyobbikának Németország számít, őt követi Franciaország és az Egyesült Királyság. Az orosz és kelet-közép-európai országok a következő években nézhetnek komolyabb fejlődés elé.

Az európai piac kulcsszereplői a Holland Philips Healthcare, a német Fresenius SE & Co KGaA, a brit GE Healthcare, a német B. Braun, az amerikai Baxter International, a svájci Roche, a francia Air Liquide, a brit Bupa Home Healthcare Ltd, a szintén brit Healthcare at Home és a német Linde Group.

## Otthonápolás Magyarországon: Statisztikai áttekintés

### 1. Az otthonápolás igénybevételének aránya

Magyarországon 2021-ben a 65 év feletti lakosság 74%-a részesült otthonápolási ellátásban. Ezen belül az otthonápolásban részesülők aránya 5,2% volt, míg az otthoni ápolási szolgáltatásokat igénybe vevők aránya 2,3%.

### 2. Munkaerő és foglalkoztatás az otthonápolásban

Magyarországon a hosszú távú gondozási szektorban dolgozók száma 2021-ben 1,8 fő volt 100 időskorúra vetítve. Az otthonápolásban dolgozók jellemzően közalkalmazotti státuszban vannak, és a munkavégzésük főként a helyi önkormányzatok által szervezett keretek között történik.

### 3. Finanszírozás és fenntarthatóság

Magyarországon a hosszú távú gondozásra fordított kiadások a GDP 0,7%-át tették ki 2021-ben. Ez az arány alacsonyabb az EU-átlagnál, ami kihívásokat jelent a szolgáltatások fenntarthatósága és minősége szempontjából.

([healthsystemsfacts.org](http://healthsystemsfacts.org))

## **Idősek otthonápolási ellátása Magyarországon**

### **1. Demográfiai helyzetkép**

Magyarország társadalma jelentős mértékben elöregszik. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint 2023 elején a lakosság 20,7%-a volt 65 év feletti. Ez az arány az elmúlt évtizedekben folyamatosan növekedett, és várhatóan tovább emelkedik a következő években. Az időskori eltartottsági ráta 1990-ben 20,0% volt, míg 2021-re 31,2%-ra nőtt, ami azt jelenti, hogy ezer aktív korú (15–64 éves) lakosra 312 időskorú jutott. ([KSH](#))

### **2. Otthonápolási szolgáltatások helyzete**

Az otthonápolás Magyarországon elsősorban a házi segítségnyújtás és a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás formájában valósul meg, azonban ezek a szolgáltatások nem minden rászoruló számára elérhetők. A házi segítségnyújtást az idősek mindössze 7%-a veszi igénybe, míg az idősek otthonában élők aránya 3%. Ez azt jelenti, hogy a fennmaradó 90% önmagára vagy családjára van utalva, miközben több mint 31%-uk egyedül él. ([MTAK Repoitórium](#))

### **3. Finanszírozás és erőforrások**

A hosszú távú gondozásra fordított kiadások Magyarországon a GDP 0,7%-át teszik ki, ami alacsonyabb az EU-átlagnál. Az otthonápolási szolgáltatások finanszírozása jellemzően az állami költségvetésből és az önkormányzatok forrásaiból történik, azonban a források korlátozottak, ami hatással van a szolgáltatások minőségére és elérhetőségére.

### **4. Kihívások és problémák**

- **Területi egyenlőtlenségek:** a szolgáltatások elérhetősége jelentős területi különbségeket mutat. Míg egyes településeken az idősek 80%-a számára biztosított az ellátás, máshol ez az arány csupán néhány százalék. ([Academia](#))
- **Információhiány:** sok idős ember nincs tisztában azzal, hogy milyen szolgáltatásokra jogosult, ami akadályozza az ellátások igénybevételét.
- **Munkaerőhiány:** az otthonápolási szektorban dolgozók száma nem elegendő a növekvő igények kielégítésére, ami túlterheltséghez és a szolgáltatások minőségének romlásához vezethet.

### **5. Fejlesztési lehetőségek**

- **Szolgáltatások bővítése:** szükség van az otthonápolási szolgáltatások kapacitásának növelésére, különösen a házi segítségnyújtás és a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás terén.
- **Technológiai innovációk:** a digitális eszközök, például a távfelügyeleti rendszerek és az okoseszközök alkalmazása javíthatja az ellátás hatékonyságát és elérhetőségét.
- **Képzés és munkaerő-fejlesztés:** a gondozók képzése és a szakma vonzóbbá tétele hozzájárulhat a munkaerőhiány csökkentéséhez.
- **Közösségi alapú ellátás:** a helyi közösségek bevonása és a civil szervezetekkel való együttműködés erősítheti az otthonápolási szolgáltatások hálózatát.

## **Otthonápolási szolgáltatások helyzete Magyarországon – elemzés**

### **1. Fogalmi és jogszabályi háttér**

Az otthonápolás célja, hogy a rászoruló, főként idős vagy krónikus beteg emberek a saját otthonukban kapjanak szakszerű egészségügyi, szociális vagy ápolási segítséget, ezzel is megelőzve az intézményi elhelyezés szükségességét.

Az otthonápolás két fő területre bontható Magyarországon:

- Egészségügyi otthonápolás (házi orvosi indikációval, ápolási tevékenységekkel)
- Szociális otthoni ellátás (házi segítségnyújtás, idősek nappali ellátása stb.)

A szociális otthonápolás szabályozása:

- a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény
- a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet

Az egészségügyi otthonápolást az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet szabályozza.

### **2. Szolgáltatásformák és elérhetőség**

### **a) Házi segítségnyújtás**

Ez a szolgáltatás alapvető gondozási, higiénés és háztartási segítségnyújtást jelent azok számára, akik önállóan nem képesek napi feladataik ellátására. Tipikusan ide tartozik a bevásárlás, gyógyszerkiváltás, takarítás, étkeztetés megszervezése, valamint a társas támogatás.

- 2022-ben 1.215 településen volt elérhető házi segítségnyújtás
- Az ellátásban részesülők aránya a 65 év felettek körében: körülbelül 7%

### **b) Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás**

Ez egy 24 órás, diszpécserközponttal működő távfelügyeleti rendszer, amely vészhelyzet esetén gyors segítséget biztosít. Az ellátottak kis készüléket viselnek (karperec vagy nyakba akasztható eszköz), amellyel riasztást adhatnak le.

- 2021-ben több mint 26 000 idős személy vette igénybe ezt a szolgáltatást,
- a lefedettség azonban még mindig korlátozott, főként kisebb falvakban hiányzik.

### **c) Otthoni szakápolás**

- A házi orvos által indikált szolgáltatás, melyet egészségügyi végzettségű szakemberek nyújtanak (pl. sebkötözés, gyógyszerbevitel, mozgássegítés, katétercsere).
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozza 14-56 napos időtartamra.

### **d) Hospice otthoni ellátás**

- Elsősorban végstádiumú betegek számára biztosított.
- Magyarországon országosan elérhető, de az ellátottság egyenetlen.
- A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 2022-ben 8.100 beteget látott el.

## **3. Területi egyenlőtlenségek**

Az ellátások területi eloszlása egyenetlen:

- a közép-magyarországi régióban koncentrálnak a legtöbb szolgáltatók,
- kistelepüléseken sok esetben egyáltalán nem érhető el sem házi segítségnyújtás, sem szakápolás,

- a szolgáltatásnyújtás gyakran önkormányzati kapacitásokhoz kötött, mely jelentős különbségeket eredményez.

#### **4. Finanszírozás**

##### **a) Szociális otthonápolás**

- A finanszírozás főként állami normatív támogatásból történik, amit az önkormányzat egészít ki.
- 2022-ben az otthoni szociális ellátásra fordított kiadások a GDP 0,4%-át tették ki, ami alacsonynak számít az EU-s átlaghoz képest (1,5–2%).

##### **b) Egészségügyi szakápolás**

- Teljes mértékben az állami egészségbiztosítás (NEAK) által finanszírozott, de a szolgáltatások korlátozottan vehetők igénybe (maximum 14-28 napos ciklusokban).
- A magánszolgáltatók térnyerése folyamatos, főként a nagyvárosokban.

#### **5. Munkaerőhelyzet**

- Az otthonápolási szektorban dolgozók jellemzően szakképzett gondozók vagy ápolók, azonban:
  - az átlagéletkor 50 év felett van,
  - a munkaterhelés magas, a bérezés alacsony,
  - 2023-ban mintegy 20%-os munkaerőhiány jellemezte a szektort.
- A képzett munkaerő hiánya különösen a vidéki, hátrányos helyzetű térségekben kritikus.

#### **6. Digitális megoldások és fejlesztési irányok**

Az elmúlt években fokozódott az érdeklődés a digitális otthonápolási megoldások iránt:

- okos jelzőrendszerek
- otthoni egészségmonitorozás (vérnyomás, cukorszint)

- távkonzultációk
- e-recept és online betegút-menedzsment

Az EU által támogatott pilotprojektek (pl. Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - alapellátás fejlesztése című EFOP-1.8.2-17) célja az integrált, személyre szabott otthonápolás modelljének bevezetése, különösen a hátrányos helyzetű régiókban.

## Az idősgondozási rendszerek típusai az EU-ban - a magyar rendszer besorolása

Európa népessége gyorsan öregszik. Az Eurostat adatai szerint 2024-ben az EU-27 népességének több mint 21%-a 65 év feletti volt, és ez az arány 2050-re várhatóan eléri a 30%-ot. Ez súlyos kihívásokat jelent az idősellátási rendszerekre nézve, különösen az egészségügyi és szociális ellátás, valamint a hosszú távú gondozás terén.

### 1. Az idősellátási rendszerek típusai Európában

Az európai országok különböző modelleket alkalmaznak, melyek több tényezőtől függenek, mint például a történelmi fejlődés, társadalmi értékek, gazdasági erőforrások és politikai hagyományok.

#### 1.1 Skandináv modell (pl. Svédország, Dánia, Norvégia)

- **Jellemzők:** állami finanszírozás, univerzális hozzáférés, magas szintű szolgáltatás
- **Szolgáltatások:** otthoni ápolás, idősotthonok, nappali központok
- **Finanszírozás:** adóalapú; az önkormányzatok felelősek az ellátásért
- **Előnyök:** magas minőség, egyenlő hozzáférés
- **Hátrányok:** magas költségek az államnak, munkaerőhiány

#### 1.2 Közép-európai/konzervatív modell (pl. Németország, Ausztria, Franciaország)

- **Jellemzők:** közös felelősség a család és az állam között
- **Szolgáltatások:** pénzübeli támogatások (pl. Pflegegeld), intézményi és otthoni ellátás
- **Finanszírozás:** társadalombiztosítási alapok és családi hozzájárulás
- **Előnyök:** rugalmas rendszer, választási lehetőség
- **Hátrányok:** egyenlőtlenségek az ellátáshoz való hozzáférésben

### 1.3 Déli modell (pl. Olaszország, Spanyolország, Görögország)

- **Jellemzők:** családorientált, az állami szerep korlátozottabb
- **Szolgáltatások:** főként családon belüli gondozás, kisebb arányban formális intézményi ellátás
- **Finanszírozás:** alacsony szintű állami támogatás, nagyarányú magánkiadás
- **Előnyök:** erős családi kapcsolatok
- **Hátrányok:** egyenlőtlen szolgáltatásminőség, nők túlterheltsége gondozási feladatokban

### 1.4 Kelet-európai modell (pl. Magyarország, Lengyelország, Románia)

- **Jellemzők:** állami dominancia, de alacsony finanszírozottság
- **Szolgáltatások:** intézményi dominancia (idősek otthonai), otthoni segítségnyújtás korlátozott
- **Finanszírozás:** állami költségvetés, korlátozott önkormányzati és EU-s források
- **Előnyök:** növekvő szerepe az uniós forrásoknak
- **Hátrányok:** elavult infrastruktúra, szakemberhiány, alacsony bérezés

## 2. Kihívások és problémák

### 2.1 Demográfiai nyomás

- Növekvő igények a gondozási szolgáltatások iránt.
- Idősek arányának gyors emelkedése az aktív korú népességhez képest.

### 2.2 Munkaerőhiány

- Ápolók és gondozók hiánya.

- Alacsony bérezés, magas fluktuáció.
- A gondozói szektor feminizáltsága (túlterhelt női munkaerő).

### **2.3 Finanszírozási feszültségek**

- Növekvő állami kiadások hosszú távon nem fenntarthatóak.
- Magánkiadások növekedése → társadalmi egyenlőtlenségek erősödése.

### **2.4 Területi egyenlőtlenségek**

- Vidéki térségekben rosszabb elérhetőség.
- Intézményhiány és infrastruktúrahiány.

## **3. Jó gyakorlatok Európában**

### **3.1 Hollandia: otthon-alapú ellátás**

- “Buurtzorg” modell: kis, autonóm ápolói csapatok → költséghatékony és személyre szabott ellátás.
- Kevesebb adminisztráció, több idő az ellátottra.

### **3.2 Németország: ápolási biztosítás (Pflegeversicherung)**

- 1995 óta kötelező társadalombiztosítási rendszer.
- Pénzbeli és természetbeni szolgáltatások választhatók.

### **3.3 Skandináv országok: technológiai integráció**

- Otthonmaradást segítő digitális eszközök, távfelügyelet.
- Automatizált gyógyszeradagolók, szenzoros megfigyelés.

## 4. Modernizációs törekvések

### 4.1 Digitalizáció

- E-egészségügy, telemedicina, távfelügyelet.
- AI-alapú kockázatértékelés és döntéstámogatás.

### 4.2 Prevenció és aktív idősor támogatása

- Idősek fizikai és mentális aktivitásának fenntartása (pl. idősklubok, közösségi programok).
- Egészséges öregedés stratégiák az EU-s programokban.

### 4.3 Családbarát munkahelyek

- Gondozói szabadság, részmunkaidő, flexibilis munkarend támogatása.
- Az otthoni gondozók segítése.

Az európai idősellátási rendszerek fejlődése elengedhetetlen a demográfiai változások tükrében. A fenntartható, egyenlő hozzáférést biztosító és innovatív ellátási formák bevezetése kulcsfontosságú. Az állam, a család, a közösség és a technológiai innováció összehangolása lehet az út a méltóságteljes idősor biztosításához.

## Az európai idősellátási rendszerek összehasonlító elemzése – tendenciák, kihívások és jó gyakorlatok

### 1. Bevezetés

Az európai társadalmakban a demográfiai változások egyre sürgetőbb kérdéseket vetnek fel a jóléti rendszerek fenntarthatóságával kapcsolatban. Az egyik legmarkánsabb trend az

időskorúak arányának folyamatos növekedése, amely nem csupán a nyugdíjrendszerekre, de különösen az idősgondozás struktúrájára és finanszírozhatóságára is jelentős nyomást helyez. Az „idősödő társadalom” jelensége már nem csupán a fejlett országok problémája, hanem az Európai Unió egészét érintő strukturális kihívás.

A tanulmány célja, hogy részletesen bemutassa az európai idősellátási rendszerek fő típusait, elemezze azok előnyeit és gyengeségeit, valamint feltárja azokat a jó gyakorlatokat, amelyek más tagállamok számára is irányadóak lehetnek. Külön figyelmet fordítunk Magyarországhoz, és megvizsgáljuk, hogyan illeszkedik a hazai rendszer az európai trendekhez.

## **2. Demográfiai háttér és a társadalmi öregedés folyamata**

Az Európai Unió lakossága egyre inkább elöregedik: a 2024-es Eurostat adatok szerint az EU-27 tagállamaiban az átlagos 65 év feletti lakossági arány elérte a 21,2%-ot, míg 2050-re ez az arány meghaladhatja a 30%-ot (Eurostat, 2024). A legmagasabb arány Olaszországban (24%) és Németországban (23%), míg a legalacsonyabb Írországban (15%) figyelhető meg.

A demográfiai öregedés fő okai közé tartozik a születésszám tartós csökkenése, a várható élettartam növekedése, valamint az egészségügyi ellátás javulása. Ez egyben azt is jelenti, hogy az aktív dolgozók száma egyre kisebb arányban tartja el az időseket – ezt nevezzük az „öregedési index” romlásának.

Az idősellátás szükségessége nemcsak mennyiségi, hanem minőségi szempontból is új kihívásokat támaszt: az idősek többsége minél tovább szeretne önállóan, saját otthonában élni, ugyanakkor egyre többen szenvednek krónikus betegségekben, csökkent mobilitásban, kognitív hanyatlásban. Ez fokozott szociális és egészségügyi támogatást igényel.

## **3. Idősellátási modellek Európában**

Az európai országok különböző történeti, gazdasági és kulturális alapokon nyugvó jóléti rendszerei eltérő módon közelítik meg az idősek gondozását. Esping-Andersen (1990) három típusú jóléti állammodelljét alapul véve négy nagy csoportot különíthetünk el az idősellátás szempontjából:

### **3.1 Skandináv modell**

Jellemző országok: Svédország, Dánia, Norvégia

Főbb jellemzők: az állami szerepvállalás erős, az ellátás univerzális és adófinanszírozású. Az idősellátás szinte teljes mértékben az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. Az idősek számára széleskörű otthoni gondozási és közösségi szolgáltatások elérhetők. Az intézményi ellátást lehetőség szerint későbbre halasztják. A szolgáltatásokat szakmailag képzett gondozók nyújtják, az ellátás színvonala magas.

### **3.2. Közép-európai biztosítási modell**

Jellemző országok: Németország, Ausztria, Franciaország

Főbb jellemzők: az ellátás alapja a kötelező ápolási biztosítás. A német Pflegeversicherung keretében az állampolgárok pénzübeli támogatásban és szolgáltatásban is részesülhetnek. A rendszer kevert típusú: az ellátásért felelős nemcsak az állam, hanem a család és a civil szféra is. Az ellátás finanszírozása a biztosítási járulékokon keresztül történik.

### **3.3. Mediterrán modell**

Jellemző országok: Olaszország, Spanyolország, Portugália

Főbb jellemzők: a gondozás hagyományosan a család feladata, különösen a nők szerepe domináns. Az állami ellátás csak akkor lép be, ha nincs más lehetőség. Az ellátórendszerek szétagoltak, az intézményi ellátás aránya alacsony. Az utóbbi években egyre több kezdeményezés történik a szociális szolgáltatások fejlesztésére (pl. Spanyolországban a Teleasistencia program).

### **3.4. Kelet-közép-európai rendszerek**

Jellemző országok: Magyarország, Lengyelország, Szlovákia, Románia

Főbb jellemzők: a rendszerváltás után kialakult vegyes modellben az állami és önkormányzati ellátások mellett a család továbbra is kulcsszerepet játszik. A finanszírozás alacsony szintű, az ellátások gyakran nem elérhetők minden rászoruló számára. Jellemző az intézményközpontúság és a strukturális lemaradás.

### **3.5. Összehasonlító táblázat**

<b>Modell típusa</b>	<b>Fő országok</b>	<b>Finanszírozás</b>	<b>Fő jellemzők</b>
Skandináv	Svédország, Dánia	Adóalapú	Univerzális, magas színvonal, önkormányzati
Biztosítási	Németország, Franciaország	Ápolási biztosítás	Kiegyensúlyozott, választási lehetőségek
Mediterrán	Olaszország, Spanyolország	Családalapú	Alacsony állami szerep, hagyományos gondozás
Kelet-közép-európai	Magyarország, Lengyelország	Vegyes	Alacsony forrás, intézményközpontúság

#### **4. Finanszírozási mechanizmusok az idősellátásban**

Az idősgondozás fenntartása és fejlesztése jelentős anyagi ráfordítást igényel, amelynek finanszírozása országonként jelentősen eltérő. A költségek forrásai lehetnek: központi állami költségvetés, helyi önkormányzatok, társadalombiztosítási járulékok, magánfinanszírozás, illetve EU-s források.

##### **4.1. Adóalapú finanszírozás**

Jellemző főként a skandináv országokra (Svédország, Dánia), ahol az idősellátás a magas adóbevételeknek köszönhetően széles körben elérhető. Az állam közvetlenül finanszírozza az önkormányzatokon keresztül a gondozási szolgáltatásokat. A rendszer méltányos és kiszámítható, azonban magas állami kiadásokat von maga után.

##### **4.2. Társadalombiztosítási modell**

Németországban 1995 óta működik a kötelező ápolási biztosítás (Pflegeversicherung), amelyet a munkavállalók és munkáltatók közösen finanszíroznak. A biztosítás alapján az ellátott választhat pénzbeli támogatás (amellyel családtagot fizethet), vagy természetbeni szolgáltatás között. Ez a modell rugalmasabb, de nem fedti teljes mértékben az ellátási igényeket.

##### **4.3. Családi hozzájárulás dominanciája**

A mediterrán országokban (Olaszország, Spanyolország) az ellátási költségek nagy része a családokra hárul. Az állam csak korlátozott támogatást nyújt, gyakran célzott juttatások vagy

minimális nyugdíj-kiegészítések formájában. Ez erősíti a családi köteleket, ugyanakkor társadalmi egyenlőtlenségeket generál.

#### **4.4. Magyarországi helyzet**

Magyarországon az idősek szociális ellátása döntően az önkormányzatok hatáskörébe tartozik, az állami normatíva azonban gyakran nem fedezi a valós költségeket. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi alapon egyenetlen, a bentlakásos intézmények finanszírozása komoly kapacitáshiányokkal küzd. A szolgáltatásokra való várakozási idő akár 1–2 év is lehet.

### **5. Munkaerőhelyzet az idősgondozásban**

A szakképzett munkaerő hiánya az egyik legégetőbb problémája az idősellátási ágazatnak Európa-szerte. Az Eurofound (2023) jelentése szerint a gondozók átlagos életkora folyamatosan növekszik, miközben az utánpótlás nehézségekbe ütközik. A pálya alacsony presztízse, a fizikai-érzelmi megterhelés, valamint az alacsony bérek komoly elvándorláshoz vezetnek.

#### **5.1. Bérviszonyok és képzés**

A skandináv országokban a gondozói bérek relatíve magasabbak, és a szakma képzése jól szabályozott. Ezzel szemben Kelet-Európában – különösen Magyarországon és Romániában – a gondozói bér sokszor alig haladja meg a minimálbért. A képzés gyakran elavult tananyagra épül, és nem készít fel megfelelően a demenciával élők vagy mozgáskorlátozottak ellátására.

#### **5.2. Migráns munkaerő**

Ausztriában, Németországban és Olaszországban az otthonápolás jelentős része külföldi – főként közép-kelet-európai – munkavállalókra épül. Az osztrák „24 Stunden Betreuung” modell például lehetővé teszi, hogy a családok heti váltásban alkalmazzanak gondozónőt, jellemzően Szlovákiából, Romániából vagy Magyarországról. Bár ez a rendszer fenntartja az ellátást, de gyakran munkajogi és etikai aggályokat vet fel.

A 24 órás gondozási modell, más néven 24 órás gondozás vagy éjjel-nappali gondozás, az otthoni gondozás olyan formája, amelyben a gondozó állandóan a gondozásra szoruló otthonában él és támogatja őt. Különböző modellek léteznek, mint például a kiküldetési modell, a munkáltatói modell és az önálló vállalkozói modell, amelyek mindegyikének különböző előnyei és hátrányai vannak a költségek, a szervezet és a jogi keretek tekintetében.

24 órás gondozási modellek:

Kiküldetési modell: ebben a modellben a gondozót egy külföldi szolgáltató alkalmazza és Németországba küldi. A szolgáltató a munkáltató, felelős a társadalombiztosítási járulékokért és egyéb jogszabályi kötelezettségeikért.

Munkáltatói modell: itt a gondozót közvetlenül a gondozásra szoruló személy vagy annak hozzátartozói veszik fel, ezért ő a munkáltatója. A német munkaügyi törvények és irányelvek érvényesek.

Egyéni vállalkozó modell: ebben a modellben a gondozásra szoruló független gondozóval köt szerződést. Fontos, hogy a keretfeltételek egyértelműen szabályozottak legyenek, és a gondozó függetlensége biztosított legyen.

A 24 órás gondozás legfontosabb szempontjai:

Élettér: a 24 órás gondozás feltétele, hogy a gondozónak saját lakóterülete (legalább egy szoba) legyen az ápolásra szorulóban.

Költség: a 24 órás gondozás költségei a modelltől és a szolgáltatási körtől függően változnak. A különböző költségstruktúrákról, finanszírozási lehetőségekről fontos előre tájékozódni.

Szolgáltatások: a gondozók ápolási és háztartási feladatokat is vállalnak, mint például a személyi higiénia, az etetés, a mobilitás és a háztartásvezetés támogatása.

Jogi szempontok: a modell kiválasztásakor fontos tájékozódni a jogi keretéről és a vonatkozó feladatokról és felelősségekről.

A 24 órás gondozás előnyei:

- Lehetővé teszi a gondozásra szorulóknak számára, hogy saját otthonukban maradjanak, és magas szintű függetlenséget és életminőséget tartsanak fenn.
- Egyéni és személyes támogatást kínál éjjel-nappal.
- Alternatívát jelenthet az idősotthonok helyett, különösen a családi légkört kedvelők számára.

A 24 órás gondozás hátrányai:

- Néha magasabb költségekkel járhat, mint a járóbeteg-ellátás vagy az idősök otthona.
- Elegendő élettér kialakítását igényli a gondozó számára.
- Kihívásokhoz vezethet a kommunikáció és az együttélés terén.

### **5.3. Digitalizáció és technológiai támogatás**

Az automatizált rendszerek (pl. mozgásérzékelők, gyógyszeradagolók, videokonzultációk) részben enyhíthetik a munkaerőhiányt. Észországban például az e-egészségügy integrált rendszerén keresztül az idősök távoli monitorozása is megoldott. Ugyanakkor a technológiai megoldások nem helyettesíthetik a személyes gondoskodást.

## **6. Jó gyakorlatok és innovációk**

Az egyes országokban számos sikeres kezdeményezés indult az idősellátás fenntarthatóságának javítása érdekében. Ezek az innovációk adaptálhatók lehetnek más országok számára is.

### **6.1. Svédország: önkormányzati gondozási rendszer**

A svéd modell alapja az, hogy minden állampolgár életkortól függetlenül jogosult az állami gondozásra. Az önkormányzatok felelősek az otthoni ellátás megszervezéséért, amelyben szerepel a házi segítségnyújtás, nappali ellátás, étkezés biztosítása, személyi higiéne támogatása. A rendszer méltányos és decentralizált, az igényeket a helyi szinten mérik fel.

### **6.2. Németország: ápolási biztosítás és szabad választás**

A Pflegeversicherung egyik sajátossága, hogy a rászoruló szabadon dönthet arról, hogy pénzbeli juttatást kér (amit akár a hozzátartozó is megkaphat gondozási díjként), vagy intézményi / otthoni szolgáltatást választ. A biztosítás fokozatai szerint az ellátás intenzitása is változik. Ez a rendszer biztosítja a rugalmasságot, ugyanakkor költségoldalón folyamatos nyomás alatt áll.

### **6.3. Hollandia: Buurtzorg-modell**

A Buurtzorg („szomszédsági gondoskodás”) egy alulról építkező nonprofit szervezet, amely kis létszámú, autonóm ápolói csapatokkal dolgozik. A modell lényege az emberközpontúság, a

közösségi beágyazottság, és az adminisztráció minimálisra csökkentése. A Buurtzorg mintapélda lett a világ számos országában.

#### **6.4. Észtország: e-egészségügyi rendszer és digitális szolgáltatások**

Észtországban az idősgondozás egyre inkább támaszkodik az e-egészségügyi infrastruktúrára. Az orvosi konzultációk, gyógyszerfelírás és szociális szolgáltatások digitálisan koordináltak. Az idősek otthonában szenzorok és kamerák figyelik a mozgást, és automatikusan riasztanak rendellenesség esetén.

#### **6.5. Spanyolország: Teleasistencia program**

A Teleasistencia egy olyan vészívó rendszer, amely gombnyomással azonnal értesíti a szolgáltató központot. A rendszer különösen hatékony az egyedül élő idősek esetén, és nemcsak vészhelyzetekben, hanem információs és pszichoszociális támogatásban is segít. A program a helyi önkormányzatokkal és civil szervezetekkel együttműködésben működik.

### **7. Magyarország helyzete az európai kontextusban**

Magyarország idősellátási rendszere több tekintetben strukturális kihívásokkal küzd, különösen a finanszírozás, a szolgáltatások elérhetősége, valamint a humán erőforrás tekintetében.

#### **7.1. Demográfiai helyzet**

A 65 év feletti lakosság aránya 2024-ben meghaladja a 20,5%-ot, a 80 év feletti népesség pedig gyorsan növekszik. A várható élettartam nő, de az egészségben eltöltött évek száma alacsonyabb, mint az EU-átlag (Magyarországon férfiaknál: ~61 év, nőknél: ~64 év).

#### **7.2. Szolgáltatási struktúra**

Az idősgondozás három fő típusa működik:

- Házi segítségnyújtás (önkormányzati fenntartás)
- Idősek klubja (nappali ellátás)
- Bentlakásos otthonok

A legnagyobb problémát a férőhelyhiány jelenti: a várólisták gyakran több hónaposak, egyes megyékben akár 1–2 év is lehet. A szolgáltatások területi eloszlása egyenetlen, a vidéki térségek lemaradtak. A szolgáltatók jelentős része magánfenntartású, a színvonal változó.

### **7.3. Finanszírozás és munkaerő**

A központi költségvetésből kapott normatív támogatás valójában nem fedezi a működés valós költségeit. A dolgozók bérezése elmarad az ágazati átlagtól, miközben jelentős a fluktuáció. Sok gondozó részmunkaidős foglalkoztatásban vagy közfoglalkoztatásban áll.

### **7.4. Jó példák**

Néhány önkormányzat (pl. Székesfehérvár, Pécs) komplex idősügyi programokat működtet, együttműködve civil szervezetekkel és egyházakkal. Egyes bentlakásos intézményekben megjelentek a demens részlegek, valamint bevezettek digitális jelenlétfigyelő rendszereket.

Székesfehérváron létezik egy idősügyi program, melynek célja az idősödésügyi rendszer kiépítése és az aktív idősödéshez kapcsolódó szolgáltatások összekapcsolása. Ez a program a szociális és egyéb helyi jóléti szolgáltatások integrálását célozza egyéni, szervezeti és szektorok közötti szinten. A program a Székesfehérvári Civil Centrum Alapítvány kezdeményezése, és a WellOSyst társadalmi innováció keretében valósul meg.

A WellOSyst modell

Lokális szociális innovációs rendszer kiépítése: együttműködési keretet hoztak létre a társadalmi erőforrások azonosítására és aktiválására, összekapcsolva a politikai, társadalmi és üzleti szereplőket a jólét javítása érdekében. A kísérleti fejlesztés az idősödési kérdésekre összpontosít, az idősügyi politika helyett a közpolitika és a társadalmi párbeszéd témájává téve azt. Létrehoztak egy városi idősödésügyi tanácsadó testületet, és szakértők készítettek az idősödéssel kapcsolatos szakpolitikai ajánlásokat az önkormányzat számára. Meghatározásra került Magyarország első városi Aktív Idősödési Indexe Székesfehérváron.

## **8. Kihívások és jövőbeli trendek**

Az idősellátás jövője több szinten is újragondolást igényel. Az alábbi fő kihívások és trendek azonosíthatók Európa-szerte.

### **8.1. Fenntarthatóság és finanszírozhatóság**

Ahogy nő az ellátásra szoruló idősök száma, úgy válik egyre sürgetőbbé a fenntartható finanszírozás kérdése. Több országban már vizsgálják a magánfinanszírozás és az állami támogatás új egyensúlyát, vagy épp az idősellátás társadalombiztosítási alapú kiterjesztését.

### **8.2. Technológiai fejlesztések**

Az egészségügyi és szociális robotok, távmonitorozási eszközök és mesterséges intelligencia-alapú megoldások terjedése várható. Ezek célja nem a személyes kontaktus kiváltása, hanem a gondozók munkájának kiegészítése.

### **8.3. Demencia kihívása**

A demencia előfordulása drámaian nő: az Alzheimer Europe előrejelzése szerint 2050-re megduplázódik az érintettek száma. Ez speciális intézményi és otthoni ellátási formákat, valamint célzott szakképzést igényel.

Az Alzheimer Europe 36 európai ország 41 nemzeti Alzheimer-egyesületének ernyőszervezete. Küldetésük a szemlélet, a politika és a gyakorlat megváltoztatása a demenciában szenvedők életének javítása érdekében. Nonprofit, nem kormányzati szervezetként (NGO) működik, és küldetését úgy éri el, hogy hangot ad a demenciában szenvedőknek és gondozóiknak, európai prioritássá teszi a demenciát, megváltoztatja a szemléletet és küzd a stigma ellen, felhívja a figyelmet az agy egészségére és megelőzésére, megerősíti az európai demencia mozgalmat és támogatja a demenciával kapcsolatos kutatásokat. (<https://www.alzheimer-europe.org/>)

### **8.4. Integrált ellátás**

Egyre több országban igyekeznek összehangolni az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat, hogy a gondozás ne szakadjon meg, ha az ellátott állapota változik. Az integrált ellátás elősegíti a költséghatékonyságot és a betegközpontúságot.

### **8.5. Közösségi alapú megoldások**

A közösségi szövetkezetek, civil önkéntes programok (pl. időbankok), szomszédsági szolgáltatások újra felértékelődnek. Ezek kiegészítik a formális ellátást, erősítik a társadalmi kohéziót.

## 9. Következtetések és szakpolitikai ajánlások

A fentiek alapján az alábbi fő következtetések vonhatók le:

- **Az európai országok idős gondozási rendszerei jelentős különbségeket mutatnak,** azonban közös kihívásokkal néznek szembe, mint a demográfiai öregedés, finanszírozási nyomás és a munkaerőhiány.
- **A skandináv országok példája** alapján a decentralizált, helyi szinten szabályozott és jól finanszírozott rendszerek működőképesek.
- **A biztosítási alapú modellek** nagyobb választási szabadságot adnak az ellátottaknak, de költségoldalán sérülékenyek.
- **Magyarország számára elsődleges** az ellátások területi egyenlőtlenségének csökkentése, a munkaerő megbecsülése, valamint az innovatív megoldások (pl. digitális gondozás) bevezetése.

### Ajánlás:

1. Átfogó idősügyi stratégia kidolgozása integrált szociális és egészségügyi ellátással.
2. Gondozók szakmai és anyagi megbecsülésének javítása.
3. Technológiai fejlesztések ösztönzése a digitális szakadék figyelembevételével.
4. A családok támogatásának növelése rugalmas szabadságok és pénzügyi ösztönzők révén.
5. Nemzetközi jó gyakorlatok adaptálása és helyi igényekhez való igazítása.

## 10. Mellékletek

### Melléklet 1: Idősek aránya az EU-tagállamokban (%)

Ország	65+ arány (2024)	65+ előrejelzés (2050)
Olaszország	24,1%	34,2%

<b>Ország</b>	<b>65+ arány (2024)</b>	<b>65+ előrejelzés (2050)</b>
Németország	23,4%	32,9%
Franciaország	21,5%	30,1%
Magyarország	20,5%	31,8%
Svédország	20,1%	28,7%
Észtország	19,4%	30,4%

### **Melléklet 2: Ellátási típusok megoszlása**

<b>Ország</b>	<b>Otthoni ellátás</b>	<b>Intézményi ellátás</b>	<b>Digitális támogatás</b>
Svédország	70%	20%	10%
Németország	50%	30%	20%
Magyarország	45%	50%	5%
Észtország	40%	35%	25%
Olaszország	30%	15%	10% (regiónként eltérő)

## Irodalomjegyzék

"Idősödés, idősellátás Magyarországon, 2019" tanulmány ([Academia](#))

Alber, J., & Köhler, U. (2018). Health and Long-Term Care Services for the Elderly in Europe. European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Alzheimer Europe. (2023). *Dementia in Europe Yearbook 2023*. Retrieved from <https://www.alzheimer-europe.org>

Caritas Europe. (2023). *Growing old with dignity: The challenges of long-term care in Europe*.

Cedefop. (2023). *Care workers: skills opportunities and challenges (2023 update)*.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Eurofound. (2023). *Long-term care workforce in Europe: Challenges and solutions*. Retrieved from <https://www.eurofound.europa.eu>

European Commission. (2021). Green Paper on Ageing.

European Commission. (2021). Green Paper on Ageing. Retrieved from <https://ec.europa.eu>

European Commission. (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Publications Office of the EU.

European Social Network. (2024). *Uncovering Homecare needs and challenges across Europe*.

Eurostat. (2023). *Disability statistics - elderly needs for help or assistance*.

Eurostat. (2024). *Ageing Europe – statistics on population developments*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat>

Eurostat. (2024). Population structure and ageing. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat>

Gál, R. I. (2022). Az idősödés gazdasági hatásai Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*

Grand View Research. (2024). *Europe Home Care Market Size, Share | Industry Report 2030*.

Kiss László (2021): *Az idősellátás kihívásai Magyarországon* – In: Egészségügyi Szemle

Központi Statisztikai Hivatal (KSH) – [www.ksh.hu](http://www.ksh.hu)

Magyar Hospice-Palliatív Egyesület

Market Data Forecast. (2023). *Europe Home Healthcare Market Size, Share & Growth, 2033*.

NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatai

OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OECD. (2023). Health at a Glance: Europe. OECD Publishing.

Széman, Zs. (2020). *Az idősellátás kihívásai Kelet-Közép-Európában*. Szociálpolitikai Szemle

Szociális Ágazati Portál – [szocialisportal.hu](http://szocialisportal.hu)

Vajda Kinga (2022): *A magyarországi idősek nappali ellátásának helyzete - Igények és lehetőségek a szolgáltatás szervezésében*

WHO Europe (2022): *Long-term care report*

WHO. (2020). *Decade of Healthy Ageing: 2020–2030*.

World Bank. (2022). *Global Monitoring Report on Social Protection*.