

## A várható „demográfiai cunami” kezelésének lehetőségei

Érsek Katalin, Mészáros Kinga, Dózsa Csaba, Gulácsi László, Budapesti Corvinus Egyetem  
August Österle, Vienna University of Economics and Business Administration, Budapesti  
Corvinus Egyetem

Csillik Gabriella, Szociális és Munkaügyi Minisztérium

Kárpáti Zsuzsanna, Egészségügyi Minisztérium

A népesség öregedése évtizedeken belül az eddigi időskorú ellátási igények megtöbbszöröződését okozza, s ez komoly terhet ró az ellátásszervező állam számára, mind a szociális, mind az egészségügyi szektorban.

Az OECD előrejelzései alapján a baby-boom generáció és hazánkban az ún. Ratkó-korszak szülőttei 2013-2015 körül érik el az öregkort, erős nyomást gyakorolva az egészségügyi-, szociális- és a nyugdíjrendszerre. A jelenlegi helyzet nem fenntartható, egy új rendszer kiépítésére van szükség: új források bevonására, és azok optimális felhasználására.

A szociális szektor szerepének erősítése, elsősorban az ápolásbiztosítási rendszer kiépítése lehet a kulcsa a szociális és egészségügyi szektor által nyújtott ellátások összehangolásának. Az ápolásbiztosítás hosszú távon is működőképes rendszerben kötelező és önkéntes pillérekből állna. Ennek finanszírozási technikájaként a már kialakított Homogén Gondozási Csoportok módszerének elterjesztése a cél.

*In the coming decades, the size and age-structure of the worlds' population will undergo dramatic changes creating high level of demand for services provided by the social and the health sector. Within this paper, we try to give the roots of the increasing needs for care and mention the possible solutions for financing long-term care in Hungary, focusing on the possibilities of care-insurance. This form would give the possibility to the social and health sector to harmonize services among each other with avoiding the parallel services and capacities. Care insurance would consist of compulsory and voluntary parts. Suitable financial method could be the Homogeneous Caring Groups, customizing needs and services.*

### BEVEZETÉS

Napjainkban egyre nagyobb jelentőséget kap az időskori betegápolás, az egészségügyi szektor tehermentesítése a gondozási-ápolási tevékenység leválasztásával és erősítésével. A korstruktúrában jelentkező változások, az egyre magasabb átlagos élettartam, a növekvő életszínvonal és a technológiai fejlődés, valamint az ezeket kísérő növekedő igények és „egészség-kereslet” olyan változásokat indítottak el, amelyek a társadalmi, gazdasági struktúrák jelentős átalakulását hozzák magukkal. Ennek a robbanásszerű

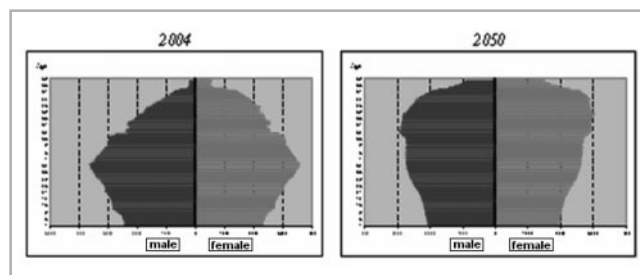
igénynövekedésnek első jelei már érezhetőek. Az Európai Bizottság (European Commission) a tagállamok számára készített jelentése azt jósolja, hogy a termékenységi ráta minden országban jóval a természetes reprodukciós ráta alatt marad az elkövetkezendő években is [2]. Az OECD-országokban 1960 óta 8 évvel meghosszabbodott születéskor várható élettartam ugyanakkor az előrejelzések szerint az elkövetkező ötven évben további 6 évvel növekedni fog.

Népességünk öregedése a fejlett országok jóléti állampolitikájának, gazdasági, társadalmi, politikai fejlődésének életszínvonalban mért indikátora, s örömteli előrelépés. Mégis számos problémát és kihívást jelent ennek a növekedő tendenciának fenntartása, finanszírozása, továbbá a demográfiai korstruktúra-változás kezelése. A jövedelmek és az egészségügyi ellátás terén bekövetkezett fejlődés és az egészségesebb életmód következtében Európában egyre több ember egyre tovább él; az orvostudomány, a gyógyítás és a gondozás színvonala nagy léptékben fejlődik. Társadalmunk egyrészt mindezeket hatalmas sikerként könyvelheti el, másrészt ez a helyzet olyan lehetőségeket és kihívásokat terem, amelyeket megértenünk és eredményesen kezelniük kell. A lehetséges alternatívák felvételénél nem elég, ha átmeneti megoldásokat keresünk. Hosszú távú gondolkodásra van szükség, számba kell venni, hogy az idősödésnek milyen egészség-gazdaságtani vonatkozásaival kell szembenéznünk, és ezek alapján lehet optimális stratégiát megalkotni és a szükséges intézkedéseket megtenni.

### A DEMOGRÁFIAI CUNAMI SZÁMOKBAN

Az elmúlt évtizedekben, elsősorban a fejlett gazdasági és szociális ellátórendszerekkel rendelkező országokban a demográfiai helyzet következtében az egyik legfontosabb problémává vált az idősek és az önellátásra képtelen idősek és fogyatékosok ápolásának-gondozásának kérdése, amely egyéni gondból társadalmi problémává vált. Az EU25 korstruktúrájában bekövetkező változások előrejelzését mutatja az 1. ábra.

Mint az ábra is mutatja, 2050-re szignifikánsan megváltozik a népesség összetétele, a 65 éven felüliek aránya. Az idős emberek ezáltal mind fontosabbak lesznek mind a gazdasági, illetve a közösségi életben betöltött szerepük, mind pedig a fogyasztóként, illetve állampolgároként támasztott igényeik és elvárásaik szempontjából.



1. ábra  
Az EU25 tagállamának 2004-es és várható 2050-es korfája [21]

A demográfiai mutatókra a migráció is hatással van. Európában a '90-es évek etnikai eredetű erőteljesebb migrációja után (balti államokból az orosz lakosság elvándorlása, cseh és szlovák lakosság vándorlása a két ország között), a folyamat lelassult. A nettó migráció pozitív egyenlege Magyarországra és Szlovéniára jellemző. Mindezek a folyamatok a társadalmak öregedésével együtt jelentős hatást gyakorolnak az országok társadalombiztosítási rendszereire, a nyugdíjrendszerekre és az egészségügyi ellátásra.

Ahogy a világ népessége öregszik, a megtakarítások apadni kezdenek, ez pedig az életszínvonal évszázados növekedésének megtorpanásához vezethet. A McKinsey tanácsadó cég egyik friss tanulmánya szerint ez még annál is nagyobb probléma, mint a jelenleg az érdeklődés középpontjában álló előrejedés növekvő költségei. [4]

A tapasztalatok szerint 50 év felett a lakosság megtakarítási rátája csökkenni kezd, a nyugdíjas években pedig gyakori a korábban felhalmozott vagyon felélése. Az előrejedési tendencia folyamán a „megtakarító” és a korosodó háztartások aránya csökken, ami a megtakarítási hajlandóság csökkenéséhez vezet.

Számítások szerint mindennek az a következménye, hogy a világban összességében mintegy 31 000 milliárd dollárral kevesebb pénzügyi megtakarítás keletkezik a háztartásoknál, aminek jelentős hatása lehet a vállalati beruházásokra, és végeredményben a gazdasági növekedésre.

Az említett tanulmány szerzői abban biztosak, hogy a magas költségvetési hiányú országokban kamatemelkedés megy végbe, ami kiszorítja a magánberuházásokat.

Magyarországon ugyanezek a folyamatok zajlanak: nő az idősek népességen belüli aránya, s ezt a népesség fogyása kíséri. Az ebből adódó korstruktúra-torzulás az öregkori ellátási teher fokozott arányú növekedését okozza, vagyis növekednek az egészségügyi ellátásra, a nyugdíjakra és nem utolsósorban az idősek szociális ellátására fordítandó összegek.

A népesség öregedésével összefüggésben megváltozott a háztartások korösszetétele is. 1980 óta folyamatosan csökken a csak fiatalokból, és nő a csak időskorúkból álló háztartások aránya. 2001-ben minden negyedik háztartásban csak 60 éven felüliek éltek, különösen magas az arányuk az egyszemélyes háztartásokban: minden száz egyedülállóból 56 időskorú. A háztartások 40 százalékában él 60 éves vagy annál idősebb személy (2001-es adatok szerint). [17]

A gondozási igény nagy arányát mutatja, hogy a 60 éven felüli lakosságnak mintegy 25-30%-a szorul valamilyen segítségre, a 70 éven felüliek mintegy 7,5%-a vesztette el valamilyen mértékben önellátási képességét, továbbá a hospitalizált betegek 33%-a 60 éven felüli beteg, akiknek 89%-a aktív ágyon kerül ellátásra, ami óriási terhet ró az egészségügyi szektorra. 2002-ben a 60 éven felüliek mintegy 6%-a részesült személyes gondoskodásban, a döntő többség ellátása tehát továbbra is a családra hárul. [17]

Az ápolásra szoruló idősök megnövekvő ellátási igénye terhet jelent a munkaerőpiacon is, amennyiben az ellátást maguk a családok próbálják megoldani. Az ápolási költség felmérése jelenleg nagyrészt becsléseken alapul. Nagyságrendileg a 60 év feletti népesség 5-6%-a vesz igénybe valamilyen intézményi gondoskodási formát, ebből következően a gondozás legnagyobb hányada családi kereteken belül történik. A családtagok és más személyek által ápoltak számáról, a családok ápolási célú nem hivatalos kiadásáról nem áll rendelkezésre információ, de több milliárdos nagyságrendről van szó. A konkrét, ápolással kapcsolatos költségeken kívül a gondozási tevékenységnek számos járulékos, társadalmat terhelő költsége jelentkezik. Ide kell sorolni a családtagok munkája miatt a munkaerőpiacról való kiesésük miatti alternatívaköltséget is.

A munkaerőpiac kapcsán más aspektusból is megoldandó feladatok állnak az egyes államok előtt. Különösen a nők, illetve az idősebb munkavállalók esetében emelniük kell a foglalkoztatás mértékét, illetve növelniük kell a munkaerő termelékenységét. Az EU foglalkoztatási rátája a 2003-ban mért 62,4%-ról 2005-re 63,8%-ra emelkedett, de még mindig messze van a tagállamok által közösen kitűzött 70%-os céltól. A foglalkoztatás és a termelékenység növelését szolgáló intézkedések sikeres alkalmazása a 2000 márciusában tartott, az EU versenyképes, dinamikus, tudásalapú gazdaságát stratégiai célként kitűző lisszaboni csúcstalálkozóval is összhangban fokozná a potenciális növekedési ütemet, emelné a jövőben várható életszínvonalat, és a fenntartható gazdasági növekedéshez is hozzájárulna. Így egyre többeknek van szüksége támogatásra ahhoz, hogy idősebb korban is önálló életet élhessenek. Ugyanakkor növekedett az aránylag jó fizikai állapotban lévő és aktív idősök száma is, akik közül sokan tevékenyen részt vesznek a foglalkoztatásban, valamint a családi és a közösségi életben, és továbbra is igénylik ezt. Az uniós tagállamokban azonban egyre nagyobb hangsúlyt és fórumot kap a népesség előrejedése által támasztott kihívások és lehetőségek felvetette kérdésekre való válaszok megtalálása is, a döntéshozatal elősegítése különféle hatástanulmányokkal.

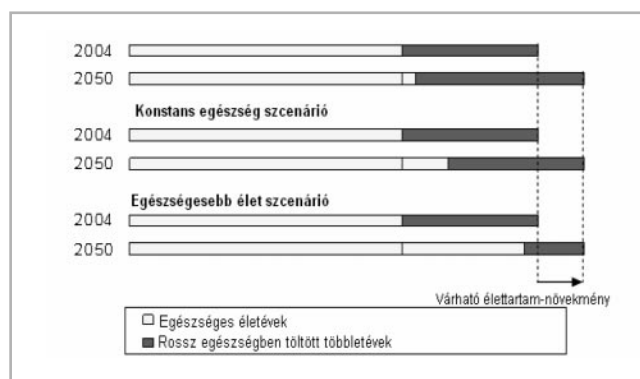
## MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK

A szakemberek meglehetősen pesszimisták a megoldási lehetőségeket illetően. A bevándorlás, a nyugdíjkorhatár emelése, a gyermekvállalásra ösztönzés és a gazdasági növekedés élénkítése csak mérsékelt eredményekre vezethet.

Megoldást az jelenthet, ha a kormányzati és a lakossági megtakarításokat növeljük, és azok hatékonyabb tőkepiaci allokációjával növeljük a hozamait. Ehhez javítani kellene a pénzügyi közvetítés hatékonyságán, növelni kell a versenyt és ösztönözni a beruházásokat.

Egy ilyen komplexitású probléma kezelésére azonban nincs egyetlen jó modell, megoldási módszer. Az egyes országok gazdaságpolitikájában már eddig is jelentős különbségek mutatkoztak. Nincs egy optimális európai minta, számos elképzelés született a lakossági megtakarítások növelésére, de még csak ezután fognak ezek a rendszerek igazán megszilárdulni. Ez a megállapítás fokozottan igaz az ápolási-gondozási feladatokkal kapcsolatban is. Az északi országok erős gondozási rendszerét, valamint az informális gondozás támogatását ott például a jóléti állam feladatának tekintik, más európai országokban többnyire a családokon belüli, illetve az intézményi megoldás a jellemző. Jelenleg a decentralizáció, valamint a gondozók, ápolók helyzetének, tevékenységük gazdasági hatásának vizsgálata fedezhető fel közös vonásként az egyes országokban e rendszer kialakításának vizsgálatakor.

Az egyik legszemléletesebb módszer a döntési helyzet illusztrálására – amely mind az egészségügyi, mind a szociális szektort érinti – a forgatókönyv-elemzés. A különböző lehetséges stratégiák kimenetelét a következő ábra mutatja. Ahogy a várható élettartam nő, az a különböző optimista, ill. pesszimista forgatókönyvek (scenáriók) szerint a hosszabb élet egészséges, illetve betegséggel eltöltött éveinek megnövekedését eredményezheti.



2. ábra  
Forgatókönyv-elemzés a várható élettartam-növekedés következményeiről [22]

Mindezek mellett Európa-szerte kiemelkedő jelentőségű és elkerülhetetlen kérdés a nyugdíjrendszer átalakítása is. Az EU tagállamai sokkal magabiztosabban nézhetnek szembe az elöregedő népesség jelentette, aggasztóan magas nyugdíjkiadással, ha költségvetésük középtávon kiegyensúlyozott lenne. Ha sikerülne ezt megvalósítani, az Európai Unióban átlagos államadósság/GDP arány a mai 63%-ról 2050-re 80%-ra emelkedne, szemben a mai gazdaságpolitikák eredményeképpen várható 200%-kal. Ez az Európai Tanácsnak és Parlamentnek szánt, az Európai Unió államháztartásainak hosszú távú fenntarthatóságáról szóló

bizottsági közlemény prognózisa. Eszerint a többi országnál nagyobb veszélynek vannak kitéve azok a tagállamok, amelyek jelentős költségvetési egyensúlyhiánnyal küzdenek, és a népesség-elöregedéssel kapcsolatos kiadások várhatóan jelentős növekedésével néznek szembe. Az EU egésze számára jelent kulcsfontosságú politikai kihívást az, hogy az Unió milyen módon birkózik meg a népesség-elöregedés költségvetésre gyakorolt hatásával. A válasz az államadósság csökkentésében, a foglalkoztatottság növelésében, és a termelékenység fokozásában rejlik, amellyel egyidejűleg a nyugdíj, az egészségügy és a tartós ápolás rendszerének reformját is el kell végezni.

További fontos indok még az eddig említett hazai gazdasági és társadalmi folyamatok mellett az Európai Unió tagállamokkal kapcsolatos kényszerítő erők, mint a konvergencia-program, valamint a kapott fejlesztési források megfelelő felhasználása akár a tartós ápolás intézményeinek fejlesztésére, akár az integrált egységek kidolgozására.

Az OECD előrejelzései alapján a baby-boom generáció és Magyarország viszonylatában az ún. Ratkó-korszak születtei 2013-2015 körül érik el az öregkort, erős nyomást gyakorolva az egészségügyi-, szociális- és nyugdíjrendszerre. Az euró magyarországi bevezetése is erre az időszakra esik, ami pedig jelentős kihívást jelent amúgy is Magyarországnak, az eddigi EU-tagországok euró-bevezetésével kapcsolatos nehézségeit megfigyelve. Jelenleg a hazai GDP mintegy egyharmadát alkotó költségvetési kiadásoknak körülbelül 8,4%-át fordítjuk az egészségügyi finanszírozására, s a hosszú távú ápolás-gondozás feladataira durva becslések szerint 0,34%-át fordítjuk, ami körülbelül 75 milliárd forintot tesz ki. Ezen adatok becslésénél forrásként szolgálhat az OECD Health Data, de az egészségügyi szektor és a szociális szektor kevéssé átlátható finanszírozása, valamint az idősök hosszú távú ápolásának főleg informális jellege miatt fokozott fenntartással kezeljük ezt az összeget. Tovább nehezíti a számbavételt, hogy a magán kiadásokkal kapcsolatosan még durva becslés sem áll rendelkezésre.

Ahhoz, hogy a demográfiai cunami és a vele járó folyamatok jól megérthetőek, és megfelelő döntésekkel követhetőek legyenek, egy világos struktúra létrehozására van szükség. Magyarországon ez a feladat még megoldatlan, bár az egyik legsürgetőbb és az egyik legaktuálisabb probléma.

Jelenleg az idősellátás két terület kompetenciájába tartozik: ez az egészségügy és a szociális ellátórendszer. Az ellátást két tárca felügyeli, ezek az Egészségügyi Minisztérium és a Szociális és Családügyi Minisztérium (SZCSM), illetve az egyes feladatok finanszírozásában az egészségügyi tárcához integrált egészségbiztosító (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, OEP). Noha sok helyen, sok intézmény és magánszerveződés foglalkozik párhuzamosan ápolási körbe tartozó szolgáltatással – mégis komoly hiánnyal kell szembenézni: a települések mintegy 30%-a nincs lefedve az alapvető szociális ellátásokkal.

Komoly problémát jelent, hogy a szociális törvényben előírt személyes gondoskodás egyes elemei (alap – nappali

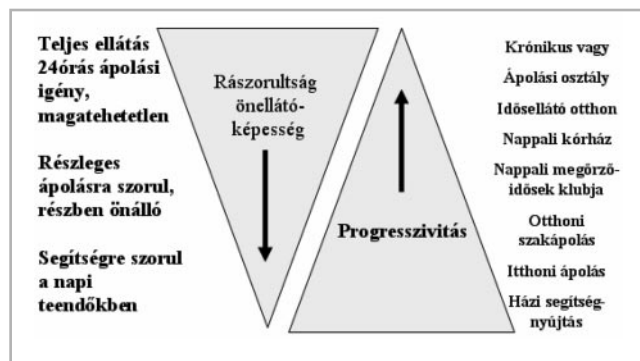
– átmeneti – tartós intézményi ellátás) a gyakorlatban alig épülnek egymásra. A települési önkormányzatok a lakóhelyükön, családi körben élők számára helyben nyújtható szolgáltatásokat nem mindig tudják biztosítani.

Az ápolási feladatok egy részét jelenleg az egészségügyi szféra látja el. Az utóbbi évtizedekben a szociális és ápolási igények egészségügyi irányú tendenciája fel erősödött, ezzel is hozzájárulva a két szektorban egymással párhuzamosan működő funkciók kialakulásához. Az egészségügyi rendszer keretein belül a házi szakápolás, az aktív, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátás keretein belül történik az ápolási feladatok ellátása. A fogyatékos megállapítása, felülvizsgálata, rehabilitáció, kezelés mind az egészségügyi szerves részfeladata, ugyanakkor nem képes azt komplexen kezelni.

A szociális és egészségügyi ellátórendszer – annak ellenére, hogy több alkalommal közös irányítás alatt állt – egymástól független ellátórendszert és elveket alakított ki.

További és alapvető problémát okoz, hogy a két rendszer között minimális a szervezett kommunikáció. A szociális ellátórendszer alap- és szakellátási szintje nem egymást kiegészítő, egymásra progresszíven épülő, a szolgáltatási struktúra költséghatékony harmonizációjában működik, hanem szegmentáltan. Az alap- és szakellátás finanszírozási kerete nem átjárható, egyik rovására a másik nem fejleszthető (szakellátás helyett alapellátás). Ez a döntő momentuma annak, hogy a bentlakásos ápoló-gondozó intézetek nagyobb számban jöttek létre az alapellátási szolgáltatások rovására.

A jelenlegi ellátórendszer tehát egyrészt nagyon töredezett, másrészt bonyolult jogi és finanszírozási meghatározottsággal rendelkezik, amely a szolgáltatói innovációt nem segíti, sőt kifejezetten kockázatosá teszi (3. ábra).



3. ábra Rászorultság és ellátórendszeri progresszivitás kapcsolata az ápolásbiztosítás rendszerében [23]

Amint az ábra mutatja, a rászorultság és az ellátások iránti kereslet volumene között jelentős progresszivitás tapasztalható. Minél nagyobb ápolási-gondozási szükséglete van egy betegnek, annál nagyobb forrásigényű ellátás tartozik hozzá. A finanszírozás alapelveinek tisztázása kulcskérdés ebben a problémakörben. Az intézmények kétharmadát az állam tartja fenn, helyi vagy megyei önkormányzatok ke-

resztül (67,5%); a nonprofit szektorban lévő egyházak, közhasznú társaságok, egyesületek 32,52%-ban vannak jelen, s a magánvállalkozások aránya nem éri el az 1%-ot.

A bentlakásos és átmeneti ellátást nyújtó szociális intézmények működéséhez a 2006-os évtől háromféle jogcímen állapítanak meg normatív támogatást. A támogatás az intézményben élők ápolási-gondozási szükségletéhez igazodva differenciálódik. Első csoportba tartozik az átlagos gondozást-ápolást igénylő ellátás, az időskorúak tartós bentlakásos intézményében, továbbá az átmeneti intézményben elhelyezett (idős, fogyatékos, pszichiátriai, hajléktalan) személyek esetében igényelhető. A támogatások második csoportja a fokozott ápolást-gondozást igénylők ellátásához kapcsolódik. Ezen az előirányzati soron szerepel a demens betegek, a fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybetegek tartós bentlakást nyújtó intézményeiben élők normatív támogatása. A demens beteg után járó normatív állami támogatást veheti igénybe az a fenntartó is, amely az emelt szintű ellátást nyújtó intézményben demens betegeket lát el, feltéve, ha a demencia kórképet a Demencia Centrum által kiadott szakvéleménnyel igazolni tudja.

A fokozott ápolási igényű betegek ellátása az egészségügyben a krónikus ellátási formákban biztosított, a demográfiai trendeket figyelembe véve elégtelenül. A jelentős számú fekvőbeteg intézményben működtetett aktív ágyak mennyiségéhez képest nem elegendő a hosszú ápolási igényű (krónikus) ágyak száma. Ezek az ágyak egészségügyi intézményekben az egészségbiztosító által finanszírozott formában működnek. Így tehát a fokozott ápolás a krónikus napidíjhoz számolandó szakmai szorzóban jelenik meg. Illusztrálásként: az ápolási osztályon 1,2, a tetraplég betegeket ellátó osztályon 4,0 a szorzószám. Ez azt jelenti, hogy az egészségbiztosító az ápolási osztályon végzett tevékenységéért krónikus napi alaplaj 1,2-szeresének megfelelő finanszírozásban részesül.

A harmadik normatíva csoportot az emelt színvonalú bentlakásos kategória alkotja, mely az időskorúak ápolást-gondozást nyújtó otthonaiban emelt szintű körülményeket biztosító férőhelyen ellátottak után igényelhető.

### AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS A SZOCIÁLIS SZEKTOR FINANSZÍROZÁSI SAJÁTÓSÁGAI

Az ápolási, gondozási intézmények finanszírozása eltérő az egészségügyi és a szociális szektorban. Az ápolási-, gondozási szolgáltatások finanszírozása a költségvetési törvény és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény alapján történik. Az egészségügyi intézmény az OEP teljesítményalapú normatív finanszírozásából részesül, a szociális intézmény fenntartója (egyház, magán, önkormányzat) közvetlenül az Államkincstárral áll finanszírozási szerződésben és elszámolásban. Ez az ellentét átláthatatlanná és nehezen összehangolhatóvá teszi a két szektoron átvívelő gondozási feladatok megszervezését, illetve finanszírozási rendszerének kialakítását.

Az egyes intézmények három bevételi forrásból tartják fenn magukat, melynek elemei:

- fenntartói támogatás;
- állami támogatás:
  - az egészségügyi szektorban: teljesítményjelentésből származó bevételek,
  - a szociális szektorban: költségvetésben meghatározott normatíva,
- beteg által történő hozzájárulás.

A két szektor finanszírozási eltérései megmutatkoznak a hosszú ápolási idejű ellátásoknál is. Az egészségügyi ellátásoknál krónikus napidíj és megfelelő szakmai szorzószám alapján korrigáltan, a szociálisnál pedig éves szinten a költségvetési törvényben meghatározott norma alapján finanszírozzák az állam. Alapvető probléma, hogy míg az egészségügyi szektorban havi rendszerben, jelentés alapján történik a finanszírozási összeg megállapítása, addig a szociális ellátásoknál nincs meg ez a havi rend, és nincsen a finanszírozási rendszer alapjául szolgáló jelentési rendszer, mely a beteg állapotát követni tudná [20].

A szolgáltatásnyújtási szabályok és az igénybevételi szabályozás jelenlegi rendszere a különböző ágazatok eltérő történeti fejlődése következtében nagymértékben eltér a szociális és az egészségügyi területen belül. Az egészségügy által nyújtott ápolási feladatért (akár a szakápoláson belül, akár a körzeti nővér nyújtotta gondozásért) a betegnek nem kell fizetnie, hiszen járulékfedezetet feltételezünk mögötte – a szociális rendszerben belül az adóból finanszírozott ápolásért igénybevétel esetén gondozási díjat kell fizetnie – ez az eltérés áttol feladatokat a „nem fizetős” helyre, s a hálapénz fennmaradását erősíti ez egészségügyi ellátórendszerben. A szolgáltatások finanszírozásának sokszínűsége az államháztartás szociális kiadásait növeli. A különböző intézményekben az ápolással összefüggő feladatok megoldása minimálisan 70-80 milliárd Ft közpénzt használ fel, míg a magánkiadásokkal kapcsolatosan még durva becslés sem áll rendelkezésre. Mindenestre összességében olyan nagyságrendről van szó, amelynél indokolt a pénzfelhasználás ésszerűsítése.

A beteg által fizetendő hozzájárulásban általános eljárás, hogy a szociális otthonok lakóitól térítési díj címén legfeljebb jövedelmük – a legtöbb esetben nyugdíjuk – 80 százalékát lehet elkérni, sőt a mindenkori nyugdíjminimum 20 százalékát (2007-ben 5.360 forintot) meg kell hagyni zsebpénznek. A szociális törvény januártól életbe lépett módosítása ugyanis új számítási módszert ír elő a térítési díjak megállapítására az időseket, a fogyatékosokat, valamint a pszichiátriai és szenvedélybetegeket ellátó otthonokban. Eszerint a lakóknak vagy hozzátartozóiknak fizetőképességük függvényében meg kellene téríteniük azt a különbözetet, amely az intézmény önköltsége és az ellátottak után fejenként járó költségvetési támogatás (normatíva) között van, hacsak az otthon fenntartója nem vállalja azt magára [1].

## ÁPOLÁS ÉS BIZTOSÍTÁS VAGY ÁPOLÁSBIZTOSÍTÁS

A szakmai szervezetek egyöntetű véleménye szerint a finanszírozási problémára hosszú távú megoldást az jelenthet, ha egyértelműen meghatározzák, milyen szociális és egészségügyi rászorultság után jár az állami támogatás. A feladat a jelenleg eltérő szabályok szerint és eltérő forrásokból működtetett két elkülönült rendszer összeillesztése. Ennek a megvalósítása során egyik rendszer sem vesz el se feladatot, se forrást (ez szerzett alkotmányos jogokat sértene) a másiktól, hanem az összehangolással a két rendszerben jelenleg meglévő pénzek hatékonyabb felhasználását kell megvalósítani. Egy olyan új rendszer kialakítása a cél, amely képes komplex gondoskodást nyújtani minden ápolásra szoruló számára, ezáltal javítva az egyén életminőségén, továbbá a családok tehermentesítése a jövőben ápolási szükségletekről való gondoskodás révén, az ápolást nyújtó családtagok egzisztenciális biztonsága, és a családon belüli kohézió növelése.

A külföldi tapasztalatok alapján megállapítható, hogy a társadalmi gondoskodás és az öngondoskodás célkitűzéseit képesek ötvözni a társadalombiztosítási finanszírozási rendszerek úgy, hogy komplex, a szükségleteket leginkább kielégítő szervezeti formákat működtessenek.

A Kormány 2011/2007. (I. 30.) számú, az ápolási rendszer egységesítésének soron következő feladatairól szóló kormányhatározatában bízza meg a szaktárcákat az új egységes ápolási rendszer kialakításával. Az elképzelések szerint – az osztrák és német példa alapján – olyan egységes ápolásbiztosítási rendszert alakítanak ki, amelynek a számlájára az aktív korúak társadalombiztosítási befizetéseiből különítenének el egy részt, abból finanszírozzák a gondozás és gyógyítás költségeit.

Az ápolásbiztosítási rendszer kialakításának előfeltétele lehet az egészségbiztosítás átalakítása járulékalapú betegségbiztosítássá (a szociális elemek tisztítása által), a rokkant- és balesetbiztosítás leválasztása, valamint a szociális ellátások új alapra helyezése, illetve a betegségbiztosításhoz kapcsolódó, kötelező járulékfizetés ellenében nyújtott ápolás meghatározása [16].

Ezt követően konkrét feladatként ki kell dolgozni az ápolással összefüggő orvosi vizitek és a szociális ágazat ápolási tevékenységét elrendelő egészségügyben a döntések követési lehetőségét. Az egészség-gazdaságtani szempontoknak megfelelően szükség van az ápoltak útjának koordinálásával elérhető hatékonyságjavulás modellezésére kistérségi és regionális szintű, településtípusonként, korcsoportonként és homogén ápolási csoportonkénti összefüggésekben.

Végül a megfelelő monitorozás érdekében ki kell dolgozni és működtetni a szociális szolgáltatások egészségügyben indikált körének TAJ-alapú monitorozási rendszerét [16].

## ÁPOLÁSBIZTOSÍTÁS – MEGVALÓSÍTÁS, EDDIGI EREDMÉNYEK

A rendszer komplexitása, az egészségügyi és szociális célú gondoskodások egybeszervezése az államháztartás érdemi átalakítását is igényelné. Ezért a kormányzat többlépcsős bevezetést javasol, melyben először az egészségbiztosításon belül szerveződnek egybe az ápolási célú feladatok forrásai, és az irányított betegellátáson belül valószínűleg meg először a szociális és egészségügyi célú gondoskodás ellátás-szervezési integrációja [23].

Az ápolásbiztosítás egy hosszú távon is működőképes rendszerben két elemből, a kötelező és az önkéntes pillérből áll. A kötelező része szabályozott feltételek mellett garantált és egységes ápolási szolgáltatásra jogosít valamilyen biztonsítottat. Ezt mindenki igénye szerint egészítheti ki önkéntes magánbiztosítással. A magánbiztosítás számos szolgáltatásból állíthat össze különböző termécsomagot egyedi igények és előtakarékosági hajlandóság szerint. Tartalmazhat az intézeti ápolás mellett – az állapottól függően – különböző mértékű házi ápolást, de mindezt akár kombinálva is.

Gazdaságossági és hatékonysági szempontok mellett az ápolásbiztosítási rendszer kialakításakor az alábbi társadalompolitikai alapelvek figyelembevételére van szükség:

- szolidaritás és kockázatközösség (a szolgáltatások meghatározó része szükséglet- és nem befizetés-arányos),
- szükségletelemzés – rászorultsági elv,
- integráció és ellátásszervezés (a különböző típusú, forrású ellátások összehangolása),
- szubszidiaritás (a probléma beteg-közeli, lehetőség szerint lakókörnyezeti megoldása),
- költséghatékonyság (a szükséglethez igazodó lakosság-közeli ellátások preferálása, az egészségügyi ellátórendszer tehermentesítése).

Az átalakítási folyamatoknak sarokköve lehet egy állapotfüggő, ellátott-centrikus, differenciált finanszírozás kiépítése. A jelenlegi intézményközpontú rendszer jelentősen torzít: az ellátottak között a gondozó intézmény fenntartója szerint diszkriminál. (Közhasznú társaságok, egyesületek és közalapítványok az állami normatívának megfelelő összeget kapják finanszírozásként, az egyházi fenntartású intézmények azonban a megállapított normatíván felül további forrásokat kaptak az Állami Számvevőszék időkészletéről kiadott 2003-as jelentése szerint. A magánvállalkozások pedig a 2002-es LXII. törvény szerint a normatívának csak 30%-ára jogosultak, amely a magánvállalkozások nagyszámú nonprofit társasággá alakulását eredményezte.) A probléma kezeléséhez elengedhetetlen, hogy szakmailag megalapozott, ellátási szükséglet szerinti ápolási-gondozási besorolás történjen, amely az otthonokban folyó gondozási munka mellett az egészségügyi-ápolási tevékenység mérését is lehetővé teszi. Ennek első lépéseként 2004-ben kidolgozásra került egy, az ápolási-gondozási igények felméré-

sére szolgáló kérdőív, amely az egyes tevékenységek normaidejének meghatározására, illetve az ápolási-gondozási kategóriák megállapítására tett javaslatot. Az egészségügyben a fekvőbeteg-ellátás alapjául szolgáló HBCS analógiájára Homogén Gondozási Csoportok kialakításáról van szó.

Egy egyszerűen kezelhető rendszer kialakítása a cél, amelyen belül viszonylag gyors értékeléssel az egyes gondozottak beilleszthetők. Fontos kritérium, hogy a gondozást végző személyzet számára is könnyen elvégezhető legyen a besorolás, valamint ne legyen időigényes ennek elvégzése és adminisztrációja. A besorolásban az önellátási képességet időskorban halmozottan rontó érzelmi depriváció, valamint a mentális képességek vizsgálata súlyozottan figyelembe vételre kerül.

A Homogén Gondozási Csoportok kialakítására számos európai példa áll rendelkezésre, amelyeket egymással összehasonlítva egy jól átlátható rendszer működéséről kaphatunk képet:

### HOMOGEN GONDOZÁSI CSOPORTOK [12]

1. táblázat

Homogén Gondozási Csoportok	Megfelelő kategóriák nemzetközi összehasonlításban		
	Németország	Ausztria	Franciaország
I. Mérsékelt gondozási igény	I.	I-II	5-6
II. Közepes gondozási igény	II.	III-IV-V	3-4
III. Megterhelő gondozási igény		V-VI	2
IV. Állandó, megterhelő gondozási igény	III.	VII	1

#### A Homogén Gondozási Csoportok kategóriái

A fenti táblázat a magyarországi kategorizálás, illetve a nemzetközi hasonló rendszerek összevetését teszi lehetővé. Tapasztalatok szerint a németországi három kategória elnagyolt, nem bontja meg kellő mértékben az egyes ápolási szükségleteket, valamint problémaként felmerült, hogy a demenciát egyáltalán nem vizsgálja, és nem tudja jól mérni a dependenciát. Az országok példája alapján megállapítható, hogy a magyar beosztás leginkább az osztrákra hasonlítható, mert a gondozásra fordított idő a besorolás alapja. Ebben a rendszerben a kulcskérdés a kategorizálás alapjául szolgáló minimumstandardok kidolgozása. A rendszer finanszírozási hátterét egy finanszírozási normatíván alapuló módszer adja. A besorolás alapján az egyes betegek megkapják az ápolásukhoz, gondozásukhoz feltételezhetően szükséges összeget, amelyet aztán saját személyes preferenciáik, szükségleteik szerint használnak fel. Ezzel szemben más országokban, például Hollandiában a megállapított szükséglet-hez kapcsolódó ellátás formájára kerül sor.

A szakemberek javaslata szerint Magyarországon négy ápolási-gondozási kategória került kialakításra: az első két csoport otthon és a hozzátartozók aktív segítségével az alapellátásban is gondozható állapotot jelöl, a harmadik csoport számára már az intézményi ellátás indokolt. A legmagasabb kategóriába a csak megfelelően felkészült szociális intézményben gondozható betegek kerülnek, illetve akiknek

állapota kórházi, krónikus vagy ápolási osztályon való ellátást is indokoltá tesz. Ez utóbbi csoporthoz célszerű lenne az egészségügyi kasszával összehangolni a finanszírozást. Alternatívaként itt merülhet fel a kiegészítő ápolási támogatás biztosítása.

A 2004 őszén a Szociális Érdekegyeztető Munkabizottság (SZÉM) pontrendszerrel dolgozott ki, amelynek lényege, hogy a besorolást egyszerűen, szükség szerint összehasonlíthatóvá és reprodukálhatóvá teszi. A rendszer vezérlő elve az időráfordítás. A gondozást végző számára nem az adott állapot kiváltó oka a releváns, hanem az ápolási szükséglet mértéke. Ebből a szempontból homogének a csoportok. Az eddigi gyakorlati tapasztalatok is azt mutatják, hogy ez egy jól működő, átlátható rendszer lehet, amely az ellátás mellett a finanszírozás ésszerűsítését is elősegítené. Az állapotfelmérés gyakorlatának általánossá válása lehetővé teszi a megfelelő szintű ellátás megválasztását. Ha az idősgondozásban a szakmai szemlélet és a geriátriai szempontok érvényesülnek, javul az ellátás és a gondozottak életminősége. Szakmailag megalapozott állapotfelmérés és szektorsemleges finanszírozás esetén összevethetővé válik a szociális és egészségügyi terület, mely a párhuzamos ellátások kiküszöbölését is elősegítené [12].

## AZ EGYSÉGES ÁPOLÁSI RENDSZER LÉTREHOZÁSÁNAK KONKRÉT FELADATAI

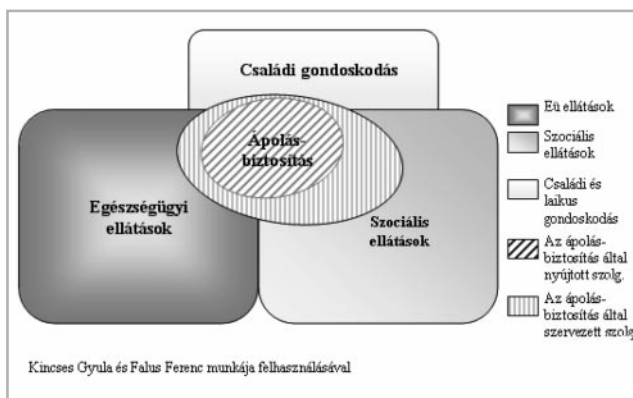
A teendők között szerepel, hogy ki kell dolgozni az ápolással összefüggő orvosi vizitek és a szociális ágazat ápolási tevékenységét elrendelő egészségügyi ellátásban a döntések követésének lehetőségét.

Amennyiben a követési lehetőségek ismertek és kidolgozottak, akkor fel kell mérni a homogén ápolási kategóriánként (Homogén Gondozási Csoportok, HGCS módszertannal) megjelenő szükségletet korcsoportonként, a település lélekszámától függően. Homogén Gondozási Csoportok kialakításának folyamata az alábbiak szerint alakul: az intézményben gondozottak fizikai és mentális állapotának, illetve ápolási igényeiknek a felmérése, ahol minden kérdés az adott személy önálló, segítség nélküli képességére kérdez rá, s besorolja kategóriákba, amelyek alapján meghatározza az ápolási igényt és az ápolás tartalmát homogén gondozási csoportokba.

Az egészség-gazdaságtani szempontoknak megfelelően szükség van az ápoltak útjának koordinálásával hatékonyságjavulás elérésére kistérségi és regionális szintű, településtípusonként, korcsoportonként és homogén ápolási csoportonkénti összefüggésekben.

Végül a megfelelő monitorozás érdekében ki kell dolgozni és működtetni a szociális szolgáltatások egészségügyben indikált körének TAJ-alapú monitorozási rendszerét.

A 4. ábrán az egészségbiztosítási és ápolásbiztosítási rendszerek lehetséges átfedései, kölcsönhatásai láthatók [11]:



4. ábra  
Az ápolásbiztosítás és egyéb ellátások szerveződése

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az öregedő népesség új társadalmi-gazdasági szituáció elé állítja a világ minden országát, ami nagy kihívást jelent, elsősorban a fejlett országokban, de a világ többi részén is.

A korstruktúrában bekövetkező változás hatása kiterjed a gazdaság minden szektorára, amely egy komplex megoldási terv létrehozását és annak végrehajtását kényszeríti ki, amely a gazdaság szereplőinek összehangolt tevékenységét teszi szükségessé. A lakosságban belüli aktív-inaktív keresőképeselek arányának megváltozása a nyugdíjrendszer megváltoztatását, esetleg adóemelést is indokol. Az azonban, hogy milyen többletbevételek és többletkiadások keletkeznek, és hogy a meglévő-keletkező forrásokat hogyan használjuk fel, a döntéshozókat komoly feladat elé állítja. Az ezen a téren végzett egészség-gazdaságtani vizsgálatok hozzásegíthetnek ahhoz, hogy a pénzt hatékonyan elköltsük a forrásokat optimálisan allokálhassuk.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Alkonyzóna; Dráguló szociális otthonok. In: HVG: XXIX. évfolyam 8.  
[2] A népesség-előregedés ára: most kell csökkenteni a hiányt és megreformálni a nyugdíjrendszert ahhoz, hogy gyermekeinknek fenntartható jövőt hagyjunk örökölni című tanulmány, Brüsszel, 2006. október 12.

- <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/06/1356&format=HTML&aged=1&language=HU&guiLanguage=en>  
[3] Ápolásbiztosítás – önálló pályán. In: piac-profit.hu, 2006. augusztus 14.

- [4] Az egyre több nyugdíjas miatt csökken a jólét. <http://www.portfolio.hu/cikkek.tdp?k=3&i=82311>
- [5] Bácskay Andrea: Az idősek szociális gondozása. KSH, Budapest, 2004., p.5-6.,11-12.
- [6] Boncz I., Betlehem J., Sebestyén A.: A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalainak ismertetése. *Nővér*, 2001, 14(6):7-14.
- [7] Boncz I., Gabányi J., Sebestyén A., Betlehem J., Gulácsi L., Dózsa Cs.: Hosszú idejű ellátás és ápolásbiztosítás Hollandiában. *Egészségügyi Menedzsment*, 2003., 5(3): 62-67.
- [8] Csillik Gabriella: Az időskorú ellátás egyes kérdései, 2006. Az Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpontnak adott helyzetjelentés
- [9] Csillik Gabriella: Az ápolásbiztosítási rendszer kiépítése. *Szociális Menedzser* 1/2007. 20-22.
- [10] Csillik Gabriella 2007: Az idősellátás dilemmái. Az *Idősödő lakosság, ápolás és finanszírozás: magyarországi kihívások, lehetőségek és az európai tapasztalatok* konferencia, Budapesti Corvinus Egyetem, 2007.
- [11] Dózsa Csaba: Ápolásbiztosítás Magyarországon. Az *Idősödő lakosság, ápolás és finanszírozás: magyarországi kihívások, lehetőségek és az európai tapasztalatok* konferencia, Budapesti Corvinus Egyetem, 2007.
- [12] Dr. Egervári Ágnes: Homogén Gondozási Csoportok, a „HGCS” (Az ápolási-gondozási rászorultság mérhetősége a szociális ellátásban). *Szociális Menedzser* 1/2007. szám, 16-19. p.
- [13] Ferry, Martin – Baker, Richard: Regionális stratégiák és a népesség előregedése. (Elérhető: [http://www.cor.europa.eu/document/press/f\\_cdr5421-2006\\_doc-int\\_hu.pdf](http://www.cor.europa.eu/document/press/f_cdr5421-2006_doc-int_hu.pdf))
- [14] Gabányi J., Boncz I., Dózsa Cs.: A francia egészségügyi rendszer működése, különös tekintettel a tartós ellátási formák jellemzőire. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2003., 41(6): 5-8.
- [15] Hammer, Elisabeth – Österle, August: Welfare State Policy and Informal Long-Term Care Giving in Austria: Old Gender Divisions and New Stratification Processes Among Women. *J. Soc. Pol.*, 32, 1, 37-53. Cambridge University Press 2003.
- [16] Kárpáti Zuzsanna: Az ápolásbiztosítási rendszer előkészítése. Az *Idősödő lakosság, ápolás és finanszírozás: magyarországi kihívások, lehetőségek és az európai tapasztalatok* konferencia, Budapesti Corvinus Egyetem, 2007.
- [17] Központi Statisztikai Hivatal: Időszerűk Magyarországon. Budapest: KSH, 2004.
- [18] Központi Statisztikai Hivatal: Szociális statisztikai évkönyv 2004, illetve 2005. [közread.] Központi Statisztikai Hivatal. Budapest: KSH, 2005. és 2006.
- [19] Österle, August: Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe. Ashgate Publishing Company 2001.
- [20] Dr. Sinkó Eszter: Közhiteles nyilvántartások az egészségügyben, III. rész, IME, 2005. június.
- [21] The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050) – Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN), 2006.
- [22] Health care and long-term care expenditure projections for EU25 Member States. Bartosz Przywara prezentációja (Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission.) 9th European Health Forum, Gastein, 7 October 2006
- [23] Az idősellátás dilemmái. Az *Idősödő lakosság, ápolás és finanszírozás: magyarországi kihívások, lehetőségek és az európai tapasztalatok* konferencia, prezentáció, Budapesti Corvinus Egyetem, 2007.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Érsék Katalin** 2003-tól Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Karának hallgatója. 2006-tól felvette az egészségügyi közgazdaságtan és technológiaelemzés mellékszakirányt, melynek keretében a BCE Közszolgálati Tanszék Egészséggazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont kutatásaiban vesz részt.



**Mészáros Kinga** 2003-tól Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Karának hallgatója. 2006-tól felvette az egészségügyi közgazdaságtan és technológiaelemzés mellékszakirányt, melynek keretében a BCE Közszolgálati Tanszék Egészséggazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont kutatómunkájában segít. A

2006/2007-es tanév tavaszi félévében részt vett az Egészségügyi szervezetek vezetési problémái című szakszemináriumon.



**Dózsa Csaba** egészségügyi közgazdász. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen végezte 1994-ben, egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben szerezte a barcelonai Universida de Barcelonán és Popeu Fabrán. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési Költségvetési Főosztályon, majd a gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től mint főigazgató-

helyettes. 2005. május és 2006. június között az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg a Corvinus Egyetem PhD-programjában vesz részt, kutatási területe a teljesítményfinanszírozás hatásmechanizmusai, ösztönzési rendszerek az egészségügyi ellátások finanszírozásában.



**August Österle, ao.Univ.Prof. Dr.** a Bécsi Közgazdaságtudományi Egyetem (WU) Szociálpolitika Tanszékének professzora. Pályafutása során a pozsonyi, londoni, firenzei és bathi egyetemeken folytatott tanulmányokat és dolgozott kutatómunkatársként. Az egészségügyi és hosszú távú ápolási tevékenységgel kapcsolatos kutatásai során jelenleg el-

sősorban Közép- és Dél-kelet-Európa országai kerülnek fókuszba, az egyes országok sajátosságait, illetve a nemzetközi hasonlósági-különbözőségi faktorokat vizsgálva az ápolási tevékenység területén. Nyolc országra kiterjedő kutatási munkája során a Budapesti Corvinus Egyetem Egészséggazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpontjánál töltött fél évet oktatással, illetve a kutatás lefolytatásával, koordinálásával 2006 októberétől. A Budapesti Corvinus Egyetem címzetes egyetemi tanára 2007 tavaszától.



**Csillik Gabriella** 1984-1991 között egészségügyi szakképesítéseket szerzett. 1996-ban a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán egészségügyi szakoktatóként végzett. 1999-ben a Janus Pannonius Tudományegyetemen szociálpolitikus egyetemi végzettséget szerzett, majd 2004-ben közigazgatási szakvizsgát tett. Pályafutását 1983-ban a Pécsi Honvédkórházban szak-

asszisztensként kezdte. 1995-1997 között a Pécsi Orvostudományi Egyetemen egyetemi szakoktató. 1997-1998: a Siklósi Kórház Kht. ápolási osztályán osztályvezetőként dolgozott. 1999-2001: Országos Egészségbiztosítási Pénztár Egészségügyi Szolgáltatások Pénzellátási Főosztályán egészségügyi szakmai referens, tanácsos. 2001-2004: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyító-Megelőző Ellátási Főosztályán finanszírozási szakreferens, főtanácsos. 2005. január 1-től ICSSZEM Miniszteri Kabinet egészségügyi területért felelős főtanácsosa.

**Dr. Gulácsi László** bemutatása lapunk „Portré” rovatában olvasható.

## *Limfóma Világnap*

### **Második alkalommal rendezték meg Magyarországon a Limfóma Világnapot**

Szeptember 15-e a Limfóma Világnapja. Ezen a napon számos országban igyekeznek felhívni az emberek figyelmét erre a betegségekre, amelyben hazánkban is évente több mint 1000 ember betegszik meg. Magyarországon a Magyar Rákellenes Liga karolta fel a kezdeményezést és az orvosszakma kiemelkedő szakértőit felkérve szervezte immár második éve betegtájékoztató programját. A Limfóma Világnap háziasszonya Sarnyai Eszter modell volt, aki gyógyult limfómás betegként segítette a Ligát a közvélemény tájékoztatásában.