

MAGYAR KÖZTÁRSASÁG KORMÁNYA

Átiktatva: J/230

J/3332. számú

JELENTÉS

**az ápolási díj, valamint a hozzátartozóikat otthon ápoló személyeket segítő
intézményrendszer továbbfejlesztésének lehetőségéről**

**Előadó: Kiss Péter
szociális és munkaügyi miniszter**

Budapest, 2007. június

JELENTÉS

az ápolási díj, valamint a hozzátartozóikat otthon ápoló személyeket segítő intézményrendszer továbbfejlesztésének lehetőségéről

Bevezető

A beteg – ápolásra szoruló – emberek ellátása hosszú évszázadokig a családok (tradicionális nagycsaládok) feladata és kötelessége volt. Az életformaváltással és a családszerkezet változásával került előtérbe a külső környezet – a társadalom és a közösség – felelősségének erősödése az ápolás és gondozás területén. Az ápolásra szorulókról való gondoskodás előtérbe kerülésében jelentős szerepet játszik az átlagéletkor növekedése és a társadalom elöregedése is. Ma Magyarországon a 60 éven felüliek száma közelíti a kétmillió-egyszázezer főt, ami a lakosság közel húsz százaléka. Ebből a gondoskodás szempontjából fokozottabban érintett csoport, a hetven-nyolcvan évesek és annál is idősebbek csoportja mintegy egymillió fő, a lakosság tíz százaléka.

Az otthoni ápolás-gondozás tekintetében külön csoportként kell figyelembe venni a tartós gondozásra szoruló súlyosan fogyatékos személyeket. A tartósan beteg, fogyatékos személyek családban történő gondozását jelenleg is segítik különböző ellátások és szolgáltatások. Ilyen pénzbeli segítség az ápolási díj is, mely a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás. Az ellátást jelenleg közel negyvenezer fő veszi igénybe, ezen belül húszezer fogyatékos személy otthoni gondozását támogatják ápolási díj biztosításával. A húszezer főből nyolcezer súlyosan fogyatékos embert gondoznak otthonában hozzátartozói. Ez az otthoni gondozás sok esetben azt jelenti, hogy a gondozást ellátó családtag hosszú évekre kivonul a munka világából, és lemond a munkajövedelem szerzésének lehetőségéről is. Azonban vannak olyanok is, akik vállalják a tartósan beteg, fogyatékos gyermekük, családtagjuk ápolását, de anyagi körülményeik miatt kénytelenek munkát vállalni. Az ő számukra a személyes gondoskodást nyújtó nappali intézmények, valamint a házi segítségnyújtás igénybevétele biztosíthatja a segítséget.

Mind a szociális és az egészségügyi ellátórendszer, mind pedig a rászoruló és családjaik szempontjából az otthoni ápolás-gondoskodás rendszerének felülvizsgálata és javítása kiemelten fontos feladat.

Az ápolási díj, valamint a hozzátartozóikat otthon ápoló személyeket segítő intézményrendszer továbbfejlesztésének igénye az érintett társadalmi csoportok részéről is megfogalmazódott. Az Értelmi Sérültek és Családtagjaik Jogvédő Egyesülete 2005-ben népi kezdeményezést indított, melyet az Országos Választási Bizottság sikeresnek minősített. A népi kezdeményezésben a következő kérdést foglalmazták meg:

„Kívánja-e Ön, hogy az Országgyűlés tűzze napirendre az ápolási díj kérdését, és a megalkotandó új törvényben a súlyos fogyatékos és állandó felügyeletre szoruló személyekre tekintettel az ápolási-gondozási tevékenységet ellátó hozzátartozó által végzett napi 24 órás gondozást, felügyeletet teljes értékű munkavégzésként ismerje el, és ennek megfelelően az ápolási díj összege ne lehessen kevesebb, a mindenkori legalacsonyabb munkabér összegénél?”

A konkrét javaslatot a parlament nem fogadta el, ezért az Országgyűlés meghozta a 93/2005. (XII. 15.) OGY határozatot, melyben elismerte a közeli hozzátartozók otthoni ápolásának jelentőségét, és a Kormányt felkérte, hogy tájékoztassa az ápolási díj, valamint a hozzátartozóikat otthon ápoló személyeket segítő intézményrendszer továbbfejlesztésének lehetőségeiről.

Az Országgyűlés, a következő pontokban foglalta össze azokat a tématerületeket, amelyek a továbbfejlesztés alapját képezhetik:

- a) milyen ütemezésben és mértékben emelhető meg a fokozott ápolást igénylő, súlyosan fogyatékos személy gondozását végző hozzátartozók ápolási díja;
- b) az ápolást végző személyek munkaerőpiacra való visszatérési lehetőségének ösztönzéseként milyen mértékben szükséges az időskorúakat, illetve a fogyatékos személyeket ellátó nappali intézmények fejlesztése, bővítése;
- c) a lakókörnyezetben igénybe vehető szociális alapszolgáltatások (házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás) hogyan tudnak segítséget nyújtani az ápolási tevékenységet végzők számára;
- d) lehet-e a legalább 10 évig alanyi jogon ápolási díjra kényszerülő, a rá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltő ápoló – amennyiben tovább ápol – ápolási díját és nyugdíját együtt folyósítani;
- e) hosszú távon bevezethető-e – a nemzetközi tapasztalatok és eredmények felhasználásával – az ápolási díj jogán az ápolási díj.

A jelentés az országgyűlési határozatban szereplő témakörökről ad áttekintést. Az első rész bemutatja a jelenlegi hazai helyzetet, így az ápolási díj és az intézményi ellátás rendszereinek jellemzőit, mind az igénybevevők, mind pedig az igazgatás és a finanszírozás oldaláról. Mivel a rendszer továbbfejlesztésének lehetséges irányait széles kontextusba helyezve kell megvizsgálni, a továbbfejlesztés szempontjából nagyon fontos a nemzetközi ápolási rendszerek tapasztalatainak figyelembevétele is. Ezért a jelentés röviden felvázolja az európai és a kontinensen kívüli ápolási rendszerek sajátosságait, melyek közül legjelentősebb a német ápolásbiztosítási rendszer, mely több ország ápolásbiztosítási rendszerének alapjául is szolgált.

A helyzetértékelés, és a külföldi tapasztalatok rövid összefoglalása után a jelentés bemutatja a továbblépés lehetséges alternatíváit, tekintettel azok megvalósíthatóságára az ország gazdasági helyzetének és az ellátásból részesülők igényeinek tükrében.

I. A jelenlegi helyzet Magyarországon

1. Az ápolási díj

Az ápolási díj több mint 15 éve része a **szociális támogatási rendszernek**. Jogosultsági feltételei az évek folyamán fokozatosan bővültek, korszerűsödtek. Működésének elvi alapja a társadalmi szolidaritás, a rendkívüli élethelyzetekben a családi kötelezettség teljesítésének erkölcsi és anyagi támogatása.

Az ápolási díjra vonatkozó rendelkezéseket a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: szociális törvény) tartalmazza. Az ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló súlyosan fogyatékos, vagy tartósan beteg személy otthoni ápolását-gondozását ellátó, az ápolási tevékenység végzésére szakképesítéssel nem rendelkező – így „**laikus ápolónak**” minősülő – nagykorú hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás. Így az ellátást igénybe veheti például a szülő, gyermek, házastárs, élettárs, testvér, a testvér házastársa, a szülőnek és gyermekének házastársa, a házastárs szülője, gyermeke, testvére. Nem veheti igénybe az ellátást, például az ápolásra szoruló szülőjének testvére, az unokatestvér stb., vagy például a szomszéd sem, aminek egyedülálló rászorult esetén lehet jelentősége.

Az ápolási díjnak alapvetően két típusát különbözteti meg a jogszabály, így alanyi jogon, illetve méltányosságból állapítható meg az ellátás.

Alanyi jogon ápolási díjban a tartósan gondozásra szoruló, súlyosan fogyatékos, vagy tartósan beteg 18 év alatti személy otthoni ápolását végző hozzátartozó részesíthető. A törvény a súlyosan fogyatékos személyek körét a fogyatékosági támogatásra szorulókkal esetével megegyezően szabályozza. Tartósan beteg a törvény rendelkezése szerint jelenleg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel. Az ápolási díj mértéke ez esetben az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 100%-a.

Az **alanyi jogon** folyósított ápolási díj vonatkozásában 2005 szeptemberétől új elemként beépítésre került a jogszabályba az **emelt összegű ápolási díj**, amelynek igénybevételével a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személy gondozását végző hozzátartozó az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 130%-ával megegyező mértékű ellátást kap. A jogszabály azért emeli ki a fokozott ápolási igényt, és biztosít magasabb ellátást, mert ebben az esetben a legkisebb az esélye annak, hogy még akár korlátozott időtartamban is, de munkát vállaljon az ellátást végző hozzátartozó, és ezáltal jövedelmét kiegészítse, valamint a folyamatos gondozás és készenlét nagyon komoly terheket ró az ápolást végzőkre. **Fokozott ápolást igénylő** személynek a törvény értelmében azt kell tekinteni, aki az alább felsoroltak közül legalább három tevékenységet nem képes önállóan, mások személyes segítségével elvégezni. Ezek a tevékenységek a következők: étkezés, tisztálkodás, öltözködés, illemhely használata, lakáson belüli közlekedés (még segédeszköz igénybevételével sem). Ezen feltételek fennállásáról a települési önkormányzat jegyzője az ápolat

személy tartózkodási helye szerint illetékes megyei, fővárosi szociális módszertani intézmény szakvéleménye alapján dönt.

Méltányosságból ápolási díjat a települési önkormányzat azon személyek részére állapíthat meg, akik 18. életévét betöltött tartósan beteg személy ápolását, gondozását végzik. Ezzel olyan élethelyzetben lévők jutnak rendszeres jövedelemhez, akik idős, beteg szülőjüket, vagy például tartósan beteg házastársukat ápolják otthonukban, ezért rendszeres munkát vállalni nem tudnak (például olyan kistelepülésen élnek, ahol a munkába járás ingázással is járhat). Az ellátás csak meghatározott családi jövedelemhatár alatt ítéltető meg, melynek mértékét a települési önkormányzatok helyi rendeletben szabályozzák. Ezen esetekben a házi orvosnak igazolnia kell a tartós betegség tényét, valamint az állandó és tartós gondozás szükségességét. Az ellátás mértéke az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 80%-a.

1. táblázat: Az ápolási díjban részesülők és az ellátásra fordított évek, költségvetési kiadások

	Ápolási díjban részesülők száma (fő)				Éves költségvetési kiadás (milliárd Ft)				A támogatás havi összege 2007-ben
	1992	1995	2000	2005	1992	1995	2000	2005	
alanyi jogú ápolási díj*	5.690	7.222	8.476	21.345	0,4	0,7	1,6	5,9	27.130 Ft Öregségi nyugdíj- minimum 100%-a
méltányosságból megállapított	10.872	14.456	18.390	20.810	0,5	1,2	2,7	5,1	21.700 Ft Öregségi nyugdíj- minimum 80%-a
összesen	16.562	21.678	26.866	42.155	0,9	1,9	4,3	11	

*Emelt összegű ápolási díjat 2005. szeptember 1-jétől lehet megállapítani. Mértéke az öregségi nyugdíjminimum 130%-a, melynek összege 2007. február 15-étől 35.270 Ft. Emelt összegű ápolási díjban 2006-ban átlagosan 8000 fő részesült.

Az ápolási díjjal kapcsolatosan, az önkormányzatok önkéntes adatszolgáltatása alapján 2007 márciusában készült vizsgálatból pontosabb képet kaphatunk az ápolási díjban részesülők, és az általuk ellátottak összetételéről. (A felmérés az ellátásban részesülők 50%-át érintette.)

A beérkezett adatok alapján elmondható, hogy 99%-uk egy fő gondozását-ápolását végzi.

Az ellátásban részesülők és az általuk ellátottak életkori megoszlását az ápolási díj egyes típusai szerint a következő táblázatok tartalmazzák.

2. táblázat: Az ápolási díjban részesülők életkori megoszlása az ápolási díj egyes típusaiban

Az ápolási díj típusa	Az ápolási díjban részesülők (ápolók) életkori megoszlása (%)					
	-30	31-40	41-50	51-60	61-	Összesen
Alanyi jogú ápolási díj	9,9	23,9	32,6	30,6	3	100
Ebből emelt összegű	8,4	20,4	32,8	34,8	3,6	100
Méltányosságból megállapított	13,5	20,6	30,5	32,9	2,5	100
Összesen	11,3	22,6	31,8	31,5	2,8	100

A gondozást vállalók döntő többsége az aktív korúak közül kerül ki, közel kétharmaduk 50 éves kor alatti. Az ápolási díj egyes kategóriáin belül nincs jelentős arányú eltérés az életkor tekintetében. Alapvetően tehát a munkaképes korú személyek esnek ki a munka világából azért, mert szükségessé válik hozzátartozójuk tartós otthoni ápolása.

3. táblázat: Az ápolási díjban részesülők által ellátottak életkori megoszlása az ápolási díj egyes típusaiban

Az ápolási díj típusa	Az ápolási díjban részesülők által ellátottak (ápoltak) életkori megoszlása (%)						
	-10	11-18	19-30	31-50	51-70	71-	Összesen
Alanyi jogú ápolási díj	2,6	15,7	12,1	12,6	26,6	30,4	100
Ebből emelt összegű	2,4	11	15	13,8	28,3	29,5	100
Méltányosságból megállapított	0,4	0,6	3,5	10	33,8	51,7	100
Összesen	1,7	9,7	8,7	11,6	29,5	38,8	100

Az ápoltak kétharmada ötven éves kor fölötti, majd negyven százaléka pedig betöltötte hetvenedik életévét. Az időskorú ápoltak aránya a méltányosságból megállapított ápolási díj esetén a legnagyobb, de hetven éves kor fölötti az alanyi jogon járó ápolási díj keretében ellátottak egyharmada. **A gondozottak magas életkora miatt valószínűsíthető, hogy az ápolást végzők jelentős részének vissza kell térnie, és vissza is tér a munkaerőpiacra.** Így nem mindegy, hogy az ellátás megszűnése után ennek milyenek az esélyei.

Mivel az ápolási díjban részesülők jelentős hányada az aktív korú népességből kerül ki, az ellátás átalakítása szempontjából fontos kérdésként jelenik meg az is, hogy azok az ápolási díjban részesülő személyek, akik aktív életük jelentős részét súlyosan beteg, fogyatékos hozzátartozójuk ápolásával, gondozásával töltik, nemcsak munkajövedelemmel nem rendelkeznek, hanem az öregségi nyugdíj megállapításához szükséges szolgálati idővel sem. Ezért az ápolási díj folyósításának időtartama szolgálati időre jogosít, az ellátásban részesülő személy az ellátás után nyugdíjjárulékot, illetve magán-nyugdíjpénztári tagdíjat fizet.

2005-ben lehetővé vált, hogy az ápolási díjat tovább folyósítsák annak a súlyos fogyatékos személy ápolását végző hozzátartozónak, akinek saját jogú nyugdíjat állapítanak meg, feltéve, hogy az ápolási díjat a nyugdíj megállapításának időpontjában több mint tíz éve folyósítják. Például az a szülő, aki hosszú éveken keresztül (több mint tíz éve) gondozta súlyosan fogyatékos gyermekét, a reá irányadó nyugdíjkorhatár betöltésekor igénybe veheti az öregségi nyugdíjat, és számára az ápolási díjat továbbra is folyósítják. Ezzel az **országgyűlési határozat d) pontjában leírt kérdésben foglaltak** a szociális törvény 2005. évi módosításával **megvalósultak**.

Abban az esetben, ha az ellátásra jogosult személy más rendszeres pénzellátásban, például rokkantsági nyugdíjban, öregségi járadékban, özvegyi nyugdíjban, gyermekgondozási segélyben stb. is részesül, de ennek összege nem éri el az ápolási díj összegét, akkor az ápolási díj részösszegben folyósítható.

Az ellátást a települési önkormányzatok folyósítják, így annak odaítéléséről is ők döntenek. Az igénylést, és az ahhoz szükséges orvosi és egyéb szakértői véleményeket

is az önkormányzatokhoz kell benyújtani. Az alanyi jogon járó, de emelt összegű ellátás igénylésekor a megyei, fővárosi szociális módszertani intézmények szakvéleménye alapján születik döntés. Az ápolási díjat a települési önkormányzat jegyzője állapítja meg, és az önkormányzat folyósítja. Az alanyi jogon járó ápolási díj összegének 90%-át és az azt terhelő társadalombiztosítási járulékot havonta előlegben a központi költségvetés a Magyar Államkincstár Területi Igazgatóságain keresztül az önkormányzatok részére megtéríti.

2. Az intézményi ápolás rendszere

A demográfiai mutatóink az EU-tagországokhoz hasonlóan a lakosság gyorsuló elöregedését jelzik. Az elmúlt 50 évben az úgynevezett öregedési index (a 65 éves és idősebb, valamint a 14 éves és fiatalabb népesség egymáshoz viszonyított aránya) mintegy háromszorosára növekedett. Ez a tendencia folytatódik, és azzal a kihívással kell szembenézni, hogy az élettartam meghosszabbításának eredményeként egyre nő a korosabb generáció (75 éven felüliek) létszáma és aránya, idővel minden harmadik-negyedik ember 60 éves és idősebb lesz. A népesség öregedésével a háztartások korösszetétele is változik: egyre több az olyan háztartás, amelyben csak idős személyek élnek. Az is jellemző, hogy minél idősebb személyről van szó, annál nagyobb esély van arra, hogy az illető egyszemélyes háztartást tartson fenn. Az elmúlt években drasztikusan növekedett a depresszív betegségekkel kezelték aránya, akiknek a részére olcsóbb és hatékonyabb ellátást nyújthat a szociális ellátórendszer. A 14-18 éves korosztályban jelentősen növekedett a beilleszkedési zavarokkal, illetve a markáns magatartás zavarokkal rendelkezők száma, ezzel szemben a szociális ellátások kapacitása rendkívül alacsony. A szenvedélybetegek ellátása körében mintegy egymillió ember fordul meg az egészségügyi ellátásban, akik számára hatékonyabb kiegészítő szociális szolgáltatásokra lenne szükség.

Az Európai Unió tagállamainak tendenciáihoz hasonlóan az összlakosság számához (10.076.581 fő¹) viszonyítva az ellátottak száma minimális (időskorúak bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeiben ellátottak száma 45.345 fő, időskorúak alapszolgáltatása esetében: 209.833 fő) (65 év feletti lakosok száma: 1.307.599 fő²), ezért sokkal nagyobb hangsúlyt kell fektetni a lakókörnyezetben történő ellátásokra.

További figyelmet érdemlő probléma, hogy a kis létszámú településeken koncentrálnak a lakosság legidősebb és leginkább segítségre szoruló rétege, mivel a fiatalabb generáció a városokba vándorolt, de e területeken a legkevésbé kiépítettek a szociális szolgáltatások.

Férőhelyadatok országosan:

Bentlakást nyújtó szociális intézmény ma Magyarországon összesen 1342 telephelyen működik, ezekben az engedélyezett férőhelyek száma összesen 81.598 fő.

¹ KSH 2006. január 1.

² KSH 2005. január 1.

4. táblázat: Az idősök otthonainak férőhelyadatai³

Fenntartó típusa	Telephelyek száma (db)	Működő férőhelyek száma (fő)
állami fenntartású	435	29 696
nem állami fenntartású	289	14 609
összesen	724	44 305

2. 1. Alapszolgáltatás

Házi segítségnyújtás

Az érintettek köre:

Önmaguk ellátásáról otthonukban gondoskodni nem tudó idős emberek, pszichiátriai betegek, fogyatékos személyek, szenvedélybetegek, akik krónikus egészségi állapotuk miatt önálló életvitelükhöz segítséget igényelnek.

A finanszírozás alapja:

A központi költségvetési hozzájárulás mellett az ellátott jövedelmétől függően térítési díj megfizetésére kötelezett. A 2007. évi költségvetésben a fajlagos összeg: 111 500 forint/fő.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

A házi segítségnyújtást, mint szociális alapszolgáltatást minden települési önkormányzatnak biztosítania kell azon rászoruló személyek részére, akik önálló életvitelük fenntartásához igényelnek segítséget. Ennek a kötelezettségnek a magyarországi települések 63 százaléka tett eleget a 2004. évben, az ellátásban 43.542 fő részesült. A házi segítségnyújtás szakmai tartalmát a szociális törvény így foglalja össze: az ellátott és lakókörnyezete higiénias körülményeinek megtartásában való közreműködés, veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, illetve azok elhárításában való segítségnyújtás.

Olyan gondozási forma, amely az igénybe vevő szociálisan rászorult személy részére önálló életvitelének fenntartását – szükségleteinek megfelelően – lakásán, lakókörnyezetében biztosítja. Segítséget nyújt ahhoz, hogy az ellátást igénybe vevő fizikai, mentális, szociális szükséglete biztosított legyen.

A gondozási tevékenység különösen:

- az orvos előírása szerinti alapvető gondozási, ápolási feladatok ellátása,
- közreműködés a személyi és lakókörnyezeti higiéné megtartásában,
- közreműködés az ellátást igénybe vevő háztartásának vitelében,
- segítségnyújtás az ellátást igénybe vevőnek a környezetével való kapcsolattartásában,

³ KSH 2004. év

- segítségnyújtás az ellátást igénybe vevőt érintő veszélyhelyzet kialakulásának megelőzésében, a kialakult veszélyhelyzet elhárításában,
- részvétel az egyéni és csoportos szabadidős, foglalkoztató és rehabilitációs programok szervezésében,
- az ellátást igénybe vevő segítése a számukra szükséges szociális ellátásokhoz való hozzájutásban.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

Az érintettek köre:

Saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időszerű vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek.

A finanszírozás alapja:

A központi költségvetési hozzájárulás mellett ezen ellátási forma esetén is az ellátott jövedelmétől függően térítési díj megfizetésére kötelezett. A 2007. évi költségvetésben a fajlagos összeg: 40 000 forint/fő.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, mint szociális alapszolgáltatást 2007. január 1-től minden tízezer főnél több lakost számláló települési önkormányzatnak biztosítani kell, azon rászoruló személyek részére, akik önálló életvitelük fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárításához igényelnek segítséget. A szolgáltatás az év minden napján, 24 órán keresztül működik. Jelzőrendszer keretében biztosítani kell: segélyhívás esetén az ügyeletes gondozónak a helyszínen történő haladéktalan megjelenését, az adott probléma megoldásához szükséges azonnali intézkedések megtételét, szükség esetén további egészségügyi vagy szociális ellátás kezdeményezését. Jelenleg közel 20000 jelzőkészülék működik egyedülálló, illetve házaspárok otthonában az ország egész területén.

Támogató szolgálat

Az érintettek köre: fogyatékos személyek.

A finanszírozás alapja:

A hozzájárulásra az a települési önkormányzat jogosult, amely támogató szolgálatot tart fenn és azt 2005-ben is működtette, valamint az a helyi önkormányzat, amely a kötelező feladata ellátása érdekében működtetett fogyatékosokat ellátó intézményének keretében tart fenn támogató szolgálatot, továbbá az a legalább 10 000 lakosságú települési önkormányzat, amely 2006-ban működtetett új támogató szolgálatot. A 2007. évi költségvetésben a fajlagos összeg: 8 000 000 forint/szolgalat.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

A fogyatékos emberek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosítása révén:

- az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása (speciális személyi szállítás, szállító szolgálat működtetése),
- az általános egészségi állapotnak és a fogyatékoság jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása,
- segítségnyújtás a fogyatékos emberek társadalmi integrációjának megvalósulásához, valamint a családi, a közösségi, a kulturális, a szabadidős kapcsolatokban való egyenrangú részvételhez szükséges feltételek biztosítása,
- információnyújtás, ügyintézés, tanácsadás, a tanácsadást követően a társadalmi beilleszkedést segítő szolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása,
- segítségnyújtás a fogyatékos személyek kapcsolatkézségének javításához, családi kapcsolatainak erősítéséhez speciális, önszorgító csoportokban való részvételükhez,
- a fogyatékos személy munkavégzését, munkavállalását segítő szolgáltatások elérhetőségének, igénybevitelének elősegítése.

Nappali ellátások

Az érintettek köre:

Demens személyek, idős emberek, pszichiátriai betegek, fogyatékos személyek, szenvedélybetegek.

A finanszírozás alapja:

A szolgáltatás állami normatív finanszírozása az ellátottak számától függ. Az időskorúak nappali intézményi ellátása esetében a 2007. évi fajlagos normatíva összege ellátottanként 150 000 forint. Kiemelten kezelik a fogyatékos személyek, és 2007. évtől a demens problémával küzdők nappali intézményét, melynek támogatása ellátottanként évi 465 100 forint. (A 2006. évi költségvetésben a fajlagos összeg 197 000 forint/fő volt, amely az időskorúak, valamint a pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali intézményi ellátására egyaránt vonatkozott.) Az ellátott jövedelmétől függően térítési díj megfizetésére kötelezett, abban az esetben, ha étkezést is igénybe vesz a nappali intézményben.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

A nappali ellátást, mint szociális alapszolgáltatást minden háromezer főnél több lakost számláló települési önkormányzatnak biztosítani kell, azon rászoruló személyek részére, akik segítséget igényelnek önálló életvitelük fenntartásához. A szolgáltatás keretében biztosítani kell a célcsoport – idős, fogyatékos, pszichiátriai vagy szenvedélybeteg, hajléktalan – igényeinek megfelelő szolgáltatásokat, melyek a következők lehetnek: napközbeni intézményi tartózkodás, higiéniai szükségletek

kielégítése, igény szerinti étkeztetés, társas kapcsolatok építése, fenntartása, szociális és mentális támogatás. A szolgáltatást 1464 telephely 49 970 igénybevevőnek nyújtotta a 2004. évben.

Általános szolgáltatások:

- igény szerint meleg élelem biztosítása,
- szabadidős programok szervezése,
- szükség szerint az egészségügyi alapellátás megszervezése, a szakellátásokhoz való hozzájutás segítése,
- hivatalos ügyek intézésének segítése,
- munkavégzés lehetőségének szervezése,
- életvitelre vonatkozó tanácsadás, életvezetés segítése,
- speciális önszerveződő csoportok támogatása, működésének, szervezésének segítése,
- állapotmegőrzés, fejlesztés.

2. 2. Szakosított ellátás, intézményi ellátások

Ápolást-gondozást nyújtó intézmények

Időskorúak otthona: nyugdíjkorhatárt betöltött személyek, akiknek egészségi állapota rendszeres gyógyintézeti kezelést nem igényel, továbbá a közép, vagy súlyos demencia kórképpel rendelkezők.

Fogyatékos személyek otthona: fogyatékos személy, akinek oktatására, képzésére, foglalkoztatására, valamint gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség.

Pszichiátriai betegek otthona: krónikus pszichiátriai beteg, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes.

Szenvedélybetegek otthona: szenvedélybeteg, aki szomatikus és mentális állapotát stabilizáló, illetve javító kezelést igényel, önálló életvitelre időlegesen nem képes, de – a külön jogszabályban meghatározott – kötelező intézeti gyógykezelésre nem szorul.

Hajléktalanok otthona: hajléktalan személy, akinek az ellátása átmeneti szálláshelyen, rehabilitációs intézményben nem biztosítható és kora, egészségi állapota miatt tartós ápolást, gondozást igényel.

A finanszírozás alapja:

A támogatás az intézményben élők ápolási-gondozási szükségletéhez igazodva differenciálódik. A 2007. évi költségvetés kategóriái és fajlagos normatíva összegei a következők:

Fokozott ápolást-gondozást igénylők ellátása 800.000 Ft/fő.

Ezen támogatási soron szerepel a **demens** betegek, a **fogyatékosok, pszichiátriai és szenvedélybetegek** tartós bentlakást nyújtó intézményeiben élők normatív támogatása.

Átlagos gondozást-ápolást igénylő ellátás 700.000 Ft/fő.

Az időskorúak tartós bentlakásos intézményében, továbbá az átmeneti intézményben elhelyezett (idős, fogyatékos, pszichiátriai beteg, hajléktalan) személyek esetében igényelhető.

Emelt színvonalú bentlakásos ellátás 560.000 Ft/fő.

Az időskorúak ápolást-gondozást nyújtó otthonaiban emelt szintű körülményeket biztosító férőhelyen ellátottak után igényelhető.

A normatív támogatáson túl az ellátott jövedelmétől függően térítési díj megfizetésére kötelezett.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

Ha az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt rászoruló személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni:

- legalább napi háromszori étkezés, szükség esetén ruházat, textília biztosítása
- mentális gondozás
- bizonyos fokú egészségügyi ellátás
- lakhatás biztosítása
- gondozás, szakgondozás
- 24 órás felügyelet.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények**Az érintettek köre:**

Megegyezik az ápoló-gondozó otthon célcsoportjával.

A finanszírozás alapja:

A támogatás az intézményben élők ápolási-gondozási szükségletéhez igazodva differenciálódik.

Átlagos gondozást-ápolást igénylő ellátás 700.000 Ft/fő.

Az időskorúak tartós bentlakásos intézményében, továbbá az átmeneti intézményben elhelyezett (idős, fogyatékos, pszichiátriai beteg, hajléktalan) személyek esetében igényelhető.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények – a hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása kivételével – ideiglenes jelleggel, legfeljebb kétévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak, hasonlóan az ápoló-gondozó otthoni ellátás tartalmához.

II. Nemzetközi ápolási rendszerek

1. Európai ápolási rendszerek fő jellemzői

Az **ápolási rendszerek alapfogalmai**, így különösen „az ápolásra szorultság” és a „hosszú idejű ápolás” csak a hetvenes évek végén jelentek meg a szociálpolitikai szakirodalomban és a közgondolkodásban. Ekkor merült fel az egyes országokban elfogadott ápolási fogalmak egységesítésének igénye is. Az Európa Tanács miniszteri bizottsága 1998-ban megfogalmazta a függés definícióját, mely az önállóság elvesztésén és az abból következő gondozási szükségleten alapul. Az Európai Bizottság és az Európa Tanács 2003-ban készített közös jelentésében „az autonóm életvitelre képtelen emberek támogatásaként” fogalmazta meg a hosszú idejű ápolás definícióját.

Az egyes európai országokban jelentős különbségek vannak az autonóm életvitelre képtelen emberek támogatása, továbbá **az állam felelősségvállalása** tekintetében. Így néhány ország a magánbiztosítók működésére (az öngondoskodásra), és a családi gondoskodás fontosságára építi ápolási rendszerét (így a nyugat- és közép-európai, a földközi-tengeri országok és Portugália), más országokban viszont (mint Dánia és az északi államok) az állam viseli az elsődleges felelősséget.

Az ápolási rendszereket első lépésként a **finanszírozás oldaláról** célszerű megközelíteni. E tekintetben alapvetően két modellt kell megkülönböztetni. Az egyik az adókból finanszírozott ellátás, mint például a svéd ápolási rendszer, a másik típus a járulékfinanszírozáson alapuló modell, amely például Franciaországban, Hollandiában működik.

Az **adókból finanszírozott rendszerek** közvetlen függésben állnak az államháztartás helyzetével. Függenek a rendelkezésre álló adóbevételektől és a politika aktuális irányaitól, tehát egy szoros kapcsolat áll fenn egyrészt az egészségügy bevételei, másrészt a politikai döntés és az állami szabályozás között. Ezekben a rendszerekben a fő problémát az egészségügy alulfinanszírozottsága jelenti, mint például az Egyesült Királyságban, ahol az alacsony adóarány összefügg a sok éve folyamatosan folytatott restriktív bevételi politikával. Svédországban a jóléti modell elveinek megfelelően alapvetően átfogó ellátással és többé-kevésbé tudatosan magas adóaránnyal működik az ápolás finanszírozása. A példaként leírt két ország esetében is megjelent a járulékfinanszírozás, mint kiegészítő bevételi forrás.

A **jövedelemfüggő járulékokból finanszírozott** rendszerek esetében a járulékok mértékét (az alap és kiegészítő ellátások esetében is) elsősorban államilag állapítják meg, így a politikai függés e rendszerekben is megfigyelhető. Azonban nagyobb arányban határozza meg a befolyó bevételeket a biztosítottak száma és keresete, valamint a foglalkoztatási arány. E rendszerekben a járulékfizetés – ha eltérő arányban is – de együttesen terheli a munkáltatókat és a munkavállalókat. Azon országokban, mint például Franciaország és Hollandia, ahol a rendszer járulékfizetésen alapul,

megfigyelhető a vegyes rendszerre való áttérés, így a járulékfizetést adóbevételekkel egészítik ki.

Mivel az országok többségében egyetlen modell sem működik már tisztán, el lehet mondani, hogy a vegyes finanszírozással az állami politika a növekvő finanszírozási igényeket járulék- és adófinanszírozás közötti megosztással próbálja biztosítani.

Az egyes országokban működő ápolási rendszerek nemcsak a finanszírozás tekintetében mutatnak nagy eltéréseket, hanem az ellátottak körének meghatározásában is, amely függ az állami szerepvállalástól. Az ellátottak körének meghatározása tekintetében két alapvető modell különböztethető meg:

- a) 60 év fölötti (pl. Franciaország) vagy 65 év fölötti (pl. Egyesült Királyság) idős személyek részére fenntartott rendszerek;
- b) minden hosszú idejű ápolásra szoruló személy számára nyitott rendszerek (mindenekelőtt Németország, Luxemburg).

Az **ápolásra szorultság** megállapítása tekintetében ma már egyre elfogadottabb, hogy nem az egészségi állapot az egyetlen mérvadó tényező. Az ápolásra szorultság mértékénél és az ápolás megszervezésénél szerepet játszanak a lakáskörülmények és az érintett személy pénzügyi lehetőségei is. Az ápolásbiztosítás rendszereinek létrehozásában az ápolásra szoruló „fogyasztói státusza” is előtérbe került. Mivel az ápolási szolgáltatás igénybevételét esetenként hosszú ideig tartó járulékfizetési szakasz előzte meg, az ápolást igénybe vevő például igényli a szolgáltatók közötti választási lehetőséget is.

Azok az országok, amelyek speciális ápolási rendszereket vezettek be, azt a nézetet fejezik ki ezzel, hogy a függés, az ápolásra szorultság új, biztosítható kockázatként ismerhető el (ötödikként, a betegbiztosítás, a balesetbiztosítás, a nyugdíjbiztosítás és a munkanélküliek biztosítása mellett).

2. A német ápolásbiztosítási rendszer jellemzői

Az ápolásbiztosítás Németországban 1994-óta létezik, és az otthoni ápolás költségeit 1995-től, az intézeti ápolás költségeit pedig 1996-tól fedezi. A rendszer bevezetését hosszú kimunkálási és egyeztetési folyamat előzte meg. Az átalakítás legfőbb mozgatórugója a demográfiai változásokból eredő társadalmi feszültségek feloldásának, enyhítésének igénye volt, mivel az eltartó-eltartotti arány megváltozása nagy kihívás elé állította, állítja az egészségbiztosítási és nyugdíj-biztosítási rendszert.

Az ápolásbiztosítás célja, hogy

- az önellátásra való képesség meglévő szintjét fenntartsa, illetőleg elősegítse a rászorultak önmagukról való gondoskodását,
- javítsa a szolgáltatások összehangolását,

- elősegítse, hogy a tartós ápolást igénylők, a fogyatékkal élők, illetve a pszichés betegségekben szenvedők a lehető legmegfelelőbb környezetben és időbeosztással éljenek,
- az otthoni ápolás kerüljön előtérbe az intézeti ápolással szemben.

Az érintettek köre:

Ápolásra szorul az a személy, aki betegsége vagy fogyatékosága miatt bizonyos mindennapi műveletek elvégzésében (a testápolás, táplálkozás, mozgás, háztartási teendők vonatkozásában) tartósan mások segítségére szorul.

A finanszírozás alapja:

A német kötelező betegbiztosítás pénztárainak tagjai tagságukkal bekerülnek az ápolásbiztosításba is. Ezen felül létezik külön járulékteher, mely a munkaerő-piaci aktivitás szerint különbözik. A járulék összege a bruttó bér 1,7%-a.

- A járulékteher a munkáltató és a munkavállaló között 50–50%-ban oszlik meg (a munkáltató a járulékfizetésért cserébe 1 szabadnapot elvonhat a munkavállalótól).
- A nyugdíjasok járuléktehének felét a nyugdíjbiztosító vállalja át.
- A szociális, vagy munkanélküli segélyben részesülők esetén a járulékot a segélyt folyósító szociális szerv fizeti.
- Az eltartott hozzátartozók a német családi biztosítás alapján külön járulékfizetés nélkül biztosítottak.

Ápolásbiztosításra mindenki jogosult, akinek betegbiztosítása van, így a lakosságnak mintegy 98%-ára terjed ki az ápolásbiztosítási védelem.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

Az ápolásbiztosítás elsősorban az otthoni ellátásra helyezi a hangsúlyt, az intézeti elhelyezési rendszert szükségmegoldásnak tartja. Az otthoni ápolás biztosítására természetbeni, illetve pénzbeli ellátások vehetőek igénybe.

Az ápolásra való jogosultságot (az otthoni és intézeti ellátás esetében egyaránt), az ápolás szükségességét, a rászorultság fokát kérelemre a betegbiztosító pénztár orvosszakértői szolgálata állapítja meg.

Az ápolás az alábbi **tevékenységek segítésére**, előkészítésére és felügyeletére vonatkozik:

- testi ápolás: mosakodás/tisztálkodás, fiziológia szükségletek kielégítése,
- táplálkozás: az étel elkészítése és táplálkozási segítségnyújtás,
- mozgás: felkelés-lefekvés, öltözködés, járás, a lakás elhagyása,
- háztartásvezetés: bevásárlás, főzés, takarítás, fűtés, mosás, mosogatás.

Az **ápolásra jogosultak** három rászorultsági szint alapján csoportosíthatóak:

1. szint: akik legalább napi másfél órán keresztül, az ápolási tevékenységek legalább két csoportjában igényelnek ápolást és gondozást, a háztartásvezetésben is segítségre szorúlnak,

2. szint: akik naponta legalább három alkalommal, összességében három órán keresztül igénylik az ápolást-gondozást, és a háztartásvezetésben is segítségre szorulnak,
3. szint: azok, akiknek ápolása a nap huszonnégy órájában (így éjszaka is) szükséges, az alapápolás igénye folyamatosan fennáll.

A segítségnyújtás elsősorban szolgáltatásokat jelent, de abban az esetben, ha a jogosult a neki járó ápolást és gondozást saját maga (pl. családtagjai, barátai segítségével) kívánja megoldani, pénzbeli ellátást vehet igénybe. Emellett az ápolásbiztosítás egy meghatározott mértékig hozzájárul az ápolásra szoruló lakókörnyezetének megfelelő átalakításához, ápolási eszközök beszerzéséhez. A pénzbeli és természetbeni ellátás az egyéni szükségletekhez igazítva kombinálható is.

A biztosítás szervezeti jellemzői:

Az ápolásbiztosítás végrehajtása céljából **ápolási pénztárakat** állítottak fel, melyekre az állam átruházta az ápolásbiztosítás végrehajtásának felelősségét. Működésük jogszerűségét az állam felügyeli. Az ápolásbiztosítók a betegségbiztosítók bázisán jöttek létre, így külön adminisztrációs és igazgatási apparátus létrehozására nem volt szükség.

Az ápolási pénztárak a befizetett járulékokat fordítják az ellátások biztosítására. Feladatuk, hogy az ellátások biztosítása érdekében szerződést kössenek az ápolási szolgáltatókkal (ápolási szolgálatokkal és ápolási otthonokkal), mely szerződés tartalmazza azt is, hogy mely szolgáltatásokat milyen áron nyújtanak a rászorultaknak. A biztosítottak szabadon választhatnak az ápolási pénztárak által engedélyezett szolgáltatók között.

Az ápolásra való rászorultság megállapítását a Betegbiztosítás Orvosi Szolgálat végzi.

3. A német modell alkalmazásai különböző országokban

A japán ápolásbiztosítási rendszer

Japánban a kilencvenes évek végén építették ki az ápolásbiztosítás rendszerét, és 2000 áprilisában vezették azt be. A rendszer kialakításakor a német ápolásbiztosítási modellt vették alapul.

Az érintettek köre:

Ápolásra szoruló személy: aki valamilyen fizikai vagy pszichikai fogyatékosága miatt állandó segítségre szorul a mindennapi élet során előforduló műveletek elvégzéséhez. Segítségre szoruló személy: azok az emberek, akiknél fennáll a veszély, hogy ápolásra szorulttá válnak.

Az ápolásbiztosítás személyi hatálya kiterjed a Japánban lakóhellyel rendelkező 65 év fölötti személyekre, függetlenül jövedelmüktől és állampolgárságuktól. Egy másik

csoport: a kötelező betegbiztosításban résztvevők összessége és ezek 40-64 év közötti együttesen biztosított hozzátartozói. Az első csoport minden kérelem nélkül megkapja az önkormányzattól biztosítási igazolványát. A második csoportba tartozóknak szükség esetén kérelmezniük kell az igazolványt.

A finanszírozás alapja:

Az ápolásbiztosítás költségeit fele-fele arányban járulékokból és közpénzekből finanszírozzák. A költségek 12,5-12,5%-át az önkormányzatok és a prefektúrák, 25%-át az állam viseli, a fennmaradó 50%-ot a biztosítottak járulékaiból fedezik. Az ellátások során a jogosultaknak 10%-os önrészt kell viselniük.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

A japán ápolásbiztosítás csak természetbeni ellátásokat nyújt, nincs mód a pénzbeli ellátásra. Az ápolásbiztosítás szolgáltatásait az önkormányzatnál kell kérelmezni. A vizsgálat két szakaszban történik. Az önkormányzat képviselője vagy egy megbízott ápolási menedzser meglátogatja otthonában a kérelmezőt, megvizsgálja fizikai és szellemi állapotát, lakókörnyezetét. Együttesen kitöltenek egy 79 kérdést tartalmazó kérdőívet, amelyet egy erre kifejlesztett szoftver segítségével értékelnek. Másrészt szakvéleményt kérnek a háziorvostól. A szakértői vélemények az önkormányzat bizottsága (tagjai: orvosok, otthonok vezetői, betegápolók) elé kerülnek, amely dönt az ápolásra és segítségre szorultságról és besorolja a kérelmezőt az öt ápolási fokozat valamelyikébe.

Ápolási fokozatok:	Ápolás időigénye
Segítségre szoruló:	25-30 perc
Ápolásra szoruló:	1. fokozat 30-50 perc
	2. fokozat 50-70 perc
	3. fokozat 70-90 perc
	4. fokozat 90-110 perc
	5. fokozat 110 és több perc

Az otthoni ápolás kiterjed az ambuláns ápolásra, a háztartás vezetésére, ambuláns betegápolásra és ambuláns rehabilitációra (fizioterápia, foglalkozásterápia), amely lehet napi vagy rövid idejű ápolás. Ide tartozik a demenciás betegek lakóközösségekben való ellátása is. Otthoni ellátások esetén a biztosítottaknak 10 százalékos önrészt kell viselniük a költségekből. Ezen kívül szerződést kell kötniük az ápolásmenedzsmenet végző intézménnyel, amely egy ápolási menedzsert rendel melléjük, aki tanácsadást nyújt az ellátások összetételére vonatkozóan, összeállítja az ápolási tervet – az adott ápolási fokozat költségvetésének megfelelően – és ellenőrzi annak betartását.

Az ápolásbiztosítás támogatást nyújt a segédeszközök beszerzéséhez és a lakás átépítéséhez is.

Bentlakásos ápolás csak bizonyos intézményekben (időotthonokban, betegápolási otthonokban, gyógyíthatatlan idős betegek ellátása céljából ápolási ágyakkal rendelkező kórházakban) nyújtható. A bentlakásos intézményekben ellátottaknak 10

százalékos önrészt kell viselniük és jövedelmükkel arányos összeget kell fizetniük a szállásért és étkeztetésért.

A biztosítás szervezeti jellemzői:

Az önkormányzatok feladata az ellátás biztosítása, valamint a 75 év fölöttiek ápolásbiztosításának és betegbiztosításának intézményi fenntartása. A feladatok ellátására az önkormányzatok társulásokat hozhatnak létre. Az ápolást nyújtó szolgáltatók működési engedélyét a prefektúrák állítják ki.

A japán rendszer működésének sajátossága az ápolási menedzser, az ápolásmenedzserment rendszere. Feladatuk a személyre szabott ápolási tervek készítése, azok végrehajtásának felügyelete, továbbá az ápolást végző szolgáltatók ellenőrzése.

Ápolásbiztosítás Luxemburgban

Luxemburgban a német modellhez hasonlóan működő kötelező ápolásbiztosítást 1999. évben vezették be.

Az érintettek köre:

Az ellátás fókuszába elsősorban az idős emberek kerültek. Az idősügyi politikának két pillére van: a prevenció és az ápolás.

A finanszírozás alapja:

Minden aktív dolgozó és nyugdíjas jövedelmének (fizetés, nyugdíj, bérbeadásból származó jövedelmek) és vagyonának egy százalékát fizeti be az ápolásbiztosításba. Az ellátásokra a biztosítottak és családtagjaik ápolásra szorultság esetén jogosultak.

A szolgáltatás tartalmi elemei:

A legfontosabb cél az idős emberek önálló életvitelének meghosszabbítása. Az időskorúak önálló életvitelének meghosszabbítását különböző közösségi kezdeményezésekkel ösztönzik (mint nyugdíjasklubok, a nyugdíjasok akadémiaja, valamint baráti körök, amelyek az állam és az önkormányzatok pénzügyi támogatásában részesülnek). Németországtól eltérően Luxemburgban nincsenek ápolási fokozatok. A törvény előírja, hogy minden érintett részére egyénileg határozzák meg a segítséget és az ellátásokat, tehát egyénileg számolnak az ápolásra szorultsággal. Az ápolásbiztosítás ellátásait órákban számítják, minimálisan hat hónapos időszakban (az otthoni gondozás során ez hetente minimum 3,5 óra és maximum 24,5 óra, az ápolási otthonokban lakó, jelentős segítségre szoruló személyek esetén azonban az ellátások elérhetik a heti 31,5 órát is). Az érintetteknek segítséget nyújtanak a mindennapi életben előforduló műveletek elvégzéséhez (testápolás, táplálkozás, mozgás), emellett engedélyezhető a háztartás vezetésében való vagy egyébirányú segítségnyújtás is. Az otthoni ápolás esetén ápolási szolgáltatás és pénzbeli ellátás egyaránt nyújtható, és a két típusú ellátás kombinálható is.

A betegpénztár átvállalja továbbá a betegséggel összefüggő összes költséget. Az ápolásbiztosítás viseli az ambuláns ellátás és a lakás átalakításának költségeit (pl. mozgólépcső beépítését). Az ápolási és idősotthonokban viszont az ún. „hotelköltségeket” a lakók maguk viselik. A szerényebb jövedelmű polgároknak lehetőségük van az országos szolidaritási alapból való támogatásra.

A biztosítás szervezeti jellemzői:

A kis ország területét sűrűn átszövik az ambuláns ápolási intézmények, valamint bentlakásos és idősotthonok. A szociális, családügyi és egészségügyi területen működő intézmények és szolgáltatók iránti minimális követelményeket a szociális és egészségügyi intézmények jogállásáról szóló 1998-as törvény szabályozza. Ezek a követelmények személyi és építési szempontokat tartalmaznak. Azok a szolgáltatók és ápolási otthonokat működtetők, amelyek teljesítik a normákat, megkapják a működési engedélyt. Az intézményeket évente ellenőrzik. Luxemburgban az ápolási otthonokba beköltözők átlagéletkora 83 év, ezért az ápolási otthonok és hagyományos idősotthonok közötti igazgatásban különbséget nem tesznek.

4. Ápolási szolgáltatások más országokban

Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában állami egészségügyi rendszer működik. Az ápolásra szorulókat a National Health Service (NHS) alkalmazásában álló körzeti nővérek (district nurse) a házi orvosokkal szorosan együttműködve otthonukban látják el. Az állami egészségpolitika 1997 óta arra törekszik, hogy feladatokat vonjon el az orvosoktól és ezeket a betegápoló személyzetre, a gyógyszerészekre és más egészségügyi foglalkozású személyekre ruházza át. Az ambuláns szolgáltatásokat a helyi egészségügyi hivatal fizeti.

Jelenleg a National Health Service számos hivatala kínálja fel az ápolásra szoruló személyek részére az ugyanazon körzeti nővér általi tartós idejű ápolást.

A körzeti nővér rendszeresen konzultál a házi orvosokkal és velük együttműködve állítja össze az ápolási tervet (care plan). Az ellátás rendszerint a beteg otthonában történik, beleértve az ambuláns diabétesz ellátást, de még az otthoni kemoterápiás kezelést is. Ez tehermentesíti a kórházakat, a kórházi személyzetet és az otthon biztonságát kölcsönzi az idős és/vagy a tartós ápolásra szoruló embernek.

Finnország

Az időskorúak ápolását az általános szociális jogszabályok szabályozzák és az ápolásra szoruló személyek önrészeiből, és adókból finanszírozzák.

Finnországban is létezik ambuláns és bentlakásos ápolás. A bentlakásos ápolást ún. szolgáltatóházakban végzik, az ellátásokat az önkormányzatok vagy szociális

szervezetek nyújtják. Az ápolásért az önkormányzatok felelősek. Az ápolás tartalmának meghatározása úgy történik, hogy az ápolásra szoruló személy vagy hozzátartozója az önkormányzat szociális szolgálatához fordul. A szolgálat képviselője meglátogatja az érintettet, felméri a szükségleteket, meghatározza a heti és napi segítségnyújtás tartamát és tartalmát (tisztálkodásban, táplálkozásban való segítség stb.).

Egyes esetekben maga az önkormányzat az ápolási szolgáltató tulajdonosa, együttműködik más önkormányzatokkal, privát szolgáltatókkal vagy szociális szervezetekkel, vagy pedig egyszerűen megvásárolja a szolgáltatást ezektől a partnerektől. A privát szolgáltató igénybevételekor az önkormányzat utalványrendszert alkalmazhat. Az önkormányzat dönt az ápolási szolgáltatásért járó utalvány értékéről, és arról, hogy azzal milyen típusú szolgáltatás (személyi higiénia biztosítása, táplálás, stb.) vásárolható meg. A finanszírozásra fordítandó anyagi eszközöket az állam bocsátja az önkormányzatok rendelkezésére.

Az utalvány és a tényleges költségek közötti különbséget az ápolásra szoruló személy viseli.

Az önrész az ápolásra szoruló személy jövedelmétől, a háztartásban élő személyek számától függ (pl. az ambuláns ellátásban az önrész az érintett nettó jövedelmének átlag 15 százalékáig, a bentlakásos ápolás esetén az ápolásra szoruló személy nettó jövedelme 80 százalékáig terjed).

Egyesült Államok

Az amerikaiak többnyire maguk viselik ápolásuk költségeit. Az ápolásra szoruló személyek 80%-a otthon lakik, őket tehát nem fizetett személyzet, hanem hozzátartozóik látják el. Az Egyesült Államokban nagy jelentőséget tulajdonítanak a saját felelősségnek és az önálló életvitelnek. Az ipar számos segédeszközt fejlesztett ki, amelyek hozzásegítik a fogyatékkal élő embereket az önálló életvitelhez (speciális felvonók, házi biztonsági rendszerek, a külvilággal való kapcsolattartás, a segítségkérésre szolgáló technikai eszközök). Az időskorúak tömegesen használják az Internetet, például élelmiszerrendelésre és az orvossal való kapcsolattartásra.

Az ápolási otthonban való ellátás költségei évi 40.000-80.000 dollár között mozognak. Az ápolási kockázat biztosítására a privát biztosítók speciális hosszú idejű ápolási biztosításokat („long-term-care-insurances”) kínálnak. Az állam a Medicaid betegbiztosító közvetítésével járul hozzá a szegényebbek ápolási ellátásaihoz, amely korlátozott mértékben téríti az ápolás költségeit.

A Medicare a 65 év fölöttiek és más kiválasztott csoportok (mint pl. a dialízisre szoruló) egészségügyi ellátását nyújtó állami program. Egy kórházi tartózkodást követően a Medicare átvállalja az otthoni orvosi ellátás költségeit, ez azonban heti 35 órára és összesen 100 napos időtartamra vonatkozik. A Medicare korlátozottan kifizeti a szakképzett ápolószemélyzet által az otthoni ápolásban nyújtott segítséget, ellenben nem támogatja a mindennapi élethez nyújtott segítséget.

III. A továbbfejlesztés lehetséges irányai

Az ápolási díj, valamint a hozzátartozóikat otthon ápoló személyeket segítő intézményrendszer továbbfejlesztésének **több lehetséges iránya** vázolható fel. Ezek között van olyan, amely több éves előkészítést igényel, mint például az ápolásbiztosítás, és van rövidtávon bevezethető fejlesztési lehetőség is. Ugyanakkor alapvető követelmény, hogy a rövid távú intézkedések ne akadályozzák a későbbi átalakításokat, hanem azok bevezetésének lehetőségeit elősegítsék.

A továbbfejlesztésre vonatkozó javaslatok az országgyűlési határozatban megfogalmazott kérdések alapján kerülnek ismertetésre.

1. Az ápolási díj összegének növelése

A fokozott ápolást igénylő személyek otthoni gondozását vállaló hozzátartozók nem tudnak még napi néhány órában sem munkát vállalni, nincs lehetőségük a jövedelmük kiegészítésére, így a fő megélhetési forrásuk az ápolási díj. Mivel e tevékenységet hosszú évekig, akár évtizedekig is végzik, a nyugdíjminimummal megegyező összegű ápolási díj mellett ezeknél a családoknál fokozott az elszegényedés veszélye. Ezt felismerve és elismerve lehet a rendszer továbbfejlesztésének egyik lehetősége az ápolási díjnak a költségvetés lehetőségeihez igazított mértékben történő emelése.

Az ellátás összegének differenciálása 2005-ben már elkezdődött. A **differenciálás jelenlegi elve az ápolásra szorultság mértéke**, ami abban nyilvánul meg, hogy a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személyeket ellátó hozzátartozók 30%-kal magasabb összegű támogatásban részesülnek, mint a tartósan beteg gyermeket gondozók, illetve 50%-kal magasabb az ellátásuk, mint a méltányosságból ápolási díjban részesülőknek. Ez az ápolási szükségletet alapul vevő differenciálás a későbbiekben kiterjeszthető a fokozott ápolást igénylő tartósan beteg felnőtt személyek ápolását végzőkre, illetve a tartósan beteg gyermeket nevelőkre is.

Célként fogalmazható meg, hogy a **súlyosan fogyatékos személyt gondozó** hozzátartozó ápolási díja elszakadva a nyugdíjminimumhoz való viszonyítástól, **elérje a mindenkori minimálbér összegét**.

Az **ápolási igényt alapul vevő** differenciálási elv **kiegészülhet az ápolással eltöltött évek számának figyelembevételével**. Ez az ápolási-gondozási feladatot legalább öt éve végzők ellátásának emelését jelentené. Ez az emelési elv a hosszabb ápolási idővel rendelkezőket nagyobb mértékben támogatja. Különösen érvényes azokra, akik a munka világából legalább tíz éve kikerültek, így a munkaerőpiacra való visszatérésük nagyon nehéz, és mivel több, mint egy évtizede alacsony összegű szociális támogatásból élnek, anyagi helyzetük is rossz.

Az **ápolási tevékenységet 5-10 éve ellátók** körében az ellátás a fokozott ápolást igénylők esetében elérheti a minimálbér 70%-át, a fokozott ellátást nem igénylő személyeket gondozók esetében a minimálbér 60%-át, a méltányosságból megítélhető ápolási díjban részesülők esetében a minimálbér 50%-át.

Az **ápolási feladatot legalább tíz éve végzők** csoportjában az ápolási díj összege a fokozott ellátást igénylő súlyos fogyatékosokat gondozók esetében elérheti a minimálbér teljes összegét, a fokozott ellátást nem igénylőket gondozók és az ápolási díjban méltányosságból részesülők számára a minimálbér 70%-át.

Ez az emelési mérték a legrászorultabb csoportoknál az ellátás növekedését eredményezi, ugyanakkor nem járul hozzá az ellátás érdemi koncepcionális fejlesztéséhez, és nem teremt lehetőséget az abban részesülőknek a munka világában való integrációra, reintegrációra.

A továbbfejlesztés során azonban szem előtt kell tartani azt is, hogy az ápolási díjban részesülők jelentős része a családi kötelezettség teljesítése miatt vonul ki a munkaerőpiacról, a kereső foglalkozás feladása nem önként választott lépés. Azok a családok, ahol fogyatékos, vagy tartós ápolásra-gondozásra szoruló személy él, ma alapvetően **két megoldás** közül választhatnak:

- bentlakásos intézményben helyezik el a hozzátartozóikat,
- vagy a család egyik tagja felhagy kereső foglalkozásával és gondozza a rászoruló családtagot, amiért ápolási díjban részesülhet.

Az intézményi ellátás mellett, hogy sem az érintetteknek, sem a családoknak nem kedvező – végső megoldásnak élik meg – a legdrágább gondoskodási forma. Például a felnőtt fogyatékosok bentlakásos intézményben történő ellátásának átlagos havi költsége 142 ezer forint, amihez az állam havi 67 ezer forintos támogatást nyújt. A munkaerőpiacról történő kilépés és otthon maradás esetén viszont a család jövedelmi helyzete nagymértékben romlik, hiszen az ápolási díj összege kb. a minimálbér 50%-a. A hosszú idejű ápolási szükséglet esetén nő az elszegényedés kockázata, és a gondozás megszűnésekor a munkaerőpiacra történő visszatérés esélyei csekélyek.

Az ápolásra, gondozásra szoruló hozzátartozókról történő gondoskodás a családok számára fokozott terhet jelent, amely feladatnak jelenleg nem minden esetben, vagy csak nagy áldozatok árán tudnak megfelelni. Jelentős részük nagyobb társadalmi és anyagi megbecsültségre vágyik. Ezért a hozzátartozó ápolásának társadalmi elismerése az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazása felé is vezethet. Az átalakítás elvi alapja lehet tehát az ápolási tevékenység speciális foglalkoztatásként történő elismerése is.

A változtatás lényege, hogy az eddig ápolási díjban részesülő „*laikus ápolók*” a házi segítségnyújtó szolgálattal együttműködve végeznék hozzátartozójuk otthoni ápolását, de igény, illetve lehetőségük szerint mások gondozását is vállalhatnák. Emellett a családnak biztosítható az a döntési lehetőség, mely alapján mást is felkérhet az ápolásra szoruló családtag gondozására, aki szintén a házi segítségnyújtó szolgálattal együttműködve végezné a feladatot.

Ez a megoldás az alábbi előnyökkel jár:

- valódi választást jelent a családok számára, segít összehangolni a családi és munkahelyi kötelezettségekből eredő feladatok ellátását,
- a gazdasági aktivitást fokozza, másrészt új munkahelyeket teremt a szociális szolgáltatások területén,
- az intézményi gondoskodás kiváltásával csökkenti a központi költségvetés kiadásait,
- szakmai segítő háttérrel biztosít a hozzátartozóját ápoló személynek,
- egyedülálló, vagy családjuktól távol élő tartós ápolásra szorulóknak számára is biztosítható az otthonukban történő tartós ápolás-ellátás.

Mivel ez a rendszer teljes mértékű átalakítását jelentené, a működtetés tapasztalatainak összegzésére célszerű **modellkísérletet lefolytatni**. A modellkísérlet tapasztalatai alapján dolgozható ki az ápolási-gondozási szolgáltatás működtetésének szakmai és jogi háttere, valamint a szociális szolgáltatások átalakításával (rászorultsági elv bevezetésével) biztosítható a források átrendezése az otthoni gondozás irányába.

A kísérleti program kidolgozása az ápolási díjban részesülők igényeire, a hosszú távú reformfolyamatok irányára, illetve az EU biztosította lehetőségekre való tekintettel történhet.

2. A szociális alapszolgáltatások, ezen belül az időskorúak, illetve a fogyatékos személyek nappali ellátását biztosító intézményrendszer fejlesztési lehetőségei

Magyarországon jelenleg a tartós ápolást-gondozást nyújtó ellátások biztosítása nem egységes rendszerben történik. Az egészségügyi, illetve a szociális ellátórendszerek gondoskodnak a tartós ápolásra, gondozásra szoruló személyekről.

Komoly problémát jelent a tartós ápolás konkrét meghatározásának hiánya, mivel így az ezt biztosító ellátások nem feltétlenül választhatóak le az egyéb, más célú szolgáltatásokról.

A szociális ellátórendszerben a tartós ápolást biztosító ellátások a szociális szolgáltatások közé tartoznak. A szociális szolgáltatások alapvetően két kategóriába sorolhatóak: szociális alapszolgáltatások, valamint a szakosított ellátások. Tartós ápolást-gondozást az előbbiek közül a házi segítségnyújtás során, míg a szakellátásokat tekintve az ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézményekben nyújtanak.

Az elkövetkezendő időszakban a szociális szolgáltatások területén alapvető cél egy olyan szolgáltatási struktúra kialakítása, amely jobban képes megfelelni az ellátottak igényeinek, valamint a gazdasági, pénzügyi elvárásoknak.

A szolgáltatásfejlesztés statisztikai háttérrel a közeljövőben kiépítendő szociális intézményi nyilvántartási, valamint az országos jelentési és férőhelyfigyelő rendszer adja.

A szociális szolgáltatások rendszere

Jelenleg az ellátási felelősség, az ellátás megszervezése helyi önkormányzati feladat, melyhez a központi költségvetés normatív állami hozzájárulást biztosít. Ez többnyire csak részben fedezi a nyújtott szolgáltatások bekerülési költségeit. A forráshiánnyal működő önkormányzatok ezért gyakran nem érdekeltek a szolgáltatásra szoruló felkutatásában, a szolgáltatások megszervezésében. Ebből adódóan jelentős különbségek mutatkoznak mind a területi kiépítettség, mind a nyújtott szolgáltatások minősége között.

Ezen felül a jelenlegi finanszírozási rendszer is kedvezőtlen. A szakellátások finanszírozása magasabb összegű, mint az alapellátásoké, ezért a rendszerben résztvevők az otthon közeli, olcsóbb alapellátások helyett inkább a drágább szakellátásaikat fejlesztették.

A jelenlegi ellátórendszer nem érvényesíti az ellátásokra való rászorultság kritériumait, tehát sok olyan személyt is támogatásban részesít, akinek lehetősége lenne piaci alapon nyújtott szolgáltatásokat is igénybe venni.

A nappali ellátás fejlesztése

A nappali ellátási formák fejlesztésekor egyrészt figyelemmel kell lenni területi eloszlásukra, ami a szolgáltatáshoz való hozzáférés záloga, másrészt szakmai és tárgyi felszereltségükre, mely lehetővé teszi egy ápolásra szoruló személy napi több órás, folyamatos, megfelelő minőségű ellátását.

Jelenleg a nappali intézmények nem alkalmasak ápolást igénylők ellátására, mivel szakmai céljuk az önálló életvitelt folytató idős emberek, fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek különböző szolgáltatásokkal történő segítése. Amennyiben bővíteni kívánjuk szolgáltatási feladataikat ápolási tevékenységgel, szükséges mind tárgyi, mind személyi feltételeiket átalakítani.

A házi segítségnyújtás fejlesztése

A szociális szolgáltatások rendszere nem fedi le megfelelően az ország területét, különösen érvényes ez a házi segítségnyújtásra. Az ellátások kiépítettsége nem teljes körű, jelentős és tartós különbségek vannak a különböző régiók, megyék között. Első lépésként meg kell szüntetni a jelenlegi földrajzi egyenlőtlenségeket a hozzáférésben. E cél elérése érdekében át kell alakítani a házi segítségnyújtásra vonatkozó szabályokat; önkormányzati feladatellátási ösztönzőket, így többek között pályázati rendszert kell alkalmazni.

Jelenleg a települési önkormányzatok 63 százaléka biztosít házi segítségnyújtást, mely azt eredményezi, hogy a szociálisan rászoruló személyek saját lakókörnyezetben történő ellátása nem kielégítően megoldott.

A fejlesztések egy része a kistérségi szociális felzárkóztató programokban valósulhat meg. Ezek a programok a kistérségi fejlesztési tervek alapján a hátrányos helyzetű kistérségekben nyújtanak támogatást a szolgáltatásfejlesztéshez.

A szociális alapszolgáltatások fejlesztésének főbb szempontjai

Minőségi szolgáltatások

Alapvető cél, hogy a szolgáltatásokat igénylő rászoruló személyek megfelelő minőségű ellátásban részesülhessenek. Jelenleg az ellátások minősége igen eltérő: az ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézmények között egyaránt megtalálhatóak a korábbi évtizedekben épült 400-500 ágyas, többnyire zsúfolt, korszerűtlen intézmények, valamint a modern, az ellátottak számára kiváló minőségű ellátást biztosítani képes otthonok is.

Cél, hogy a realitásokat figyelembe véve olyan szakmai szabályozók kerüljenek megalkotásra és elterjesztésre, amelyek révén a szakmai tevékenység mérhetővé, s így összehasonlíthatóvá válik. A gondozási szükségletekre alapozó szabályok és finanszírozási rendszer kialakítása a cél. A szükségletek egységes osztályozása (pl. Homogén Gondozási Csoport alkalmazása mellett) alapot adhat az állapotfelmérés és gondozás besorolására, segítve a minőségi munka mérését, a hozzáférést, és az adekvát finanszírozást.

Az ellátások minőségének folyamatos fejlesztésére a jelenleg kialakítás alatt álló minőségi standardok és protokollok bevezetése szolgál. Ezek felállításával a tevékenység alapú szolgáltatások kimenet szabályozása és dokumentációs rendszere is létrejön. A hangsúly a szolgáltatások kimenetének szabályozásán, tehát a felhasználók elégedettségének növelésén van. Az egységes szakmai szabályozók bevezetése amellet, hogy csökkenti a szolgáltatások tartalmában, minőségében, hozzáférhetőségében mutatkozó jelentős különbségeket, lehetőséget teremt a feladatellátás színvonalának, eredményének mérésére, a különböző szereplők, kiváltképp az igénybevevők visszajelzéseinek hasznosítására.

Pénzügyi fenntarthatóság

A szolgáltatások hosszú távú finanszírozhatósága, vagyis a pénzügyi fenntarthatóság a jövőben különlegesen fontos szemponttá kell, hogy váljon. A demográfiai előregedés Magyarországon is határozottan érvényesülő jelenség, amely fokozott finanszírozási terhet jelent a költségvetés számára. A tartós ápolást biztosító szolgáltatásoknál az ellátásra szorulóknak számának emelkedése miatt a jelenlegi kapacitások bővítésével kell számolni. Napjainkban is jelentős az ellátásra várakozók száma, a jövőben az ellátások fejlesztésénél az alapszolgáltatások elérhetőségének bővítését kell elősegíteni, támogatni. Cél a felhasználó otthonának közelében nyújtott ellátások megerősítése, előtérbe helyezése, a nagyobb pénzügyi megterhelést jelentő bentlakásos ellátási

formák helyett. Az ellátások igénybevételénél a rászorultsági elv fokozottabb érvényesítésére kell törekedni.

Megoldandó problémát jelent az alapszolgáltatások és a szakosított ellátások között az átjárhatóság megteremtése, amelynek célja, hogy az intézményi ellátást ne lehessen egyéb szolgáltatási „előzmény” nélkül igénybe venni. A különböző szolgáltatások jelenleg nem épülnek egymásra, s ennek is következménye a szakosított ellátások iránti fokozott felhasználói igény.

A szakellátások finanszírozásánál differenciált normatív támogatás kialakítása szükséges, amelynek bevezetése 2008. évtől várható. Az idős személyek ápolását, gondozását végző intézményekben jelenleg eltérő ápolási szükségletű és vagyoni, jövedelmi helyzetű ellátottak laknak. Emiatt a gondozás költségei is nagyon eltérőek egymástól. Az önálló életvitelre inkább alkalmas, nagyobb jövedelemmel rendelkező gondozottak esetén indokolatlanul magas az állami működési hozzájárulás mértéke.

A költségvetés kiadási oldalának igazolható mértéken belül tartása érdekében a kapacitásszabályozás adott területre és ellátásra vonatkozó konkrét felső korlátokat is meghatároz egyes esetekben, melyek felett nem lehet új kapacitást – férőhelyet, szolgálatot, ellátotti számot – a finanszírozási rendszerbe befogadni.

A tartós ápolás-gondozás területén nagyon fontos a társadalmi munka erősítése. Szükség van a hozzátartozók által biztosított gondozási formák, valamint az önkéntesség, az önkéntes munka elterjesztésére.

A közpénzzel való hatékony és felelősségteljes gazdálkodás megköveteli az állami finanszírozásban részesített szolgáltatók, ellátást biztosítók erősebb szakmai és pénzügyi ellenőrzését.

3. Az ápolási díj nyugdíj melletti folyósításának lehetősége

2005-ben lehetővé vált, hogy az ápolási díjat tovább folyósítsák annak a súlyos fogyatékos személy ápolását végző hozzátartozónak, akinek saját jogú nyugdíjat állapítanak meg, feltéve, hogy az ápolási díjat a nyugdíj megállapításának időpontjában több mint tíz éve folyósítják. Így a szociális törvény 2005. évi módosításával megvalósult a hosszú ideje ápolási tevékenységet végző hozzátartozók részére, hogy nyugdíjuk megállapítását követően is jogosultak maradjanak az ápolási díjra.

4. Az ápolott jogán biztosítandó ellátás bevezetésének lehetőségei

Az ápolott jogán biztosítandó ellátás a jelenlegi rendszer olyan irányú továbbfejlesztését igényelné, melyben **az ápolásra szoruló személy közvetlenül részesülne a támogatásban**. Ez esetben az ápoló-gondozó személy kiválasztásában az ellátásra szoruló, illetve családja nagyobb szabadsággal dönthetne, mivel a jelenleg

meghatározott szűk körön túl az ápolás-gondozás végzésével mások is megbízhatóvá válhatnak. Így dönthet (dönthetnek) arról, hogy az ápolási-gondozási feladatot laikus ápoló – tehát valamelyik hozzátartozó, vagy a család által megbízott személy – végezze, vagy az ápolási-gondozási feladatokat ellátó szolgálatoktól kér (kérnek) segítséget.

Ennek a nemzetközi tapasztalatok alapján több formája lehetséges:

A legelfogadottabb módja az **ápolásbiztosítási rendszer működtetése**, amely több szolgáltatás továbbfejlesztését, új szolgáltatások kialakítását érintené, így csak a hosszú távú fejlesztés egyik fő iránya lehet.

Az ápolásbiztosítás rendszerében a nemzetközi modellek szerint a biztosított személy (és esetleg munkáltatója) a jövedelme alapján előre megállapított mértékű járulékot fizet, mellyel a természetbeni és pénzbeli ellátások igénybevételére jogosulttá válik. Ezzel az átalakítással az ápolásra szoruló kerül az „igénybe vevő” helyzetébe, és az ápoláshoz való jog kerül előtérbe.

A rendszer bevezetése hosszú távon növelheti az ápolásra fordítható forrásokat, a legjobb megoldást nyújtja az ápolási igények kielégítésére. Mivel az ápolásbiztosítás bevezetése az egészségbiztosítási rendszer komplex átalakításának irányától függ, kialakítása hosszú távú célként határozható meg, létrehozásához alapos előkészítő munka és széles körű társadalmi egyeztetés szükséges.

Az ápolott jogán járó ellátás **egyszerűbb módja** lehet egy olyan rendszer kialakítása, melyben a hozzátartozónak adott **ápolási díj helyett az ápolott részére biztosított támogatásból** – az összeg meghatározásakor tekintettel kell lenni a konkrét ápolási igényekre – **saját maga vásárolja meg a számára szükséges ápolási-gondozási szolgáltatást**. Mindez feltételezi a szolgáltatási rendszer komplex fejlesztését, emellett lehetővé kell tenni azt is, hogy az ápolásra szoruló, illetve családja dönthessen úgy is, hogy továbbra is közeli hozzátartozó, vagy a család által választott (egyetlen elérhető szolgáltatóhoz sem tartozó) személy végezze az ápolási-gondozási tevékenységet.

Ezért a szabályozás kialakításakor tekintettel kell lenni arra, hogy ne csak ápolási szolgáltatás, hanem a hozzátartozó választása esetén is működőképes rendszer alakuljon ki.

Mindkét lehetséges irány feltételezi a meglévő pénzbeli és természetbeni szolgáltatási háttér összehangolását, átalakítását, a döntést megalapozó hatásvizsgálatok elvégzését. Ezt segítheti az ápolási rendszer egységesítésének soron következő feladatairól szóló 2011/2007. (I. 30.) Korm. határozat alapján elindult munka, mely az ápolási feladatok egységes rendszerének megteremtésére, a szociális és egészségügyi feladatok összehangolására irányul.