

Dögei Ilona – Kostyál László Árpád – Udvari Andrea

Idősellátás és gondozási szükséglet-vizsgálat néhány európai országban II.

A tanulmány az idősök által Magyarországon, valamint további négy európai országban: Angliában, Franciaországban, Németországban és Ausztriában igénybe vehető szolgáltatókat, illetve a szolgáltatókhoz való hozzáféréshez szükséges gondozási szükségletvizsgálatok folyamatát bemutató összegző tanulmány második része. A 2010 végén elkészült írást terjedelmi okok miatt két részben közöljük. A Kapocs 2011 márciusi számában a magyarországi idősellátás vázlatos bemutatása mellett rövid leírást adtunk a házi segítségnyújtás és az idősofthoni szolgáltatásokhoz való hozzájutásnál alkalmazott gondozási szükségletvizsgálat (GSZV) aktuális folyamatáról, majd a négy európai ország közül Anglia és Franciaország idősellátási rendszerének jelenlegi helyzetéről és az ehhez kapcsolódó gondozási szükségletvizsgálatokról számoltunk be. A most közreadott írásban a Németországban és Ausztriában működő szolgáltatókról adunk képet, lezárásképpen pedig összevetjük a vizsgált országok idősellátási rendszereit, kimutatva azok hasonlóságait és különbségeit.

Az alábbiakban sorra vesszük, milyen rendszerben működik a németországi és ausztriai idősellátás, mik a prioritások, mi az egyes szolgáltatások tartalma, és milyen előzetes vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy az idős emberek a megfelelő szolgáltatást igénybe vehessék.

A vizsgálatba bevont országokról magyar nyelven meglehetősen kevés aktuális, a jelenlegi idősellátási szolgáltatásokat, az igénybevételükhöz szükséges eljárási módszert ismertető szakirodalom található. Így az egyes országok bemutatásához az adott ország különböző kormányzati, minisztériumi portáljairól, intézményi, szolgáltatói, civil, egyházi, nonprofit szervezeteinek honlapjairól gyűjtött anyagait, dokumentumait, illetve az adott nyelven nyomtatott vagy elektronikus formában megjelent szakirodalmakat (hatályos törvényszöveg, jogszabály, kiadvány stb.) használtuk fel.

Az idegen nyelvű szakszövegek fordításánál akadtak terminológiai, fordítási nehézségeink. Az egyes országokban a különböző szolgáltatástípusok terminusainak magyarra történő átültetését illetően döntenünk kellett, hogy megközelítőleg hűek maradjunk az adott ország szolgáltatásainak megnevezéséhez, felhívva ezzel az olvasó figyelmét az ottani rendszer – a magyartól eltérő – specifikumaira, vagy inkább a magyar szolgáltatási rendszerben hasonló tevékenységet végző szolgáltató-

sok elnevezését használjuk. Mivel ez utóbbi eljárás elfedte volna más országok szolgáltatási rendszerének sajátosságait, mi inkább az előbbi megoldást választottuk. Az összefoglalásban külön hangsúlyt kap a párhuzamok és eltérések bemutatása, valamennyi vizsgált ország tekintetében.

Idősellátás és gondozási szükségletvizsgálat Ausztriában¹

A tartós gondozási ellátás rendszere

Ausztriában 1993. július 1-jén léptették életbe² a főként időseket érintő gondozási ellátások átfogó, egységes rendszerét,³ amelynek alapját az úgynevezett „ápolási járadék” (Pflegegeld),^{4,5} illetve a járadék kiszámításához kidolgozott gondozási szükséglet-kategóriák képezik. Az ápolási járadékról szóló törvény (Bundespflegegeldgesetz) alapvető változásokat hozott, és szövetségi szinten egységesítette az addig igényelhető pénzbeli, természetbeni 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 szüksége 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 nagy létszámú bentlakásos intézmények helyett az ambuláns, mobil szolgáltatásokat, napi ellátásokat preferálják támogatásokkal, szabályozással. A juttatás lehetővé teszi, hogy a rászorulóknak 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.

A szereplők együttműködése

Ausztria parlamentáris szövetségi köztársaság, az országos törvényhozó hatalom a szövetségi parlament, azaz a Szövetségi Gyűlés (Bundesversammlung).⁶ Az országot kilenc föderális szövetségi tartomány⁷ (Bundesland) alkotja. A tartományokat a tartományi kormányok igazgatják (Landesregierung), amelyeket a helyi törvényhozó testületek, a tartományi parlamentek (Landtag) választanak.

Ausztriában a szövetségi kormány és a tartományi kormányok között a szabályozási, döntéshozatali és ellátási kompetenciákat tekintve feladatmegosztás van. A szociális törvényhozást is központi és decentralizált elemek keveréke jellemzi a szubszidiaritás elveit előtérbe helyezve. 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 önszervezés, a szubszidiaritás elveit figyelembe véve, s a tartományok „szociális segélyezéséről” (Sozialhilfe) rendelkező törvényei szabályozzák. Azonban a törvényi szabályozásban és törvényi keretekben jelentősek a különbségek a tartományok között, így a kilenc tartományban elviekben hasonló, mégis kilenc különböző jogi szabályozás van érvényben (míg pl. Steiermark külön törvényt alkotott az ápolóotthonokról, addig Karintiában, valamint Burgenlandban különálló törvényben szabályozzák az otthoni segítségnyújtást, illetve az idősok számára otthont (bentlakást) nyújtó ellátásokat (Szrimác é. n.).

A szabályozáson kívül a szociális szolgáltatások (soziale Dienste)⁸ közül az idősok által igénybe vehető 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),⁹ amelyek alkalmasak azon feladatok ellátására, melyeket az egyes tartományok szociális terve, minimumfeltétel-szabályozása, minőségbiztosítási rendszere határoz meg (Szrimác é. n.). A különböző fenntartású intézmények között azonban finanszírozási, szabályozási, ellenőrzési szempontból nincs megkülönböztetés. A tartományi törvények olyan minimumszinteket írnak elő, amelyeknek minden szolgáltató

meg kell hogy feleljen, 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 segélyezés¹⁰ (Sozialhilfe) 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, Vorarlberg) „szociális kerületeken” (Sozialsprenkel) keresztül koordinálják a szolgáltatásokat. A koordináció az igények felmérése mellett kiterjed a lefedettség biztosítására, az egyes szolgáltatók költségeinek és teljesítményének összehasonlítására, a szolgáltatásokért elkérhető maximált összegek meghatározására is.

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 díjkiegészítésig sok változat megtalálható.

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. A mobil vagy ambuláns szolgáltatások díjai, illetve az ügyfelek hozzájárulásának mértéke jelentősen szóródnak a tartományok között.

A bentlakásos intézmények finanszírozására, az intézményi szolgáltatások díjszabására speci-

ális szabályok vonatkoznak. Bentlakásos elhelyezés esetén a maximálisan kérhető intézményi térítési díjat a tartományokon belül a szociális hivatal alapítja 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 intézményi gondozásban részesülők az ápolási járadékot, valamint nyugdíjuk¹¹ 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 járadék, illetve a nyugdíj 80%-ának összege, a hiányzó részt vagy a gondozott, vagy az ellátásra kötelezett egyenlíti ki magánforrásból. Ha az ápolási járadék, valamint az egyéni hozzájárulás együttese sem fedezi a bentlakásos szolgáltatás díjait (például alacsony nyugdíj, hozzátartozói jövedelem vagy magas ápolási szükséglet esetén) a különbözetet szociális alapon, jövedelem- és vagyonvizsgálatot követően az egyes tartományi szociális hivatalok térítik meg.¹²

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 (Pflegestufe) szerint alakul. A gondozásra szoruló idős emberek több formában vehetnek igénybe gondozási-ápolási szolgáltatásokat.

Otthon nyújtott szolgáltatások

Otthoni gondozás-ápolás (häusliche Pflegehilfe) ♦ Az otthoni gondozás-ápolás Ausztriában a gondozómunka megszokott és bevált formája. Így az esetek



legnagyobb részében az idős embert saját otthonában családjának egy tagja (családon belül leginkább a nők) gondozza, ápolja mindaddig, amíg az idős ember állapota ezt lehetővé teszi, illetve az ápolás nem igényel különösebb szakismeretet.

Házi segítségnyújtás (Heimhilfe) ♦ A mindennapi teendők ellátásában biztosít segítséget, célja az „alapvető fizikai jóllét” megőrzésének támogatása, a társadalmi, szociális szükségletek kielégítése, javítása.

Idősgondozás (Altenhilfe/Pflegehilfe) ♦ Olyan széles körű, 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 elkészíté-

sében. 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.

Ételszállítás (Essen auf Rädern) ♦ Meleg étel házhozszállítása esetenként vagy folyamatosan azoknak az ellátást igénylőknek, akik nem tudják biztosítani maguknak a napi egyszeri meleg ebédet. Több menüből lehet választani (normál étrend, diabetikus stb.).

Látogató szolgáltatás (Besuchsdienst) ♦ Meghatározott időközönként – többnyire önkéntesek – meglátogatják az idős embereket. Célja a társadalmi kapcsolatok ápolása, az elmagányosodás megakadályozása (a látogató szolgáltatást az önkéntesek, a tartományi szociális hivatal által meghatározott szakmai útmutató alapján végzik).

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás (Rufhilfe) ♦ Egy erre a célra kialakított jelzőkészülék (csuklópánt) segítségével fizikai sérülés, rosszullét esetén a szolgáltatást igénybe vevők éjjel-nappal segítséget kérhetnek.

Szomszédsági felügyelet, szomszédok közti segítő együttműködés (Organisierte Nachbarschaftshilfe) ♦ Szervezett, jogszabályilag és szakmailag szabott keretek között a szomszédok felügyelik, segítik az idős rászorulókat, együttműködve más szakemberekkel.

Mobil fizioterápiás szolgáltatások (Mobile Therapeutische Dienste) ♦ Mobil rehabilitációs fizioterápiás, valamint logopédiai foglalkozás az idős emberek otthonában azzal a céllal, hogy biztosítani lehessen a függetlenséget, az életminőség fenntartását, illetve javítását/a jó életminőség helyreállítását.

Tanácsadás hozzátartozóknak (Angehörigenberatung) ♦ A szolgáltatás különböző tanácsokkal, oktatással, illetve információnyújtással segíti az otthoni ápolást végző hozzátartozókat, magánszemélyeket.

Ápolási segédeszközök kölcsönzése (Verleih von Pflegebehelfen) ♦ Tartományi szinten lehetőség van az ápolási segédeszközök kölcsönzésére.

Mosoda (Wäschepflegedienst) ♦ Mosodai szolgáltatásokat kínálnak azok számára, akik betegségük, koruk vagy fogyatékoság miatt saját maguk nem tudnak gondoskodni a tiszta ruházatról. A szolgáltatás részét képezi a ruhák begyűjtése, mosása, vasalása, ha szükséges, a javítása.

Takarítószolgálat (Reinigungsdienst) ♦ Ablakok, ajtók, bútorok, padló takarítása azoknál a rászorulóknál, akik betegségük, koruk vagy fogyatékoságuk miatt maguk nem képesek elvégezni ezeket a feladatokat.

Javítószolgálat (Reparaturdienst) ♦ A szolgáltatás a háztartás, illetve a ház körüli kisebb, kézzel végezhető munkák, javítások, szerelések elvégzésére terjed ki.

Utazással kapcsolatos szolgáltatások (Fahrendienste) ♦ Tartományonként eltérő, különböző utazási szolgáltatásokkal kapcsolatos kedvezmények igénybevételi lehetősége, tömegközlekedési díjak csökkentése a rászorulókat részére.

Hospice ellátás (Sterbebegleitung und Mobile Hospizbetreuung) ♦ Az életük utolsó szakaszában lévő

betegeket szolgálja. A gondoskodás a beteg testi, lelki, szociális és spirituális igényeire, valamint a hozzátartozók segítésére terjed ki, mind a betegség fennállása, mind a gyász ideje alatt. A szolgáltatást mind otthoni környezetben, mind fekvőbeteg-létesítményekben igénybe lehet venni.

A felsorolt szolgáltatások azt segítik elő, hogy az idős ember minél hosszabb ideig saját otthonában maradhasson, így az idős és beteg emberek ellátása a családon belül történhet, a szolgáltatásokat viszik házhoz. Általában családtag, legtöbbször a család egy női tagja látja el az idős rászorulókat. A rendszer igyekszik az otthoni környezetben gondozást vállaló családtagok helyzetét megkönnyíteni különféle szolgáltatásokkal, ide tartozik például a telefonos és személyes segítő-tanácsadó szolgálatok megszervezése (pl. pszichoszociális szolgálat, Psychosozialer Dienst), az átmeneti gondozás (a gondozó családtag „szabadsága” esetén). Amennyiben a laikus gondozó (családtag, szomszéd, ismerős) a gondozást valamilyen okból nem tudja teljes körűen ellátni, akkor igénybe lehet venni a fent említett szolgáltatásokat, időkorlátozás nélkül. A gondozott döntheti el, hogy milyen szolgáltatást milyen rendszerességgel, mennyi ideig kíván igénybe venni („megvásárolja a piacon” a gondozási-ápolási szolgáltatást). Az otthoni gondozás-ápoláson, valamint a mobil szolgáltatásokon kívül igénybe vehetők napközbeni, illetve bentlakásos intézményi formában működtetett szolgáltatások.

Intézményekben nyújtott szolgáltatások

Részdíj gondozás (Teilstationäre Pflege) ♦ A napközbeni gondozás kiegészítő, átmeneti segítségnyújtási forma. A gondozás-ápolás klasszikus formája az idős napközi otthona, ahol igénybe vehetők a napközbeni gondozási formák. Ausztriában a napközi otthonok mellett általában egyes bentlakásos időotthonokban, 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 benttartózkodásra. Ezek az ellátási formák nem teszik végérvényessé a bentlakásos intézményben való tartózkodást, de tehermentesítik a privát gondozói környezetet.

Bentlakásos ellátások

Többgenerációs ház (Mehr-Generationen-Wohnen) ♦ 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 idősek vállalják a gyermekfelügyeletet, a fiatalabb generáció a demens idősek gondozását, stb.

*Hosszú távú gondozás (Langzeitpflege)*¹³ ♦ A bentlakásos ellátás célja a tartósan gondozásra szoruló emberek saját lakókörnyezetén kívüli, intézményi gondozása. Ausztriában a bentlakásos intézményeket jellemzően azok az idősek 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.

Időotthon (Seniorenwohngemeinschaften) ♦ Az időotthonokban 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 időotthonok az alapellátás és az alapápolás mellett különféle kezeléseket is kínálnak, s az ápolás területén a kórházéhoz hasonlóan van kialakítva az infrastruktúrájuk.

Időotthon, ahol háziállatokat is lehet tartani (Wohnen mit Haustieren) ♦ Hagyományos bentlakásos otthon, ahová a gondozottak magukkal vihetik a háziállataikat is.¹⁴

Nyugdíjasotthon (Seniorenresidenzen) ♦ A bentlakásos otthonok különleges formája, mely extra kénytelt és első osztályú ellátást biztosít. A térítési díj ennek megfelelően magasabb.

Gerontopszichiátriai otthonok (Gerontopsychiatrische Heime) ♦ Súlyos pszichés betegséggel élő idősek otthona, ahol a rászorulóknak állapotuknak megfelelő gondozásban részesülnek.

Fekvőbeteg-ellátást, orvosi ápolást nyújtó otthonok ♦ Ide tartoznak azok az időotthonok, amelyekben kórházi fekvőbeteg-ellátást is nyújtanak, illetve maguk a geriátriai centrumok (Geriatrizentren).

1. táblázat

A fizikai rászorultság mértéke alapján, a gondozásra-ápolásra fordított idő szerint kialakított kategóriák

Kategória	Gondozásra-ápolásra fordított idő (óra/hó)	€/hó 2009
I.	> 50	154,20 €
II.	> 75	284,30 €
III.	>120	442,90 €
IV.	>160	664,30 €
V.	>180, speciális ápolási feladatok is vannak	902,30 €
VI.	>180, állandó felügyeletet igényel	1242,00 €
VII.	180, mozgásképtelen, ágyhoz kötött	1 665,80 €

Forrás: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do

Azoknak az idős embereknek nyújtják a szolgáltatásait, akiknek gondozási igénye otthoni ápolással vagy hagyományos ápolási otthonokban már nem elégíthető ki. A geriátriai centrumokban éjjel-nappal ápolási és orvosi ellátásban részesülnek a rászoruló, egy- vagy többágyas szobákban.

Ausztriában a bentlakásos ellátás területén ma a többfokozatú intézményeket részesítik előnyben, ilyenek például az ápolási részleggel is rendelkező idősothtonok.

A felsorolt ellátási 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.

A gondozási-ápolási szükségletvizsgálat

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés alapja

Ausztriában az idős emberek a szolgáltatások igénybevételehez az osztrák államtól a már említett ápolási járadék formájában kapnak pénzbeli kiegészítést, segítséget.

Az ápolási járadékot túlnyomórészt a központi költségvetésből, adóbevételekből, kisebb részben a tartományok bevételeiből finanszírozzák.

Az ápolási járadék a rendszer alapeleme, univerzálisan,¹⁵ állampolgári jogon mindenki megkapja, aki gondozásra-ápolásra szorul, függetlenül vagyoni helyzetétől, életkorától vagy bármilyen biztosított jogviszonyától. Az ápolási járadékra való jogosultsághoz állandó belföldi tartózkodás, valamint a hosszú távú gondozási-ápolási szükséglet megállapítása szükséges. A járadék összege (Bundespflegegeld) a gondozási-ápolási besorolástól függ, amely a törvényben meghatározott I-VII. kategória szerint történik, kizárólag a fizikai szükségletvizsgálat szerint, a gondozásra-ápolásra fordított idő függvényében. Ahogy az 1. számú táblázatban látható, az első fokozatba azok tartoznak, akik legalább hat hónapig minimum havi 50 óras gondozást-ápolást igényelnek, a hetedik fokozatba tartozók esetében ez már minimum havi 180 óra. Mindegyik besorolási szinthez egy-egy meghatározott összeg jár, az összeg mértékét minden évben az állami költségvetési vita során a pénzügyi minisztérium vezetője határozza meg. (1. táblázat)

Az egyes gondozási-ápolási tevékenységek normaidejének meghatározása a gondozásra-ápolásra fordított idő alapján történik.¹⁶ A tevékenységek napi normaideje törvényben rögzített (példák találhatóak az alábbi táblázatban). A besorolási szintnek megfelelő ápolási járadékot abban az esetben, ha önálló

2. táblázat

Gondozásra-ápolásra fordított idő

Gondozási-ápolási tevékenység	Ráfördített idő
Öltöztetés	2 x 20 perc
Mosdatás	4 x 10 perc
Tisztába tétel	4 x 5 perc
Gyógyszerbeadás	6 perc
Anus prae gondozás	15 perc
Kanül gondozása	10 perc
Katéter gondozása	10 perc
Mobilizálás	30 perc
Napi tisztálkodás	2 x 25 perc
Étel elkészítése	1 óra
Etetés	1 óra
Mellékhelyiség használat	4 x 15 perc

Forrás: www.szocialisklaszter.hu

életvitel folytatására képesek, a gondozottak maguk kapják meg – többnyire az egyéb járadékokat, nyugdíjat folyósító hivataloktól. Az ápolási járadék és a nyugdíj egyidejűleg, a legtöbb esetben havonta kerül kifizetésre. Ebből „vásárolhatnak” maguknak szolgáltatást: például a mobil/házi gondozó-ápoló szolgáltatóktól. Ha intézményi ellátást vesz igénybe a rászoruló (ezt csak a III. ápolási kategória felett tartják indokoltnak), az intézményi térítési díj része lesz az ápolási járadék is. (2. táblázat)

A gondozási-ápolási szükségletvizsgálat folyamata

Az ápolási járadék igényléséhez úgynevezett ápolási-gondozási besorolást megállapító vizsgálatot kell kérvényezni. A következő szereplők kezdeményezhetik a vizsgálatot:

- a gondozásra szoruló személy,
- az ápolási járadékban részesülő személy (felülvizsgálat),
- a gondozásra szoruló személy közvetlen rokon-ságban lévő családtagja vagy
- egy háztartásban élő hozzátartozója,
- amennyiben az igénybevevő idősok otthonában él, és a költségek egy részét szociális segély fedezi, úgy a szociális segélyt folyósító intézmény (Sozialhilfeträger),
- amennyiben munkahelyi baleset, illetve a munkahelyen kialakult egészségügyi károsodás következménye az ápolásra/gondozásra szorulás, a biztosító kezdeményezi/indítványozza a folyamatot.

A kérvényezőnek egy adatlapot kitöltve, azt aláírva az illetékes hivatalhoz vagy az önkormányzathoz¹⁷ kell elküldenie kérelmét. Nyugdíjellátásban (Rente, Pension) részesülők a kérvényüket az illetékes biztosítóhoz nyújthatják be, ez egyezik a nyugdíj-folyósítóval.

Az ápolási járadékot igénylő személyt saját otthonában, előzetes egyeztetést követően egy független, hatósági orvos¹⁸ (véleményező, szakértő) keresi fel. Az orvos az úgynevezett „tartományi ápolási járadék törvényben” (Landespflegegeld-gesetz) meghatározott szabályok, kritériumok szerint végzi el az állapotvizsgálatot. A vizsgálat után kitölti az adatlapokat, megállapítja a gondozási-ápolási szükségletet.

Az orvosi szakértői vélemény alapján – ha a gondozásra-ápolásra fordított idő meghaladja a

havi 50 órát, és az igénylő állapota tartósan, várhatóan legalább 6 hónapig fennáll –, dönt az illetékes szociális hivatal¹⁹ a besorolási szintről,²⁰ illetve az ápolási járadék összegéről (1. táblázat), amelyet határozatba foglal. A megítélt összeget a kérvényezést követő hónapban kezdik utalni. Az ápolási járadék folyósítása a jogosult személy halálával automatikusan véget ér (az adott havi összeget a halál napjáig fizetik). Kórházi tartózkodás ideje alatt szüneteltetik a járadék folyósítását.

Abban az esetben, ha a gondozott vagy a gondozottat képviselő személy²¹ nem ért egyet a szakértői véleménnyel, illetve a megítélt díj összegével, három hónapon belül írásban fellebbezhet a helyi munkaügyi vagy szociális, illetve a kerületi/megyei bíróságnál.

A fellebbezésnek tartalmaznia kell a részletes eseteleírást, a szakértői véleményt és az elutasító nyilatkozat egy példányát. Amennyiben indokolt a fellebbezés, a bíróság egy újabb időpontot jelöl meg a kivizsgáláshoz, tárgyaláshoz. Abban az esetben, ha a fellebbezést benyújtó nem elégedett a döntéssel, először a tartományi legfelső bírósághoz, majd az országos legfelső bírósághoz fordulhat.

Az gondozási-ápolási besorolást szolgáló vizsgálatot évente megismételhetik, állapotromlás esetén pedig a gondozott vagy képviselője, illetve a gondozási intézmény vezetője kérésére is elvégzik.

Idősellátás és gondozási-ápolási szükségletvizsgálat Németországban²²

Németországban a kilencvenes évek közepén a gondozásra-ápolásra szorulókat ellátásának finanszírozására, a rászorulókat szociális biztonságának megerősítésére létrehozták a kötelező ápolásbiztosítás (Pflegeversicherung) rendszerét a kötelező betegségbiztosítás (Die Gesetzliche Krankenversicherung) mellett.

1995 elején lépett érvénybe a gondozási-ápolási rászorultságról szóló ápolásbiztosítási törvény,²³ amelyben a hosszú távon (hat hónapot meghaladó) gondozásra szorulókat ellátásának megoldását biztosították. A törvény előírta a házi gondozás szolgáltatásait csakúgy, mint a „gondozó állomásokat”.²⁴ Az ápolásbiztosítási rendszer célja az volt, hogy az érintettek (kortól függetlenül) gondozási-ápolási szükségleteik kielégítésére, ellátására igénybe vehessenek ápolási, gondozási szol-

gátlásokat (legyen az ambuláns vagy fekvőbeteg-ellátás) oly módon, hogy a szolgáltatások igénybevétele ne növelje a gondozásra szorulóknak szegénységi kockázatát. Fontos célja volt a törvényalkotóknak, hogy az idősek, gondozásra-ápolásra szorulóknak otthonukban is hozzáférjenek szolgáltatásokhoz, valamint, hogy megkapják a szükséges segítséget az önálló élethez.

A német szövetségi kormány 2008-ban jelentős, átfogó reformot hajtott végre az idősgondozás területén. A reformintézkedések egyik fő célja volt, hogy a rászorulóknak, ameddig csak lehetséges, a választásuk szerinti helyen – elsősorban otthonukban – vehessék igénybe az gondozási-ápolási szolgáltatásokat, valamint a gondozottak és az őket segítő hozzátartozók megtalálják azokat a kompetens személyeket, akik a gondozás-ápolás megszervezésében, megkönnyítésében segítségükre lehetnek.²⁵ A rendszer optimalizálása érdekében a gondozás-ápolás terén nagyobb hangsúlyt kívántak fektetni az ambuláns²⁶ ellátásokra is. Ennek érdekében növelték a nappali ellátás kapacitását, valamint előtérbe helyeztek és támogattak új, gondozással-ápolással összekapcsolható lakóformákat (pl. idősekből álló lakóközösség stb.). Könnyítették a gondozást-ápolást végző hozzátartozók helyzetét is különböző támogatások bevezetésével. A reform keretében az idősellátás területén is több figyelmet fordítottak a megelőzésre, valamint a rehabilitációra. Bővítették a gondozás-ápolás terén igénybe vehető szolgáltatások körét, s ennek köszönhetően sok demens és pszichés beteg, valamint nyugdíjaskorban lévő mentálisan sérült személy juthatott hozzá olyan szolgáltatásokhoz, melyek addig nem voltak elérhetőek számukra. Az ápolásbiztosítás keretein belül az ápolásbiztosítók, önkormányzatok vagy szociális szolgálatok által fenntartott, 20 000 lakosonként létrehozott ápolási központok működtetésével ahhoz kívántak hozzájárulni, hogy az arra rászorulóknak tovább maradhassanak otthonaikban, és az őket segítő hozzátartozók nagyobb támogatásban részesüljenek. Az ápolásbiztosítókat kötelezték arra, hogy a gondozásra, ápolásra szoruló biztosítottak számára ún. esetenmenedzsert biztosítsanak – például az ápolási központ keretén belül. Az esetenmenedzserek a gondozásra, ápolásra szoruló személy és hozzátartozói mindennemű problémáival, érdekeinek érvényesítésével foglalkoznak.²⁷

A szereplők együttműködése

Németország szövetségi köztársaság, 16 saját alkotmánnyal, tartományi kormánnyal és parlamenttel rendelkező tartományra (Bundesland) tagolódik. A törvényeket országos szinten a német parlament alsóháza (Bundestag) és a Szövetségi Tanács (Bundesrat) hozza.²⁸ A német parlament alsóházának tagjait négyévente választják meg általános választás útján. A Szövetségi Tanácsban a 16 szövetségi állam 69 képviselője foglal helyet.²⁹ Bár Németországban kétkamarás a parlament, a politikai hatalom megoszlik a szövetségi állam és a tartományok között: a döntési felelősség a legtöbb területen a szövetségi államé. A szövetségi kormány döntéseinek végrehajtását az alaptörvény (Das Grundgesetz)³⁰ nagyrészt a tartományokhoz rendeli. A tartományok joga olyan kérdésekben dönteni, melyeket az alaptörvény nem utal egyértelműen a szövetség hatáskörébe.

A Szövetségi Tanács a tartományi érdekek képviseletének fóruma, képviselőit a tartományi kormányok nevezik ki. A tanácsnak kell jóváhagynia a tartományokat közvetlenül érintő törvényjavaslatokat ahhoz, hogy hatályba léphessenek. Ugyanakkor a tartományok is parlamentáris rendszerrel rendelkeznek. Ez a fajta működési mechanizmus a politikai hatalom decentralizációját erősíti (Orova, dr. 2006; Pálné Kovács Ilona 2001; Temesi István 2001).

Németországban a szövetségi kormány és a tartományok között a szabályozási, döntéshozatali és ellátási kompetenciákat tekintve feladatmegosztás van. A szociális törvénykezés különböző szinteken zajlik, a német alkotmány előírja, hogy a települések kötelessége a „szociális jelenlét” (Soziale Dasein). Az alkotmány mellett az úgynevezett „Szociális Törvénykönyv” (Sozialgesetzbuch – SGB)³¹ első kötete konkretizálja a szociális biztonság megteremtésének, fenntartásának, a szociális szolgáltatásoknak, ellátásoknak az előírásait. A nagyon általános jogszabályok kiegészülnek a szövetség, illetve a tartományok különböző, jóval konkrétabb szabályaival, melyek az adott településeket a konkrét feladatok megvalósításáért felelőssé teszik (Szrimác é. n.). Ebből következően a szociális szolgálatok működtetése, létrehozása, finanszírozása elsősorban helyi szinten történik. Az idősellátás területén szövetségi szintű törvényi szabályozás csak az ápolás vonatkozásában létezik –

ennek kapcsán a Szociális Törvénykönyv 11. kötete előírja „a lakosság teljesítőképes, regionálisan tagolt, lakóhely közeli, egymásra épülő ambuláns és bentlakásos szolgáltatásokból álló ellátását”.³²

Németországban a szociális szolgálatok kapcsán hangsúlyosan megjelenő szubszidiaritás elvének megfelelően a települések a szociális feladatokat továbbdelegálhatják non-profit (elismert civil) szolgáltatóknak vagy piaci alapon működő szervezeteknek is (Szrimác é. n.). Az összes szövetségi és tartományi előírásra jellemző, hogy az alapvető szolgáltatási kötelezettségeket megszabják, azt azonban, hogy a szolgáltatásokat mi módon kell nyújtani, nem.

Az idősellátás szabályozása a Német Szövetségi Köztársaságban különböző szövetségi minisztériumokhoz tartozik: a Család- és Időügyi, Nő- és Ifjúsági Szövetségi Minisztérium (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ),³³ a Munka- és Szociális Szövetségi Minisztérium (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS)³⁴ és az Egészségügyi Szövetségi Minisztérium (Bundesministerium für Gesundheit, BMG)³⁵ felelősek az időügyért.³⁶

Az ápolásbiztosítási ellátások szolgáltatói

A társadalombiztosítók vagy saját intézményeikben (így pl. szociális szolgálatok az egyes megbízottaknál, ápolásbiztosítók egészségügyi és tanácsadási szolgálatai) nyújtanak szociális szolgáltatásokat a tagok, illetve biztosítottak számára, vagy, ami jóval gyakoribb, a biztosítók csak finanszírozzák az egyéb (állami, civil vagy piaci) szolgáltatók által nyújtott szolgáltatásokat (Szrimác é. n.). Így az idősellátás területén az ápolásbiztosítási szolgáltatásokat otthonápolási szolgálatok vagy bentlakásos ápolási, gondozási otthonok nyújtják. A szolgáltatóknak mindkét esetben szerződést kell kötnie a regionális ápolásbiztosítók szövetségével.

Az idősellátás rendszerének fontos szereplői az úgynevezett Gondozási Központok (Pflegestützpunkte), melyek leginkább tájékoztatósi, gondozási tanácsadási (Pflegegutachten), illetve esetmenedzseri 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 információ-

óktól 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 idősnek nyújtott szolgáltatások

A gondozásra-ápolásra szorulóknak igénybe vehető segítségnyújtás formái az otthonápolás, valamint az átmeneti és bentlakásos otthonok.

Otthon nyújtott szolgáltatások

Otthonápolás (häusliche Pflegehilfe) ♦ Németországban az otthonápolásnak két módja létezik: a hozzátartozó általi „önkéntes” (laikus) gondozás-ápolás és az úgynevezett természetben nyújtott otthonápolási szolgáltatás. Az esetek túlnyomó részében a gondozást, ápolást a családtagok, hozzátartozók, ismerősök végzik a gondozott otthonában. Minden egyes intézkedés arra irányul, hogy ameddig csak lehet, a saját otthonukban maradhassanak a gondozásra-ápolásra szorulóknak. Az otthonápolás keretében, amennyiben az ápolást, gondozást végző személy³⁷ átmenetileg akadályoztatott (betegség, szabadság miatt), ideiglenesen, maximum négy hétre az ápolásbiztosító gondoskodik ápolási szolgáltatóról. Sok esetben a gondozásra-ápolásra szoruló személy lakása, környezete nem alkalmas az

otthoni ápolásra, illetve a páciens nem rendelkezik megfelelő segédeszközökkel. Ennek megoldására ápolási eszközöket és technikai segítséget nyújtanak a lakókörnyezet megfelelő átalakításához.

Amennyiben valamilyen oknál fogva a rászorult nem tudja ellátni „önkéntes ápoló”, igénybe lehet venni a természetben nyújtott otthonápolási szolgáltatást. Ilyenkor egy területileg illetékes otthonápolási szolgálat szakképzett, hivatásos ápolót biztosít a gondozottnak.

Részdős, napközbeni vagy éjszakai gondozás-ápolás (Teilstationäre Pflege, Tages- oder Nachtpflege) ♦ Ha a páciens otthoni ellátása csak részben oldható meg (mert például a gondozás-ápolást végző személy átmeneti időre kiesik), igénybe vehető részdős gondozás-ápolás. Ilyen esetben lehetséges, hogy a nap egyik részében egy helyettesítő gondozó otthon látja el a gondozottat, aki a nap másik részét bentlakásos otthonban tölti. A másik lehetőség, hogy a bentlakásos otthon szakemberei bizonyos napokon helyettesítik a munkájában akadályozott gondozót. Amennyiben sem az otthoni gondozás-ápolás, sem a részdős ellátás nem megfelelő megoldás, rövid idejű (maximum 4 hét) gondozás-ápolás igényelhető, melynek ellátmánya az ápolási fokozattól független.

Teljesidős gondozás-ápolás (Leistungen der vollstationären Pflege) ♦ Ebbe az ellátási típusba tartoznak azok az idősothtonok, melyekben kórházi fekvő-beteg-ellátást is végeznek (például a gerontológiai osztályokon). Ezek azonban mégsem tekinthetők teljes egészében kórházi ellátásnak, hisz nem állandó kórházi kezeléssel van szó. Főként a súlyos mozgásszervi betegségben, valamint súlyos demenciában szenvedő idősok számára biztosított ez a típusú idősothtoni ellátás.

Gondozási tanácsadás (Pflegegutachten) ♦ 2009. január 1-jétől a gondozásra szoruló személyek hozzátartozóinak joguk van igénybe venni egyéni tanácsadást és segítséget egy tanácsadón keresztül.³⁸

Többszenerációs ház (Mehrgenerationhaus) ♦ Ez a típusú idősellátás az otthonápolás és az intézeti bentlakás között helyezkedik el. Olyan lakóotthoni forma, melyben négy generáció él együtt, gyerekek, fiatalok, 50 év feletti felnőttek és idősok. Fő célkitűzése, hogy az ott lakó családok segítsenek

egymásnak, illetve az idős vagy demens betegeknek. Fontos feladat ezen kívül a szabadidős programok szervezése, a lakók közötti kommunikáció, különböző érdekvédelmi fórumok és a gyermekfelügyelet biztosítása. Az itt dolgozók 2/3-a önkéntes munkát végez, 1/3-a pedig fizetett szakember.

Szakellátás – bentlakásos idősothtonok

Nyugdíjsház (Altenwohnheim/Betreutes Wohnen) ♦ A lakóotthonban, más néven gondozóotthonban az ellátott számára biztosítanak egy önálló kis lakást a lakóotthonon belül. A gondozott felel a bútorokért, a háztartásért/költségvetésért, valamint önmaga ellátásáért (pl. háztartási munkák, mosás, étkezés) is. Amennyiben segítségre szorul, egy segélyhívón leadott jelzésre azonnal megkapja a szükséges támogatást. A legtöbb helyen további szolgáltatások is igénybe vehetők, mint például bevásárlás vagy orvosi ügyelet, ezek szükség esetén megvásárolhatók.

Idősothton/nyugdíjasotthon (Altenheim/Seniorenresidenzen) ♦ Ezt az ellátási formát olyan lakók vehetik igénybe, akik csak kismértékű gondozásra, ápolásra szorulnak. Az idősothtonban, vagy ahogyan a köznyelvben használják, öregek otthonában a lakók egy- vagy kétágyas, fürdőszobával/vizesblokkal ellátott szobákban vannak elhelyezve, amelyeket részben saját tulajdonú ingóságokkal rendezhetnek be. A háztartás vezetését az otthon átvállalja, és a legtöbb esetben teljes ellátást biztosít. Külön gondozószolgálat és egészségügyi személyzet (orvos/ápoló) is tartozik az otthonhoz.

Idősok gondozóotthona (Pflegheim) ♦ Az idősok gondozóotthonai a nap 24 órájában gondozásra-ápolásra szorulókat ellátását biztosítják. Az elhelyezés egy- vagy többágyas szobákban történik. A gondozás teljes körű és egész napos. A gondozóotthonokban testi vagy szellemi fogyatékkal élők, valamint kómában lévő betegeket is ellátnak.

Hospice ♦ A széles körű szolgáltatási forma pszichológiai és lelkeszi gondoskodást biztosít olyan halálos betegeknek, akik még képesek bejárni az ambulanciára, de végső stádiumban vannak.³⁹

A gondozási-ápolási biztosítás rendszere

Németországban az idősellátás rendszerének alapjaként bevezették a kötelező hosszú távú ápolásbiztosítást, melyet a társadalombiztosítási rendszer 5. pilléréként, önálló ágként alakítottak ki. 1995. január 1-jén kezdődött a rendszer működtetése, a járulékok fizetése. Az ellátások két lépcsőben indultak. Az otthoni (pénzbeli és természetbeni) ellátást 1995-ben vezették be, míg az intézményi ellátást egy évvel később. Az ápolásbiztosításnak – összhangban a német egészségbiztosítási rendszer egyéb elemeivel – két formája létezik: *kötelező ápolásbiztosítás*, illetve *magán ápolásbiztosítás*. A két rendszer egyenértékű. A szociális ápolásbiztosítás a kötelező betegbiztosítás keretében működik. Az ápolásbiztosítás rendszerének kialakításakor minden betegbiztosító létrehozott egy önálló jogi személyként működő ápolásbiztosítót. Vagyis nincs külön adminisztráció, nincs külön igazgatási apparátus, hanem a betegbiztosítók intézik az ápolásbiztosítók ügyeit is, az adminisztráció költségeit pedig elszámolják egymás között. A magán ápolásbiztosítást a privát betegbiztosító társaságok végzik. Itt sem alakult ki önálló biztosító, hanem a magán betegbiztosító ápolásbiztosító részlege végzi a tevékenységet.

Az ápolásbiztosítási járulék mértéke

A járulék mértékét az ápolásbiztosítási törvény szabályozza, amely országosan egységes, minden ápolásbiztosítónál azonos nagyságú. A hosszú távú ápolási biztosítás fedezetét képező járulékfajta 2010-ben⁴⁰ a bruttó fizetés 1,95 százaléka⁴¹

(gyermekteleneknél a 2,2%-a), aminek egyik felét a munkavállaló, másik felét a munkáltató, nyugellátás esetében a nyugdíjbiztosító fizeti ki. A járulékok közös vonása, hogy csak bizonyos összeghatárig vonják le őket, így a szociális ápolásbiztosításban a járulékfizetésnek alsó és felső határa is van. A legmagasabb összegű magán ápolásbiztosítási járulék nem haladhatja meg a kötelező ápolásbiztosítás legmagasabb járulékának összegét.⁴² Az ápolásbiztosítást hozzákötötték a kötelező betegbiztosításhoz, tehát aki általános betegbiztosítással rendelkezik, annak van ápolásbiztosítása is ugyanannál a biztosítónál. Az ápolásbiztosítás betegbiztosításhoz való kapcsolódása miatt a népesség mintegy 98%-a vagy a kötelező, vagy a magán ápolásbiztosítás keretében biztosítás megkötésére kötelezett. A magán ápolásbiztosítóknak szerződéskötési kötelezettségük van, vagyis nem mérlegelhetnek a biztosított korábbi megbetegedései szerint. Extra díj a kockázat csökkentésére nem alkalmazható, és nincs meghatározva a biztosított neme vagy egészségi állapota szerinti díjfokozat sem.

Gondozási-ápolási besorolás

Az gondozás-ápolás mindenkor célja, hogy a páciensnek addig nyújtsanak segítséget, amíg mindennapi megszokott tevékenységét önállóan nem tudja elvégezni. A páciensek ellátási igényeit a napi tevékenységekhez és az azokból fakadó szükségletekhez igazodva határozzák meg. Ennek során négy alapvető tevékenységet vettek figyelembe (lásd 3. táblázat): testápolás, táplálkozás, mozgás, háztartásvezetés, amelyek közül az első háromhoz kapcsolódik az alapápolás-gondozás igénye.

3. táblázat

A gondozási-ápolási szükségletek kategóriái

Tevékenység	Szükségletek
Testápolás	Mosakodás, fürdés, zuhanyozás, szájápolás, borotválkozás, széklet- és vizeletürítés
Táplálkozás	Étkezés, megfelelő étel-előkészítés
Mozgás	Segítség nélkül felkelés-lefekvés, öltöztetés-vetkőztetés, járás, állás, lépcsőzés, otthonról eltávozás és visszaérkezés
Háztartásvezetés	Bevásárlás, főzés, takarítás, mosogatás, mosás, fűtés

A szükségletek függvényében a gondozási-ápolási fokozatokat az alábbiak szerint definiálták:

I. gondozási-ápolási fokozat (Pflegestufe I) – jelentős mértékű gondozási-ápolási szükséglet

Ebbe a kategóriába tartoznak azok a személyek, akik a tisztálkodás, étkezés és mozgás területén legalább két tevékenység esetében naponta legalább egyszer, illetőleg a háztartásvezetésben hetente több alkalommal támogatásra, segítségre szorulnak. A segítség időtartamának naponta meg kell haladnia a 90 perctet, melyből legalább 45 perctet az alapvető ápolási-gondozási szükségletek kielégítésére kell szánni.

II. ápolási-gondozási fokozat (Pflegestufe II) – súlyos gondozási szükséglet

Hasonló, mint az I. kategória, ám ebben az esetben a gondozottnak legalább naponta háromszor, különböző napszakokban, s ezen felül hetente többször van szüksége segítségre a háztartásvezetési feladatok ellátásánál (bevásárlás, takarítás stb.). Ez naponta legalább 180 perc segítséget jelent, melyből több mint 120 percnél alapvető gondozás-ápolásra kell jutnia.

III. ápolási-gondozási fokozat (Pflegestufe III) – legsúlyosabb gondozási szükséglet

A gondozottnak egy héten többször, napi 24 órán keresztül van szüksége segítségre, a háztartásban is. Az alapápolás igénye (testápolás, táplálkozás, mozgás) folyamatosan, éjjel és nappal is fennáll. A rászoruló segítségére fordított idő naponta el kell, hogy érje a 300 perctet, amiből alapvető gondozásra-ápolásra legalább 240 percnél kell jutnia.⁴³

A fent bemutatott kötelező ápolásbiztosítás keretében befizetett járulékok képzik az úgynevezett „ápolási díj” (Pflegegeldversicherung) fedezetét. Ezt a biztosítás alapú pénzbeli ellátást az ápolásbiztosítók folyósítják gondozásra-ápolásra szoruló biztosítottak részére gondozási költségeik finanszírozására. Az otthoni gondozást (Pflege zu Hause) igénylő személyek választhatnak a természetbeni ápolás (Pflegesachleistung), a készpénzben folyósított ápolási díj, illetve ezek kombinációja között. A természetbeni ellátás esetén az otthonápolási szolgálat (Pflegedienst) küld ki képzett gondozó-ápolót, s a biztosító a költségeket közvetlenül a szolgáltatónak fizeti ki. Abban az esetben, ha a gondozásra-ápolásra szorulóknak maguk gondoskodnak ápolóról (aki általában családtag, hozzátartozó, ismerős), az ápolási díjat kézhez kapják, szabadon rendelkezhetnek vele. Ilyenkor a biztosító havonta a gondozási-ápolási fokozatonként meghatározott összeget fizeti ki a 4-5. táblázatban bemutatottak szerint.⁴⁴

4. táblázat

Otthonápolási szolgálatnak a „természetbeni gondozásért-ápolásért” folyósítandó pénzbeli juttatás (€/hó)

Gondozási-ápolási kategória	2008. július 1-jétől	2010. január 1-jétől	2012. január 1-jétől
I.	420	440	450
II.	980	1040	1100
III.	1470	1510	1550

5. táblázat

Otthoni gondozás-ápolásban, segítségnyújtásban részesülők pénzbeli juttatása (€/hó)⁴⁵

Gondozási-ápolási kategória	2008. július 1-jétől	2010. január 1-jétől	2012. január 1-jétől
I.	215	225	235
II.	420	430	440
III.	675	685	700

6. táblázat

Az ápolásbiztosító által a bentlakásos intézmények számára ellátottakként fizetett havi összegek – részsídős ellátás esetén (€/hó)⁴⁶

Gondozási-ápolási kategória	2008. július 1-jétől	2010. január 1-jétől	2012. január 1-jétől
I.	215	225	235
II.	420	430	440
III.	675	685	700

7. táblázat

Az ápolásbiztosító által a bentlakásos intézmények számára ellátottakként fizetett havi összegek – teljesidős ellátás esetén (€/hó)⁴⁷

Gondozási kategória	2008. július 1-jétől	2010. január 1-jétől	2012. január 1-jétől
I.	1023	1023	1023
II.	1279	1279	1279
III.	1470	1510	1550
III. méltányos elbírálást érdemlő eset	1750	1825	1918

A fekvőbeteg-, illetve részsídős ellátásban (nappali vagy éjszakai részellátásban) részesülők pénzbeli juttatásának összegét a 6. táblázat mutatja.

Amennyiben gondozást-ápolást nyújtó intézményekben veszik igénybe a szolgáltatást, az ápolásbiztosító havonta, közvetlenül az intézménynek/szolgáltatónak fizeti ki az előre meghatározott, gondozási-ápolási kategóriától, szolgáltatás-, illetve intézménytípustól függő ápolási díjat.

Az ápolásbiztosító a fentebb látható összegeket fizeti havonta a bentlakásos intézmények számára egy ellátott után. (7. táblázat)

A szolgáltatást igénybe vevő személy általában maga választhatja meg, hogy otthoni vagy intézményi ápolást-gondozást igényel-e. Amennyiben az intézményi ápolást-gondozást választja, de az nem lenne feltétlenül indokolt, a biztosító akkora részét téríti az ellátásnak, mint amekkorát térítene az otthonápolás keretében. Az ilyenkor finanszírozott összeg azonban a bentlakásos intézményi ellátás csupán kis hányadát fedezi. Ezáltal igyekeznek korlátozni vagy inkább mederben tartani az intézményi ellátás iránti igényeket. Általában elmondható, hogy a 3. ápolási fokozatú ellátást igénylők már intézményi ellátás keretében gondozhatók.

Gondozási-ápolási szükségletvizsgálat – Pflegestufen/Pflegebedarf⁴⁸

A gondozásra-ápolásra szoruló személy általános egészségi állapotát a házi orvos méri fel, majd az eredmény alapján küldi el gondozási-ápolási szükségletvizsgálatra. A szükségletvizsgálatot (Pflegestufen/Pflegebedarf) az egészségügyi szolgálat⁴⁹ (Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, MDK) végzi a betegbiztosító részére, melynek segítségével meghatározzák a gondozási-ápolási igényt.

Magát a vizsgálatot a gondozási-ápolási szükségletvizsgálat-modell (Pflegestufenmodell) alapján végzik. A szükségletvizsgálat az alapvető gondozási-ápolási területekre tér ki, és az időbeni szükségletet vizsgálja – mobilitás, testápolás, étkezés –, illetve a segítségnyújtás szükségességét. A gondozási-ápolási szükséglet megállapításának folyamata és módszere megegyezik az otthonban való elhelyezésnél és az otthonközeli ellátások esetén. Vizsgálják, hogy ki melyik kategóriába tartozik, és ennek megfelelően megállapítják, hogyan lehet az életminőséget a lehető legjobban fenntartani. A gondozott állapotának megfelelően először az otthoni segítségnyújtást, majd a fél napi/napközis, ambuláns ellátást javasolják, és csak végső esetben az időotthoni elhelyezést. A bentlakásos időotthonba azok a tartósan gondozásra-ápolásra

szoruló és/vagy 85 év felettiek kerülhetnek, akik a szükségletvizsgálatnak megfelelően nagymértékű gondozást-ápolást (III. kategória) igényelnek.

A kategóriák átjárhatók, ami azt jelenti, hogy kétevente felülvizsgálatot végez az egészségügyi szolgálat (MDK). Az újabb szakvélemény alapján a gondozott átkerülhet egyik kategóriából a másikba, attól függően, hogy javult vagy romlott az egészségügyi állapota. A biztosítottnak (gondozásra szorulóknak/igénybe vevőnek) lehetősége van a döntés ellen fellebbezni.

Az ápolásbiztosítás szolgáltatásait az ápolás-gondozásra szoruló személy betegbiztosítójánál található ápolásbiztosítóhoz benyújtott kérelemmel lehet indítványozni. A kérelmet családtag, szomszéd vagy ismerős is benyújthatja, amennyiben a gondozott meghatalmazza őt. A gondozott ápolásbiztosítója az egészségügyi szolgálatot (MDK) bízta meg a gondozási-ápolási szükségletvizsgálati vélemények érvényesítésével.

Összegzés

Az idősellátási rendszer jellegzetességei a vizsgált országokban⁵⁰

A vizsgálatba bevont valamennyi országra általánosan jellemző, hogy a drága, költséges bentlakásos intézmények, szolgáltatástípusok helyett az otthoni vagy otthonközeli, mobil, ambuláns szolgáltatási formákat preferálják, támogatják különböző szabályozási, finanszírozási formákkal. Magyarországhoz hasonlóan a további négy vizsgált országban is meghatározzák, szabályozzák az idősok számára nyújtott szolgáltatásokhoz való hozzájutás/hozzáférés feltételeit. A gondozási-ápolási szolgáltatások, intézmények igénybevétele minden esetben az adott ország által kialakított állapotfelmérés és a gondozási-ápolási szükséglet megállapítása előzi meg.

Az ellátás típusát és az ellátási formákat tekintve Magyarországon az idősellátásban megkülönböztetünk alapszolgáltatásokat és szakosított ellátásokat. Az alapszolgáltatások körébe tartozik az idősok nappali ellátása – idősok klubja, szociális étkeztetés, házi segítségnyújtás, valamint a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás. A szakosított ellátások körébe az ápolást-gondozást nyújtó átmeneti, valamint tartós bentlakásos intézmények tartoznak. Ezzel ellentétben Ausztriában, Németországban,

Angliában és Franciaországban nem alap- és szakellátás szerint csoportosítják az ellátásokat. Az idősellátási formákat tekintve e négy ország idősellátó rendszere hasonló elvek alapján épül fel: az idősokoknak nyújtott segítségnyújtási formák két csoportba sorolhatóak, az ellátott otthonában biztosított, otthonközeli (mobil vagy ambuláns otthonápolás), illetve intézményekben nyújtott szolgáltatások.

A törvényi szabályozást tekintve mind az öt országban egymástól eltérő szabályozási rendszer működik. Ausztriában az idősellátást tartományi szinten, a tartományok „szociális segélyezésről” rendelkező törvényei, valamint minimumszten-derdek meghatározásával szabályozzák. Németországban az egészségbiztosítási törvény mellett a kötelező ápolásbiztosítási rendszer, valamint a XI. Szociális Törvénykönyv szabályozza az idősok ellátását. Az idősellátási rendszer egészségügyi elemét a betegbiztosítási jog, valamint a szociális törvény erre vonatkozó része tartalmazza. Franciaországban az idősok számára nyújtott szolgáltatások törvényi előírásai a Szociális és Családügyi Törvénykönyvben, a Közegészségügyi Törvénykönyvben, valamint a Társadalombiztosítási Törvénykönyvben találhatók; Angliában a szociális ellátásokról a Nemzeti Támogatási Törvény, valamint az Egészségügyi és Szociális Gondozás Törvénye rendelkezik. A szolgáltatások tevékenységüket a Gondozási Standardok Törvény és a Nemzeti Minimumstandardok Törvény alapján végzik. Magyarországon az 1993. évi III. törvény (szociális törvény) határozza meg az idősok részére nyújtandó alapszolgáltatásokat, illetve szakosított ellátásokat.

A fenntartókat illetően hasonlóságok fedezhetők fel a vizsgált országokban. Az otthon nyújtott, illetve az otthonközeli szolgáltatásokon és a bentlakásos intézményeken belül léteznek állami, valamint a civil és egyházi fenntartásúak. Ausztriában a szociális szolgáltatók kisebb része önkormányzati fenntartású, nagyobb részben az úgynevezett „szabad szolgáltatók” (nonprofit, civil), családi vállalkozások, egyesületek, gazdasági társaságok nyújtják a szolgáltatásokat (részben kormányzati, tartományi szervezeti részvétellel). Ausztriához hasonlóan Németországban a szociális szolgáltatások, így az idősok számára nyújtott szolgáltatások nagy részét is az egyházi és a civil fenntartású intézmények, szolgáltatók látják el. A szolgáltatásokat mindkét országban állami (tarto-

mányok által létrehozott) szervezetek, hivatalok ellenőrzik. Ausztriával és Németországgal ellentétben Franciaországban a gondozási-ápolási szolgáltatók általában állami fenntartásúak, a szolgáltatók kisebb részét tartja fenn a magánszektor (társaság, nonprofit szervezet). A jóléti és a szociális ellátásokat a megyék, az egészségügyet az állam felügyeli. Az állami szektor által fenntartott nyugdíjasházakat a Szociális Tevékenység és Közegészségügyi Központ vagy a területileg illetékes kórház felügyeli az intézmények szociális, illetve egészségügyi jellegétől, medikalizációjától függően. Angliában a szolgáltatók fenntartói a helyi hatóságok, de szolgáltatókat működtetnek nem kormányzati szervek, magánvállalkozók/ügynökségek, önkéntes szervezetek is. Az otthon nyújtott szolgáltatások ellátására az önkormányzatok nem kormányzati szociális szolgáltatást nyújtó szervezetekkel kötnek szerződést. Magyarországon állami (megyei, kistérségi önkormányzati), valamint civil és egyházi fenntartású idősok ellátására szerveződött intézményi és szolgáltatói rendszer működik. A szolgáltatók nagyrészt állami fenntartásúak. A szolgáltatók, intézmények ellenőrzését különböző, erre kijelölt állami szervezetek végzik.

A gondozási-ápolási fokozatokat tekintve Németországban az idősellátás területén három ellátási szint létezik, mind az otthon végzett gondozásban, ápolásban, mind az intézményi ellátásoknál. Utóbbit az esetek túlnyomó részében a 3. kategóriába sorolt rászorulóknak veszik igénybe. Ehhez hasonlóan Ausztriában az otthon végzett gondozásnál-ápolásnál, az otthonközeli szolgáltatásoknál, valamint a bentlakásos intézményeknél 7 gondozási-ápolási fokozatot határoztak meg, s a bentlakásos intézményi ellátást csak a 3. kategória felett tartják indokoltnak. Franciaország és Anglia gondozási-ápolási fokozat szerint megegyeznek, ugyanis mindkét országban 4 ápolási szint létezik. Magyarországon nem határoztak meg ellátási fokozatokat/szinteket. A gondozási-ápolási szolgáltatásokat a gondozási-ápolási vizsgálat során megállapított, gondozáshoz, ápoláshoz szükséges időtartam alapján vehetik igénybe a rászorulóknak. Bentlakásos intézményi ellátást csak az átlag napi négy órát meghaladó gondozási szükséglettel bíró idős személyek vehetnek igénybe.

A prioritásokat vizsgálva az osztrák rendszer fő célkitűzése, hogy olyan konkrét pénzforráshoz juttassa a gondozásra-ápolásra szorulókat,

amely részben fedezi a kiadásokat, ezzel tehermentesítve őket. További cél olyan szociális szolgáltatások létrehozása, amelyek elősegítik az önállóság fenntartását, a gondozott igényeinek megfelelő életminőség biztosítását. A Németországban bevezetett ápolásbiztosítási rendszer célja az volt, hogy az érintettek (kortól függetlenül) gondozási-ápolási szükségleteik kielégítésére/ellátására oly módon vehessenek igénybe gondozási-ápolási szolgáltatásokat (legyen az ambuláns vagy fekvőbeteg-ellátás), hogy ez ne növelje a szegénységi kockázatukat. Fontos célja volt a törvényalkotóknak, hogy az idősok, gondozásra szorulóknak otthonukban is igénybe vehessenek szolgáltatásokat, valamint, hogy megkapják a szükséges segítséget az önálló élethez. Angliában az idősellátás terén mindenki számára elérhető, egyenlő ellátás biztosítására törekcsenek, olyan szolgáltatásokkal, amelyek az idős emberek függetlenségének és emberi méltóságának megőrzését célozzák. Franciaországban a szolgáltatások igénybevételenek általános elvei szerint minden 65 év feletti idős személy, aki nem rendelkezik megfelelő pénzügyi forrásokkal, részesülhet akár házi segítségnyújtásban, akár magán- vagy intézményi elhelyezésben. A 60 év felettiok, amennyiben igazoltan munkaképtelenek, hasonló feltételekkel részesülnek az előzőekben említett szolgáltatásokban. Az idősoknek nyújtott szolgáltatásokba sok esetben beépülnek az egészségügyi/orvosi és a szociális ellátások.

Az idősellátás *finanszírozását* országokként az állam, a biztosítási rendszerek, a helyi települési/tartományi szociális hivatalok szerepvállalása, illetve az ellátottak személyes költségviselése alapján elemzzük és hasonlítjuk össze.

Az állam szerepvállalása az idősellátás területén a szolgáltatások finanszírozását tekintve különböző mértékű és jellegű a vizsgált öt országban. Ausztriában a finanszírozás nagy részben az éves költségvetésből folyósított ápolási járadékból történik. Az ápolási járadékot az önálló életvitelre képes gondozottak közvetlenül kapják meg, ebből „vásárolhatnak” maguknak szolgáltatást. Intézményi ellátás esetében az intézményi térítési díj része lesz az ápolási járadék is. Az ápolási járadék alanyi jogon jár az ápolásra-gondozásra szorulóknak, függetlenül vagyoni helyzetüktől, életkoruktól vagy bármilyen biztosítási jogviszonyuktól, ugyanakkor a járadék összege az ápolási-gondozási besorolástól függ.

Franciaországban és Angliában az úgynevezett támogatott programokat finanszírozza közvetlenül az állam, Németországban pedig a kötelező társadalombiztosítási rendszeren keresztül történik a finanszírozás. Az állam szerepvállalása mindhárom országban csekély. Magyarországon az állam a központi költségvetésből normatív állami hozzájárulásokkal, valamint kötött felhasználású támogatásokkal járul hozzá az idősek ellátáshoz. A normatív támogatások összegét az éves költségvetési törvényben határozzák meg. A támogatási összegeket az önkormányzatok mint közvetlen fenntartók, vagy mint a működtetőket – ellátási szerződés alapján – finanszírozzák kapják meg.

A társadalombiztosítás, illetve az annak ágazatai által betöltött szerepet tekintve Németországra és Franciaországra jellemző, hogy elsősorban a különböző biztosítási rendszerek finanszírozzák a szociális szolgáltatások igénybevételét. Németországban az idősellátás alapvetően biztosítási alapú:

ápolási biztosítási rendszer működik. Az ápolási alap a társadalombiztosítási alaphoz kötődik, és mindenkinek fizetni kell. Az ápolásbiztosító vagy a szolgáltatást igénybe vevőnek, vagy a bentlakásos intézményeknek fizet az ellátott után.

Franciaországban a szociális és egészségügyi-szociális tevékenységek vegyes finanszírozásúak, de alapvetően biztosítási pénztárak (különböző nyugdíjbiztosítási pénztárak, állami és magán egészségügyi pénztárak, országos szolidaritási pénztár stb.) finanszírozzák az idősellátást a befizetett járulékokból. Az egészségügyi szolgáltatásokat magánszolgáltatók végzik, és a szolgáltatások ellenértékét a velük kötött finanszírozási megállapodás keretében az állami társadalombiztosítás nekik fizeti ki. A társadalombiztosításon belül bizonyos szolgáltatások igénybevételét előzetesen az egészségbiztosítási pénztár engedélyezi és finanszírozza, míg egyes szolgáltatásokat a magasabb jövedelműek esetében a nyugdíjpénztár finanszíroz.



Király Dorka

A vizsgált országokban a tartományi/helyi szociális hivatalok általában akkor kapcsolódnak be az idősellátás finanszírozásába, ha központi költségvetésből kapott univerzális ápolási járadék (Ausztria), vagy a biztosítási alapú ápolási járadék összege (Németország), vagy az egyes biztosítási ágazatok finanszírozása (Franciaország), illetve az egyének finanszírozási képessége (Anglia) elégtelen az idősok számára szükséges ellátások megfizetésére. Ausztriában az ápolási járadékot és a nyugdíj 80%-át kiegészítik a személyes térítési díj összegére. A kiegészítés rászorultságtól függő, jövedelem- és vagyonvizsgálat alapján térítik meg a fedezetlen ellátás térítési díját a szolgáltatást nyújtó intézménynek. Németországban, ha valaki nem tudja megfizetni az esetleges, egészségügyi állapota alapján szükségesnek ítélt extra szolgáltatásokat, a szociális hivatalok támogatást/segélyt nyújtanak számára. Franciaországban a biztosítási rendszerből kimaradó, vagy az ellátásokat teljes egészében megfizetni képtelen idősok segélyben, támogatásban, egyéb kedvezményben részesülhetnek (adó-visszatérítések a hozzátartozó részére, mentességek kérése). A segélyek folyósítását jövedelemvizsgálat előzi meg. Angliában, amennyiben valaki a jövedelmi helyzete alapján nem képes kifizetni azt az összeget, amit ellátási hozzájárulásként számára megállapítottak, kérhet támogatást. Ennek megítélése a kérelmező jövedelem- és vagyonvizsgálata alapján történik.

Az ellátottak személyes költségviselése eltéréseket és egyezéseket is mutat a vizsgált országokban. Németországban csak a kötelező biztosítás befizetésével járul hozzá a szolgáltatást igénylő a szolgáltatás díjához. Öngondoskodás céljából Ausztriában, Franciaországban, Angliában és Magyarországon az állampolgárok fizetik a nyugdíjbiztosításokat, és – különösen Angliában – megtakarításokat halmoznak fel ingatlan vagy pénztartalékok formájában. Ausztriában a nyugdíjuk maximum 80%-ával egészítik ki az idősok az igénybe vett szolgáltatások személyi térítési díját, Magyarországon is törvény határozza meg, hogy az idősok nyugdíjuk hány százalékával járulhatnak hozzá a szociális ellátásukhoz, míg Angliában jövedelmük mellett megtakarításuk, vagyonuk alapján meghatározott összegben fizetik az idősok az ellátások díjait. A személyes hozzájárulás mértékét rászorultsági vizsgálat – jövedelem- és vagyonvizsgálat – alapján határozzák meg több országban:

Ausztriában, Franciaországban, Angliában és Magyarországon. Angliában a fizetési kötelezettség nem terhelhető a családra, míg Franciaországban, Magyarországon törvény határozza meg az eltartásra kötelezettek körét.

A gondozási szükséglet vizsgálatának sajátosságai

Általánosan elmondható, hogy az általunk vizsgált országokban a gondozási szükségletet az önellátási képesség csökkenése, hiánya alapozza meg, ami az egészségi állapottól, az ápolásra való rászorulás és az önkiszolgálási képesség mértékétől függ. Mind az öt országban a GSZV az idősok számára nyújtott szolgáltatások igénybevételi eljárásának része, melynek célja a rászorultság, a gondozási szükséglet megállapítása. A GSZV vagy az annak megfelelő eljárás a szolgáltatásokhoz való hozzájutás előfeltételei közé tartozik. Míg Magyarországon a gondozási szükségletvizsgálat alapján megállapított gondozási idő határozza meg az igénybe vehető szolgáltatást (átlag napi 4 óra gondozási szükséglet alatt nem vehető igénybe az időskori bentlakásos ellátás), addig a többi vizsgált országban a gondozási szükségletvizsgálatnak nincs ilyen kizáró funkciója.

Magyarországon az érvényben lévő jogszabályok, rendeletek alapján a házi segítségnyújtás és a bentlakásos időotthoni ellátás csak meghatározott gondozási szükséglet fennállása esetén nyújtható az igénylő számára, ezért hazánkban a gondozási szükségletet a fent említett szolgáltatások, ellátások igénylése esetén szükséges vizsgálni. A gondozási szükségletvizsgálatot az adott intézmény vezetője végzi el a kérelem beérkezésekor. A többi négy nyugat-európai országban az ottani idősellátás felépítésének, működtetésének rendszeréből, illetve az ellátásokhoz való hozzájutás gyakorlatából adódóan a legtöbb szolgáltatás esetében végeznek szükségletvizsgálatot valamilyen formában. Ausztriában a GSZV iránti kérelmet a házi-orvoshoz kell benyújtani, s magát a vizsgálatot is a házi-orvos végzi el. Németországban az ápolásbiztosítónál kérelmezett gondozási szükségletvizsgálatot az úgynevezett egészségügyi szolgálat (MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) munkatársai végzik el. Franciaországban külön szervezetekhez, az úgynevezett helyi információs

és koordinációs központokhoz kell benyújtani a vizsgálati kérelmet, amit a koordinációs iroda munkatársai és a szociális osztályok „multidiszciplináris csoportja” folytat le, orvosok, ápolók, szociális munkások bevonásával. Angliában a gondozási szükségletvizsgálatot a helyhatóságoknál kell kérelmezni, magát a vizsgálatot csak erre kiképzett, felkészített szakemberek (kórházi vagy közösségi ápolók, ápolási vezetők, szociális munkások, terapeuták, egészségügyi szakemberek) készítik el.

Magyarországon az adott intézmény vagy szolgáltatás vezetője a gondozási szükségletet jogszabályi előírások szerint vizsgálja. A megadott kérdőív kitöltésével megállapítja a napi gondozási szükséglet mértékét, amelyről igazolást állít ki. Ezen igazolással lehet igénybe venni vagy a bentlakásos időszotthoni ellátást, vagy a házi segítségnyújtást. Időszotthoni ellátás csak a napi négy órát meghaladó, vagy a jogszabályban meghatározott egyéb körülményeken alapuló gondozási szükséglet megállapítása esetén nyújtható. Amennyiben az ellátást igénylő személy gondozási szükséglete nem haladja meg a napi 4 órát, és az időszotthoni elhelyezést egyéb körülmények sem indokolják, az intézményvezető tájékoztatást ad a házi segítségnyújtás igénybevételének lehetőségéről.

Németországban és Ausztriában a házi-orvosok által végzett vizsgálattal kezdődik a szükségletek felmérése. Németországban a háziorvos megállapítja az egyén pillanatnyi egészségi állapotát, ennek alapján küldi el betegét gondozási szükségletvizsgálatra. A szükségletvizsgálatot az egészségügyi szolgálat végzi (MDK) a megbízott részére, amelynek alapján meghatározásra kerül az ápolási igény. A vizsgálat az alapvető ápolási/gondozási területekre tér ki, illetve arra, hogy szükség van-e segítségnyújtásra, vagy sem. Ausztriában nem beszélhetünk klasszikus gondozási szükségletvizsgálatról, mivel univerzális ellátás keretében részesülnek az idős gondozottak az ellátásokból, így például szociális rászorultságot nem vizsgálnak a gondozási szükséglet megállapításakor. A GSZV-nek megfelelő ápolási-gondozási besorolást egy független hatósági orvos végzi el, állapotvizsgálatot követően. Az orvos állapítja meg az ápolási szükségletet, a gondozásra fordítandó idő szerint. A besorolás szigorú szakmai minimumstandardok alapján történik. Franciaországban a gondozási szükségletvizsgálat alapja egy értékelési eszköz: Intézkedés az egyéni

élethelyzetek értékelésére és megoldására (DESIR). A DESIR-módszer lehetővé teszi a személy helyzetének, gondozási szükségleteinek értékelését, annak megállapítását, hogy valaki segítségre szorul-e. A gondozási szükségletvizsgálat során a szükségletvizsgálathoz kidolgozott kérdőív alapján értékelést készítenek, amelynek során figyelembe veszik a kérelmező szociális helyzetét is. Az értékelés elkészülte után a szakemberek gondozási tervet készítenek. Angliában a szolgáltatás igénybevételéhez kapcsolatba kell lépni a *felőtt szociális ellátást szervező gondozási menedzserrel*, aki elvégzi az „önállóan irányított értékelést” (self-directed assessment). Magát a gondozási szükségletvizsgálatot az Egységes Értékelés Folyamata (Single Assessment Process for Older People) leírás alapján végzik, egy előre kialakított útmutató, illetve egy értékelő kérdőív alapján. A gondozási szükséglet megállapítása során vizsgálják a szociális gondozási szolgáltatások igénybevételének jogosultsági kritériumait is.

Míg Magyarországon a GSZV során döntenek el, hogy az igénylő a 4 órát meghaladó gondozási szükséglete miatt bentlakásos ellátásra jogosult-e, addig a többi vizsgált országban különböző ápolási kategóriákat állapítanak meg, s a vizsgálat során az igénylőt állapotának megfelelő kategóriába sorolják. Az adott országokban az otthonközeli ápolási formákat részesítik előnyben, s leginkább a magas gondozási-ápolási szükségletekkel rendelkezők számára biztosítanak bentlakásos ellátásokat. A gondozási szükségletvizsgálat Franciaországban és Angliában is a szükségleteket kielégítő gondozási igényeket állapítja meg, de a szolgáltatást igénybe vevő dönti el, hogy a gondozást az otthonában vagy közösségi intézményben, illetve bentlakásos intézményben veszi igénybe.

Mind az öt országban lehetőség van felülvizsgálati kérelem benyújtására, amennyiben a rászoruló vagy törvényes képviselője, hozzátartozója nem ért egyet a gondozási vizsgálat eredményével. Az illetékes szervezeteknek meghatározott – országoként különböző – időtartamon belül kötelező megvizsgálni a kérelmet, s írásban értesíteni az érintetteket a felülvizsgálat eredményéről. Ezenkívül szintén mind az öt országban meghatározott – országoként eltérő – időközönként megismétlik a szükségletvizsgálatot, az esetleges állapotváltozások figyelemmel kísérése végett.

Felhasznált irodalom

Idősellátás és gondozási szükségletvizsgálat Ausztriában

BGBL. Nr. 1013/1994 (Az Osztrák Köztársaság Alkotmánya, legutolsó módosításával)

BGBL. Nr. 110/1993 (www.kaernten-sozialarbeit.at/content/.../bundespflegegeldgesetz.pdf)

Bundespflegegeldgesetz – BPGG (Szövetségi Ápolási Törvény)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, www.bmask.gv.at (Szövetségi Munkaügyi, Szociális és Fogyasztóvédelmi Minisztérium honlapja)

<http://www.alzheimer-selbsthilfe.at/web/Vortrag%20A4ge/28.06.2001-Pflegegeld.htm>

http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/5/5/CH0107/CMS1232705650368/03_pflegevorsorge.pdf

<http://www.help.gv.at/Content.Node/204/Seite.2040000.html>

<http://www.pflegen.at/kosten/>

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/ME/ME_00202/index.shtml

<http://www.volkshilfe.at/1070,38,,2.html>

<http://84.206.8.166/dokumentum/1294313200Nyilas%20Mih%C3%A1ly%20%20-%20Ausztria%20szoci%C3%A1lis%20v%C3%A9delmi%20rendszere.pdf>

Egervári Ágnes, dr. (2006): *Szociális ellátások Ausztriában*. www.szocialisklaszter.hu Utolsó letöltés: 2011. február 03.

Nyilas Mihály – Koncz János (szerk.) (2003): *Ausztria szociálpolitikája*. Budapest, HRSZE.

Szirmácz Dóra (é. n.): *Szociális szolgálatok és finanszírozásuk Ausztriában*. Kézirat.

Idősellátás és gondozási szükségletvizsgálat Németországban

Orova Márta, dr. (2006): A helyi önkormányzati együttműködések, társulások az Európai Unió tagállamaiban. Németország. www.terport.hu/download.php?ctag=download&docID=4831

Pálné Kovács Ilona (2001): *Regionális politika és közigazgatás*. Pécs, DIALOG CAMPUS Kiadó.

Szirmácz Dóra (é. n.): A szociális szolgálatok rendszere Németországban – alapelvek, dilemmák. Kézirat, NCSSZI.

Temesi István (2001): Az önkormányzati régiók helye és szerepe az Európai Unió tagállamaiban. In Szigeti Ernő (szerk.): *Régió, közigazgatás, önkormányzat*. Budapest, MKI.

Jegyzetek

- 1 Az ausztriai idősellátási rendszer anyagát Kostyál L. Árpád állította össze.
- 2 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 (Nyilas 2010). <http://84.206.8.166/dokumentum/1294313200Nyilas%20ih%C3%A1ly%20%20-%20Ausztria%20szoci%C3%A1lis%20v%C3%A9delmi%20rendszere.pdf>
- 3 BGBL. Nr. 110/1993.
http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/5/5/CH0107/CMS1232705650368/03_pflegevorsorge.pdf
- 4 A 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).
- 5 A német nyelvterületen használt „Pflege” kifejezés egyszerre jelent ápolást és gondozást. Ausztriában és Németországban 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.” (www.allamreform.hu/.../Kremer_Balazs_Apolas-gondozas_kit_miert_hol_hogyan.pdf) Az „ápolási járadék” fogalom a hivatalos fordításban szerepel. Véleményünk szerint az ápolási vagy gondozási hozzájárulás jobban kifejezi az ellátás célját.
- 6 BGBL. Nr. 1013/1994.
- 7 Burgenland, Karintia, Alsó-Ausztria, Felső-Ausztria, Salzburg, Stájerország, Tirol, Vorarlberg és Bécs.
- 8 A szociális szolgálatok, ill. szolgáltatások körébe munkaerő-piaci szervezetek, iskolán kívüli gyermekellátás, idős- és gondozó otthonok, nappali ellátások, ambuláns szolgálatok, lakó- és foglalkoztató intézmények, illetve tanácsadó és gondozószolgálatok tartoznak.
- 9 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 (Szirmácz é. n.).

- 10 Bizonyos tartományi különbségekkel a főbb területek: otthoni betegápolás; házi segítségnyújtás; otthoni étkeztetés/étel házhoz
szállítása; üdültetés (idősek, családok); lakóotthonok (idősek, fogyatékkal élők számára); gondozóotthonok (gondozásra szorulóknak
számára); szolgálatok a társas kapcsolatok ápolására, kulturális életben való részvételre; megelőző egészségügyi segítségnyújtás.
- 11 Ausztriában 2010-ben az átlagos öregségi nyugdíj 1138 euró volt, amit egy évben 14 alkalommal folyósítanak, így ez
összesen évi átlag nettó 15 938 eurót jelent.
- 12 Az ápolás költségeit a törvény értelmében vagy az ellátott, vagy az önkormányzat szociális részlege fedezi. Az intézmény-
fenntartó nem kötelezhető orvosi/egészségügyi ellátás biztosítására. Ennek költségei a betegbiztosítót terhelik.
- 13 <http://www.help.gv.at/Content.Node/204/Seite.2040000.html>
- 14 <http://www.wieninternational.at/>
- 15 Az osztrák jóléti ellátórendszer első (legnagyobb) pillérét a társadalombiztosítási ellátások, a második és harmadik pillérét
az univerzális ellátások és a rászorultsági elven járó juttatások alkotják. Az univerzális/alanyi joga járó ellátások alapvetően
a gondozó jellegű ágazatokban (tartós ápolás) játszanak meghatározó szerepet.
- 16 A rendszer elég bonyolult, sok adminisztrációt igényel, intézményben és házi ápolásban is. Nem veszi figyelembe pl. a
dependenciát, a demenciával járó fokozott felügyeleti igényt. Az intézményekben gondozott középsúlyos demenciában
szenvetdő idősek jó részét csak a III. csoportba sorolják (Egervári 2006).
- 17 Az ápolási díjat az illetékes „tartományi ápolási díj törvény” (Landespflegegeldgesetz) szerint az önkormányzaton is kérvényezheti
(Gemeindeamt, Magistrat, Landesregierung). Amennyiben nem az illetékes hivatalhoz nyújtotta be a kérvényét, azt
automatikusan/hivatalból a megfelelő helyre továbbítják.
- 18 Általában a betegeket ismerő kezelőorvosok adnak szakvéleményt, akik többnyire nem főállású szakorvosok, hanem
házi orvosok, s akik kiegészítő képzésen és rendszeres továbbképzéseken vesznek részt.
- 19 A szociális hivatal szükség esetén önkormányzati segítséget igénybe véve kategorizál (környezettanulmányt is végez).
- 20 A besorolás szigorú szakmai minimumsztemderdek szerint történik.
- 21 A következő személyek képviselhetik az ápolási díjat igénylő személyt: 1) akiben megbízik (férj, feleség, élettárs, nagykorú
gyermek, unoka, szülő, szomszéd stb.), az illető hitelességéről a bíróság dönt; 2) fogyatékkal élők szövetségének dolgozója,
szakszervezet; 3) ügyvéd – sikertelen határozat esetében a tárgyalási költségeket a kérvényezőnek kell fizetnie. A többi
esetben költségmentes a tárgyalás.
- 22 A tanulmánynak ezt a fejezetét Kostyál L. Árpád és Udvari Andrea állította össze.
- 23 http://bundesrecht.juris.de/sgb_11/
- 24 <http://www.npk.hu/public/palyak/eu/mappa/nemet/c.pdf>
- 25 <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1245>
- 26 Az ambuláns ellátások előnyben részesítése a bentlakásokkal szemben. Ennek eszköze többek között az, hogy a bentlakások
intézménybeli elhelyezésre csak szükségletfelmérés, a lehetséges alternatívák (különös tekintettel az otthoni ellátásra) és
költségek vizsgálata után van lehetőség.
- 27 <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1245>
- 28 <http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Homepage/home.html> – a német szövetségi kormány hivatalos honlapja.
- 29 http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/germany/index_hu.htm
- 30 http://www.bpb.de/wissen/Q01ETK,0,Das_Grundgesetz_f%FCr_die_Bundesrepublik_Deutschland.html
- 31 <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php>
- 32 http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/11/index.php?norm_ID=1100000
- 33 <http://www.bmfsfj.de/>
- 34 <http://www.bmas.de>
- 35 <http://www.bmg.bund.de>
- 36 [http://www.bundesregierung.de/nsc_true/Content/DE/___Anlagen/2010/2010-12-15-organigramm-bkamt,
property=publicationFile.pdf/2010-12-15-organigramm-bkamt](http://www.bundesregierung.de/nsc_true/Content/DE/___Anlagen/2010/2010-12-15-organigramm-bkamt,property=publicationFile.pdf/2010-12-15-organigramm-bkamt)
- 37 Amikor nem hivatásos ápoló nyújtja az ellátást, hanem hozzátartozók, barátok, szomszédok stb., gyakran előfordul, hogy
az ápolást végző személy szociális biztonsága (pl. nyugdíjjárulék fizetése) veszélybe kerül. Ekkor az ápolásbiztosítás kiterjed
az ápolást végző személy szociális biztonságának garantálására.
- 38 <http://www.senioren-kompass.de>
- 39 <http://www.senioren-kompass.de/info/infotehke/pflege/index.php>
- 40 2030-ig fokozatosan emelkedik 2,4%-ra, mivel a demográfiai változások következtében nagyobb teher nehezedik az
ápolásbiztosítási ellátásokra.
- 41 <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/beitragssatz-beitragshoehe.html>
- 42 http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2001/200106/nover_2001_06.htm
- 43 http://bundesrecht.juris.de/sgb_11
- 44 Rendkívüli esetben évente egyszer további 460 € igényelhető az ápolásbiztosítótól.
- 45 Viszonyítási alap: az átlagnyugdíj Németországban 984–1170 €, ez tartományonként eltérő lehet. Az átlagkereset
2010-ben bruttó 2500–3000 € volt.
- 46 § 43. SGB. XI. http://bundesrecht.juris.de/sgb_11/___43.html
- 47 § 43. SGB. XI. http://bundesrecht.juris.de/sgb_11/___43.html
- 48 [http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/BMG-P-07055-alles-was-sie-wis-
sen-muessen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/BMG-P-07055-alles-was-sie-wissen-muessen.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/BMG-P-07055-alles-was-sie-wis-sen-muessen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/BMG-P-07055-alles-was-sie-wissen-muessen.pdf)
- 49 <http://www.mdk.de/>
- 50 A vizsgáltba bevont országokat összehasonlító összegző táblázatot az NCSSZI honlapján lehet megtekinteni.