



# DEMOGRÁFIA

# A Covid19 kontrollstratégiája Kínában és hatása a világjárványra

Difeng Ding – Ruilian Zhang: China's COVID-19 Control Strategy and Its Impact on Global Pandemic

*Frontiers in Public Health*, 2022. március. 857 003. sz.

DOI: [10.3389/fpubh.2022.857003](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.857003)

Kína a Covid19-járványt a világon a leghatározottabban intézkedésekkel igyekszik megelőzni, illetve kontrollálni. A zéró-eset-politika lényege, hogy minden megfertőződött személy kapcsolatrendszerét feltárják abból az időszakból, amikor megbetegedett, és elkülönítik mindazokat, akikre a fertőzést továbbvihették volna. A nukleinsavtesztet, az oltást, a karantént és a szigorú nyilvántartási rendszert azért alkalmazzák, hogy a fertőzést lokalizálják és további terjedését megakadályozzák. Ehhez a legmodernebb digitális technológiát alkalmazzák, beleértve a mesterséges intelligenciát is. A pszichológiai tanácsadás minden covidos beteg és attól tartó személy számára elérhető. A pozitív érzelmi atmoszféra megteremtéséhez motivációs zenét is szolgáltatnak. Kína nagy segítséget nyújt a fejlődő országoknak a járvány leküzdésében.

**TÁRGYSZAVAK:** járványmegelőzés és kontrollstratégia, zéró-eset-politika, nyilvántartási rendszer, nukleinsavteszt, védőoltás, digitális technológia, karantén, járványutatók, pszichológiai tanácsadás, együttműködés a járvány leküzdésében

Az ismétlődően visszatérő Covid19-járvány hullámai soha nem voltak hatékony kontrollnak kitéve. E hiány négy vonatkozását lehet megkülönböztetni. Először: a Covid19-járvány a terjedés gyors szakaszában van, az új esetek száma naponta meghaladja az 500 000 főt. Az országok egy részében jelentős újrafertőződési hullám indult el, mint például Indiában, ahol 2021. áprilisában gyors növekedési fázisba lépett, a napi fertőzésszám meghaladta a 300 000 főt. 2021. november 9-én a pandémia már 211 országra terjedt ki. Másodszor: a Covid19 magas halálozási aránnyal járt. 2021. november 22-én a meghaltak száma az Amerikai Egyesült Államokban 793 651, az Egyesült Királyságban 143 927, Indiában 465 662, Brazíliában 612 722, Olaszországban 133 177 és Oroszországban 264 095 főt tett ki. Harmadszor: nincs egységes konszenzus a járvány megelőzésében és kontrollstratégiájában. Nagy különbségek vannak például a maszkviselés fontosságának megítélésében, a zéró-eset-politika kivitelezésében, mindkettővel kapcsolatban folyamatosak a viták. Negyedszer: az ismét-

lődő újabb járványok nagy nyomás alá helyezik a kínai kormányt a pandémia megelőzésében és felügyeletében, a helyi esetek lokalizációjában.

Figyelemre méltó, hogy egy oltás hatásossága jóval alacsonyabb volt a delta variánsal megfertőződötteknél (30,7%), mint azoknál, akik az alfa változatban betegedtek meg (48,7%). Két dózis esetén a hatékonysági értékek 88,0 és 93,7%-ot értek el. 58 tanulmány konklúziója szerint (amelyből 32 az oltás hatásosságát, 26 a vakcina biztonságát mérte) egy oltás 41%-ban képes megelőzni a SARS-CoV-2 fertőzést, 52%-ban a Covid19 tüneteit, 66%-ban a kórházba kerülést, 45%-ban az intenzív terápiát és 53%-ban a Covid19-cel kapcsolatos halálozást. Két oltásnál a fentiek rendre 85, 97, 93, 96 és 95%-ot értek el (Liu et al. [2021]). A járvány a kitorése óta kontroll alatt van Kínában, de felbukkan az ország több területén, fenyegetve a kínai népesség biztonságát, gazdaságát és szociális jólétét.

A kontroll alatt tartott járvány képes volt felütni a fejét újabb területeken, nagyvárosokban és tartomá-

nyokban. 2021. januártól november végéig 19 tartományban volt kisebb járvány (összehasonlításképpen: Kínában 345 tartomány van – HB). A fertőzést legtöbbször a Kínába belépők hozták magukkal, ezért a kikötőket és a repülőtereket igen szigorúan ellenőrzik. A Covid19-járvány szezonális jellegű, tünetei nagyon hasonlóak a megfázáshoz, amely ősszel és télen lázzal és köhögéssel jár, így nehéz megkülönböztetni a Covid19-cel fertőződöttöket.

A kínai kormány szigorú nyilvántartási rendszert vezetett be. A kormánytisztviselők, az egészségügyben dolgozók, a kikötők és a repülőterek alkalmazottai különleges szerepet kaptak ebben a rendszerben. A kormány büntetést helyez kilátásba (elbocsátás, elhelyezés, lefokozás, vizsgálat alá vonás, figyelmeztetés), ha az e körbe tartozók nem vagy csak részben látják el járványügyi feladataikat. Kína sajátos járvány megelőzésére és kontrollstratégiájába beleértik a digitális technika felhasználását, a zéró-eset politikát, a járvánnyal foglalkozók nukleinsavtesztjét és oltását, a karantént és a hivatalos nyilvántartási rendszert. A digitális technikának részét képezik az olyan új eljárások, mint az 5G, a felhőalapú számítástechnika, a mesterséges intelligencia és a blokklánc technológia (Wang–Zhang [2021]). Ezek az eszközök segítenek meghatározni a vírus forrását és a fertőzés átadásának láncát. A módszerek közé bevonják a drónkamerákat és a drónok gyors válaszait (QR-kód), a kód szkennelési szolgáltatásait, hogy támogassák a dinamikus monitorozást, a nyomon követést és a gyülekezések korlátozását.

A kommunikációs technológiák teljes tárházát felhasználják, beleértve a telefonos hibakeresést is. A digitális technológiák a pandémia alatt online applikációkkal és szolgáltatásokkal segítik a lakosok mindennapi életét. A feldolgozóipari vállalatokat arra sarkallják, hogy gyorsítsák fel az internet iparszerű kiépítését. Ezek az innovációk új momentumot jelentenek a fejlődésben és erősítik a gazdaságot. A járvány alatt megerősítették a társadalmi kormányzást, alkalmazták a legújabb technológiákat és felgyorsítják a városok intelligenciarendszerének fejlesztését.

A Kínában alkalmazott zéró-eset-politika azt jelenti, hogy a Covid19-cel szemben szigorú megelőzést és kontrollszabályokat érvényesítenek, a megfertőződött beteget elszigetelik minden vele kapcsolatban álló személytől. Azokon, akik érintkeztek a covidos beteggel, nukleinsavtesztet kell végezni, és a pácienseket kezelni kell már a betegség korai szakaszában. Ezekkel az intézkedésekkel meg lehet szüntetni a jár-

vány terjedését és ki lehet alakítani a betegségmentes körülményeket. Egyes országokban nem kezelik a beteget a diagnózis felállítása után, remélve, hogy a beteg immunrendszere elég erős a gyógyuláshoz, sőt az orvosi segítséget is visszatartják. Kína zéró-eset-politikáját több ország túlzónak tartja. Ők úgy vélik, hogy a betegség felderítése, a karantén, a megfigyelés, a nukleinsavteszt, az orvosi kezelés és a logisztikai támogatás szükségtelen és túlságosan drága. A kínai kormány politikájának helyességét jelzi, hogy 2022 februárjában meg tudták rendezni a téli olimpiát Pekingben.

A nukleinsav tesztelése fontos módszere a Covid19-fertőzés megelőzésének és kontrolljának. A járvány kitörése után az adott településeken elvégzik a nukleinsavtesztet, hogy elkülönítsék a tünetmentes fertőzéseket az enyhe lázzal és köhögéssel járó páciensektől. A kormány minden fertőzékeny ember számára biztosítja a nukleinsavtesztet. Egy 2021. szeptember 8-án kiadott államtanácsi irányelv szerint minden 5 millió főnél népesebb városban 3 napon belül minden emberen el kell végezni a nukleinsavtesztet. Az ezzel foglalkozó szervezetnek 24 órás ügyeletet kell tartania, és 6 órán belül a teszt eredményei alapján döntenek arról, hogy a páciens igényel-e további kezelést.

A kínai kormány kifejlesztett egy hosszú távú karanténrendszert azok számára, akik magas vagy közepes kockázatú, tengerentúli utazáson vettek részt. Alapelve, hogy a 14 napos orvosi megfigyelés mindenki számára kötelező, emellett a nukleinsavteszt alá vonás is követelmény. A delta vírus esetén a megfigyelés számos helyen meghosszabbodik 7, illetve kivételes esetekben még 7 nappal (14 + 7 + 7 nap).

A kínai kormány felgyorsította a vakcina kutatását és fejlesztését is. Minden önkéntes számára ingyen biztosította az oltást. Először csak a 18 éven felüliek jelentkezhettek, de 2021. júliusban már a 12–17 évesek is, sőt novemberben a 3–11 éves gyermekeket is beoltották, ha a szüleik így döntöttek. 2021. november 13-áig 84 millió ilyen korú gyermeket oltottak be és 49 millió ember kapott emlékeztető (második) oltást. Az oltási folyamatban speciális figyelmet fordítottak a kikötőkben és a repülőtereken dolgozókra, a határmenti területekre, a nagyvárosokra és a magas kockázatú térségekre. Emellett az orvosokra, az egészségügyi dolgozókra, a kormányzati alkalmazottakra, a vállalatok, intézmények munkásaira, az egyetemi, főiskolai hallgatókra, a szupermarketekben, a közlekedésben, a logisztikában és a jóléti intézményekben dolgozókra, akik biztosítják a társadalom működését.

Nagy fontosságot tulajdonítanak a pszichológiai tanácsadásnak, hogy segítsék a páciensek zaklatott lelkiállapotát feloldani, illetve erősítsék meg életbe vetett hitüket, amit a járvány megtépázott, és biztosítsák pszichológiai stabilitásukat. 2020. március 18-án megerősítették a pszichológiai tanácsadást az Államtanács irányelvei szerint (*Zhang–Zhang [2020]*). A cél az, hogy minden érintett személynek megfelelő pszichológiai tanácsot adjanak, ügyeljenek a népesség pszichológiai egészségére és segítsék elő a társadalmi harmóniát és stabilitást. Egy forróvonal létesítése lehetővé teszi a lakosságnak, hogy hívhatók legyenek a pszichológiai tanácsadók, akik segítséget adnak a negatív érzelmektől való megszabaduláshoz és pozitív érzelmi atmoszférát hoznak létre. Motivációs zene közvetítésével erősítik a bizalmat a járvány miatt kelepchébe került személyekben, az érintett egyének pozitív érzelmeinek megerősítésére, hangulatuk javítására.

A járvány ismétlődő hullámai nemcsak a jelenlegi helyzetben jelentenek nagy kihívást Kína számára, hanem a jövőre nézve is (*Xiao–Zhang [2021]*). A Covid19 mutációi növekvő nehézséget jelentenek a járvány megelőzésében és korlátozásában. A járványokat a külföldről érkezők terjesztik, akik elszórva jelennek meg e hatalmas ország különböző területein. A vírussal való együttélés az élet része lett. A mutált vírusokkal szembeni védekezés az óvatosság magas fokát követeli meg, ezért folytatják az ezzel kapcsolatos kutatásokat is.

A járvány növekvő nyomást gyakorol a gazdaságra, aminek egyik oka a világgazdaságot ért, pandémia által kiváltott recesszió volt. Néhány ország ebben a helyzetben monetáris és fiskális politikával igyekezett élénkíteni a gazdaságot. A globális gazdaság lejtmenete hatással van Kína teljesítményére is, ezért a hazai gazdaság megerősítése is fontos cél maradt. Az ország sűrűn lakott keleti területein magas a népesség mobilitása, az emberek szoros érintkezésben élnek egymással, ezért itt szigorúbb követelményeket érvényesítenek mind a járvány megelőzésében, mind felügyeletében. Az ország népessége növekvő mértékben öregszik. A legutóbbi (2020) népszámlálás szerint a 60 éves és idősebb népesség aránya 18,7%, míg a 65 éven felülieké 13,5%. Az idősebb lakosságot számos betegség sújtja, mert gyenge az ellenállóképességük, könnyebben megfertőződnek és a fizikai állapotuk is rossz. A halandósági rátájuk sokkal magasabb, mint a fiatalabb korcsoportoké. Gyógyulási arányuk is kisebb,

a Covid19 is komolyabb betegséget jelent náluk, beleértve az életüket is veszélyeztető fertőzéseket is.

A Covid19 delta változatát, amely jobban fertőz, mint a korábbi variáns, 2020 októberében fedezték fel Indiában. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2021. július 29-én azt jelentette, hogy 8 országban volt jelen a Covid19 delta változata, és a vírus további mutálódása következett be. A Covid19-fertőzések érintkezéssel és nem érintkezéssel is terjednek. Az előbbi esetben terjedhet a levegőben cseppecskék formájában, és érintéssel megfertőzi a személyt vagy a tárgyat. Elég egy liftgomb vagy egy ajtókilincs megérintése is. A második típusú fertőzés azért következhet be, mert a víruscseppecske mintegy fél órán át fertőző marad 1-2 méteres körzetben. A fertőzés károsíthatja a tüdőt, mellkasszorítást okozhat, de tüdőtágulat és remegés is gyakran előfordul. A betegségen átesettek gyógyulásuk után is magasabb kockázatú következményekkel számolhatnak.

A fő cél mind a kormányzat, mind az egészségügyi dolgozók részéről az, hogy munkájukkal megvédjék minden kínai polgár életét (*Meng et al. [2021]*). A járvány alatt az alapszükségletek kielégítését – élelmiszerek, víz, gáz, elektromos áram, gyógyszer stb. – tartják a legfontosabbnak. Különösen fontos a gyógyszerek megvásárlásának és kiszállításának jó megszervezése a megfertőződött családok számára. A járvány ideje alatt is elő kellett teremteni a humán, az anyagi és a pénzügyi forrásokat ahhoz, hogy a gazdasági fejlődés ne törjön meg.

A járvány megelőzésében és a kontrollfeltételek teljesítésében az emberek aktívan részt vesznek. Jelentést adnak egészségi állapotukról, utazásaikról (külön kiemelve a magas kockázatú területen tett útjukat), aktívan segítik a karantén szabályok betartását, felelősséget éreznek magukért és a társadalomért. Kínában a járvánnyal szembeni gyors és hatékony intézkedések erősítik az ország közegészségügyének biztonságát és csökkentik a globális pandémiával kapcsolatos gondokat. Kína nemcsak polgárait látja el maszkokkal, védőruhával és más eszközökkel, hanem segítséget nyújt a világ számos országának a járvány leküzdésében. Nemcsak eszközöket, hanem szakértőket is küld más országokba, és megosztja tapasztalatait, hogy ezzel segítse a járvány elleni küzdelmet. Szerbia, Irán, Japán és más országok köszönetüket és hálájukat fejezték ki azért, amit Kína nyújtott számukra. Kína kivívta a világ elismerését a pandémia elleni harcban elért sikereivel. Erősítette tudományos bázisát, inspirálta a világot a pánik

legyőzésében, és erősítette a járvány feletti győzelembe vetett hitet.

A világ országai között nagy az egyenlőtlenség a vakcinákkal való ellátottságban. A vakcinafejlesztésben élen járó országok: Kína, az Amerikai Egyesült Államok, az Egyesült Királyság és Németország. A fejlődő országok számára nehézséget jelent az anyagi forrás, a tudományos és technológiai szint, hogy oltóanyag-fejlesztésbe kezdjenek. A járvány ismétlődő hullámai miatt további vakcinakutatásra és a klinikai tesztek felgyorsítására van szükség. Mindezek miatt tovább szélesedik e téren is a fejlett és fejletlen országok közötti rés. A Kínában kifejlesztett vakcinákat sürgősséggel hagyták jóvá és kezdték el alkalmazni számos országban. A Sinopharm és a CoronaVac vakcinák a WHO felhatalmazását is elnyerték vészhelyzeti alkalmazásra. 2021 novemberében a brit kormány is elfogadta a vészhelyzeti vakcinák között ezt a két oltóanyagot. Ez után az ilyen oltással rendelkező személyek úgy utazhattak be az Egyesült Királyságba, hogy nem kellett karanténba vonulniuk.

Kína úgy tekint a vakcinákra mint globális közjavakra, ezért ezekkel támogatja az elmaradott országokat. Azt tartaná igazságosnak, ha ott is mindenki számára elérhetővé válna az oltás, különösen azoknál, akiknek sürgős szükségük lenne rá. Chilében, Brazíliában és Kolumbiában sürgősséggel hagyták jóvá a kínai vakcinákat, de ez várható Uruguaytól, Mexikótól, Perutól és más országoktól is. Ahhoz, hogy ennek a kihívásnak eleget tudjon tenni, növelnie kell vakcinagyártását és az ilyen kapacitásokat.

Kína szigorú prevenció és kontrollpolitikája életet ment meg, amivel segíti a gazdasági fejlődést, de a költségek óriásiak. Nagy kérdés, hogy a kínai modell adaptálható-e más országokra. Kína jelentő-

sen hozzájárult ahhoz, hogy a globális járvány terjedését lassítsa. Más országbeli alkalmazása leginkább a digitális technológia átvételénél jöhet szóba, amivel nyomon lehet követni az újonnan fertőzött személyeket. 2021 decemberében új koronavírus-variánst azonosítottak Dél-Afrikában, amely gyorsan elterjedt a világban. E változat még sokkal fertőzőbb, mint a delta variáns, ami növeli a tesztek iránti keresletet. Dél-Afrikában a Pfizer-vakcina hatásossága az omikron vírussal szemben 30% alá esett, holott a delta típusnál még 80% körüli volt. Két Pfizer-oltás után 70% a valószínűsége annak, hogy a beteg nem kerül kórházba. A delta variánsnál ez az érték 90% volt. A tanulmány fő következtetése, hogy a járvány megelőzése és kontrollja egységes fellépést és szoros együttműködést kíván az emberi társadalomtól.

---

*A tanulmány mindenben megfelel a tudományos dolgozatokkal szemben támasztott követelményeknek, de a legkisebb kritika nélkül tekint a kormány által megtett intézkedésekre. Vuhan város nevét meg sem említik, és azt sem, hogy a járvány Kínából indult el. Közlik ugyan, hogy az egyes országokban hány áldozatot követelt a járvány, de azt nem tudjuk meg, hogy Kínában hányan haltak meg, továbbá nincs információ a megfertőződöttekről sem. A legnagyobb meglepetés mégis az, hogy Kína milyen óriási anyagi, emberi és pénzügyi forrást vetett be a járvány megelőzésére és kézben tartására. Az országban alkalmazott legújabb digitális technológiák példát mutatnak a világnak. Kína a járványt is felhasználja arra, hogy a fejletlen afrikai és latin-amerikai országokat védőfelszerelések és oltóanyagok szállításával még jobban gazdasági befolyása alá vonja.*

HAJNAL BÉLA

---

## IRODALOM

- LIU, Q. – QIN, C. – LIU, M. – LIU, J. [2021]: Effectiveness and safety of SARS-CoV-2 vaccine in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. *Infectious diseases of poverty*, 1. sz. 1–15. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00915-3>
- MENG, Z. – SHAN, S. – ZHANG, R. [2021]: China's COVID-19 vaccination strategy and its impact on the global pandemic. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14. sz. 4649–4555. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S338701>
- WANG, J. – ZHANG, R. [2021]: COVID-19 in Rural China: features, challenges and implications for the healthcare system. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14. sz. 1045–1051. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S307232>
- XIAO, J. – ZHANG, R. [2021]: Digital technology to control COVID-19 in China: issues, challenges and implications for the healthcare system *Signa Vitae*, 6. sz. 1–7. <https://www.signavitae.com/articles/10.22514/sv.2021.229>
- ZHANG, J. – ZHANG, R. [2020]: COVID-19 in China: power, transparency, and governance in public health crisis. *Healthcare*, 3. sz. 1–9. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030288>



# Az alacsony képzettségű nők növekvő kitettsége az atipikus munkaidejű foglalkoztatásnak Franciaországban

Anne Lambert – Laetitia Langlois: Horaires atypiques de travail: les femmes peu qualifiées de plus en plus exposées

*Population & Sociétés*, 599. sz. 1–4. o.

DOI: [10.3917/popsoc.599.0001](https://doi.org/10.3917/popsoc.599.0001)

Az atipikus munkaidejű – kora reggeli, esti, éjszakai és hétfégi – foglalkoztatás az utóbbi évtizedekben terjedt el a munkaidő változtatását, illetve a vasárnapi munkavégzés lehetőségét bővítő jogszabályok révén. A tanulmány arra keresi a választ, hogy ez milyen mértékben érintette a különböző társadalmi-foglalkozási csoportokat, és különösen a női munkaerőt. Az atipikus munkaidőben dolgozóknak újabban inkább az összetétele változik, mint arányuk növekedése a foglalkoztatottakon belül. Ez leginkább az alacsony képzettségű nőket érinti, elsősorban a szombati és vasárnapi munkavégzés gyakoribbá válásával. Ugyanakkor a magasabban kvalifikált, nem fizikai munkaerő esetében az atipikus munkaidő visszaszorulóban van, ideértve az előre nem tervezett és változó idejű munkavégzést is. A tanulmányhoz a szerzők módszertani mellékletet csatoltak, amely a <https://doi.org/10.34847/nkl.efafyj01> címen érhető el francia és angol változatban.

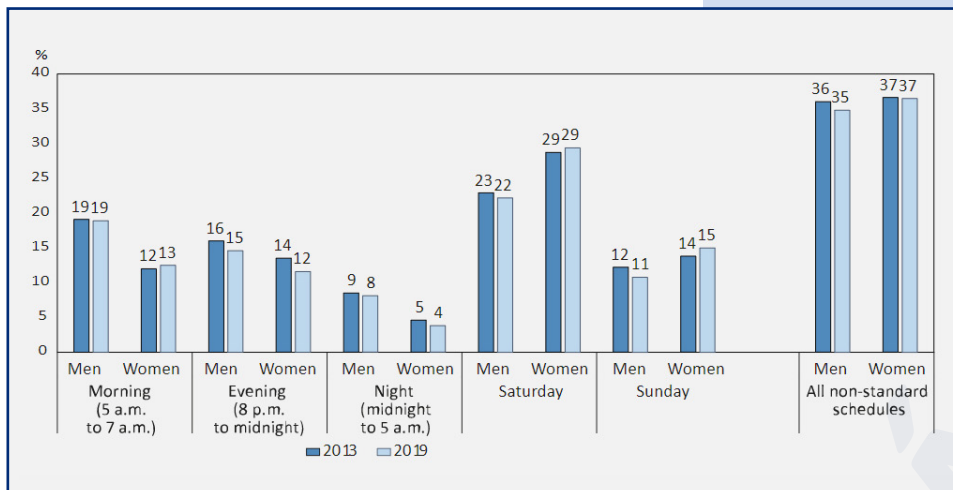
**TÁRGYSZAVAK:** atipikus munkaidő, éjszakai munkavégzés, vasárnapi munka, a munkaidő szabályozásának enyhítése, társadalmi-foglalkozási csoportok, nemenkénti különbségek, munkakörülmények adatfelvétel, Franciaország

A munkaerőpiaci egyenlőtlenségek vizsgálatához korábban csak a foglalkozási viszonyra, a munkabérré és a munkaidő hosszára vonatkozó kérdéseket tették fel. A munkaidő heti eloszlása jelentős szerepet játszik a családok élete és a dolgozók egészsége szempontjából (*Beque* [2019]; *Boulin–Lesnard* [2016]; *Brochard et al.* [2015]). Az ezredfordulót követően a hagyományos munkaidő alkalmazása lényegesen háttérbe szorult. 2019-ben az Európai Unió munkavállalóinak 37%-a rendszeresen dolgozik a standard munkaórákon kívül (is), vagyis este, éjjel, szombaton és/vagy vasárnap. Ezt számos tényező idézte elő, például a számítógépek használatának elterjedése a gazdasági életben, a megrendelésekhez kapcsolódó munka (ezt überizációnak is nevezik); a népesség öregevése és az időskorúak gondozásának növekvő igénye; az életmód és a fogyasztási szokások változásai; a munkaidő szabályozásának enyhülése. Franciaországban, ahol a munkaidő általános szabályozása a

Munka Törvénykönyvén alapul, egy sor újabb törvényt hoztak, lehetővé téve a módosításokat a munkáltató jóváhagyásával.

Tanulmányunkban az atipikus munkaidő az esti, éjszakai és kora reggeli, valamint a hétfégi munkavégzést jelenti. Ezek az órák változnak az országok szabályozása és a statisztikai konvenciók függvényében. Itt most azokról az esetekről van szó, amikor a munkaidő rendszeresen tartalmazza a reggeli 5 és 7 óra, az esti 20 óra és éjfél, az éjjeli 0 és 5 óra közötti időszak valamelyikét, illetve a szombatot és vasárnapot. Ezek jelenthetnek komoly problémákat a családi életben, viszont nem tartoznak ide azok a munkavállalók, akiknek csak esetenként kell dolgozniuk atipikus munkaórákban.

A Francia Munka- és Foglalkoztatásügyi Minisztérium kutatási és statisztikai igazgatósága által rendszeresen végrehajtott Munkakörülmények felvétel a munkavégzés szervezésére és ütemezésére vonatko-



zó adatok fő forrása. A szerzők az atipikus munkavégzési időbeosztások vizsgálatához az ehhez időbelileg összehasonlítható adatokkal szolgáló 2013. és 2019. évi felvételt használják fel.

Franciaország európai területén 2019-ben a munkavállalók 36%-a dolgozott rendszeresen atipikus munkaidőben, ami közel azonos az európai átlaggal. A Munkakörülmények felvétel szerint 2013 és 2019 között az esti és éjszakai munkavégzés némileg visszaesett, ugyanakkor a szombati, vasárnapi és kora reggeli munkaidők aránya egyes munkavállalói kategóriáknál megnőtt. A nőknél újabban magasabb az atipikus munkaidőben dolgozók aránya, mint a férfiaknál, bár nem ugyanolyan a munkaidő-beosztásuk, ugyanis leginkább a szombat-vasárnapi műszakokban dolgoznak, míg a férfiak beosztása többnyire a hétköznapi munkaidőre szól.

Ugyanebben az időszakban nőttek e tekintetben a különböző társadalmi-foglalkozási csoportokba tartozó munkavállalók közötti különbségek is. Az atipikus munkaidő alkalmazás 2013-ban és 2019-ben is főleg az alacsonyabb képzettségű munkaadókat érintette. 2019-ben a szellemi és vezető állásúak hatoda, a munkások és alacsony képzettségűek mintegy fele dolgozott atipikus munkaidőben. Az utóbbiak 40%-a végez rendszeresen munkát szombaton és 25%-uk vasárnap. 2013 és 2019 között az atipikus idejű munkavégzés aránya 18%-kal csökkent a szellemi és vezető foglalkozásúaknál, miközben a többi kategóriánál stagnált vagy növekedett. A foglalkoztatás jellege (sok esetben a távmunka) és a foglalkozási viszony a vezető állásúak számára kedvező lehetőséget teremtett, hogy megfelelő kereteket és megállapodásokat hozhassanak létre a munkavégzéshez és a családi élethez szükséges idők egyeztetésére, amit egyébként az Európai Unió már régóta szorgalmaz (Lambert–Langlois [2022]).

**1. ábra:** Az atipikus munkaidő gyakorisága nem és a vizsgálat éve (2013 és 2019) szerint

**A vizsgálat köre:** 15–64 éves munkavállalók Franciaország európai területén.

**Megjegyzés:** kerekített százalékok.

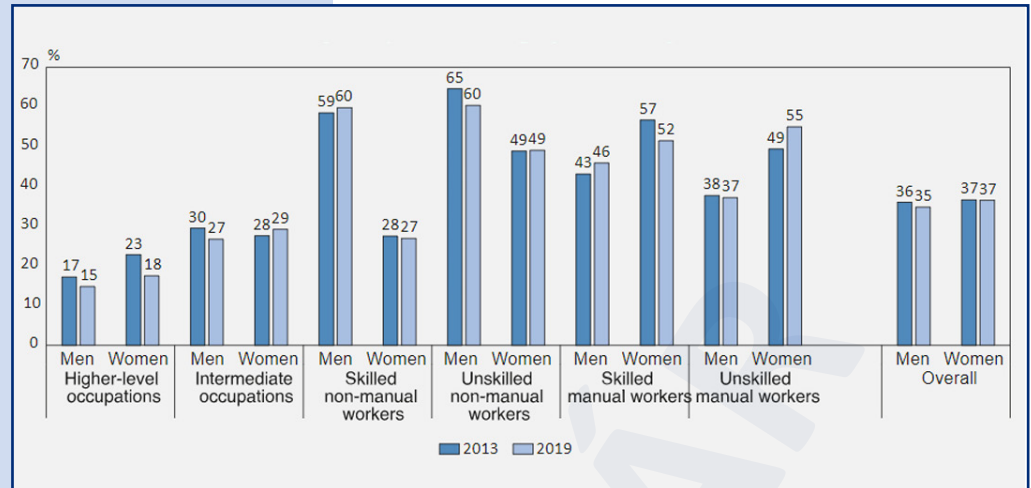
**Forrás:** Munkakörülmények felvétel.

A társadalmi-foglalkozási csoporthoz tartozás és a nem kombinációja, a munkaerőpiaci szegregáció megfigyelése szerint az utóbbi évtized során a magasabb képzettségű nők esetében (például a vezető beosztásúaknál 23%-kal) csökkent, az alacsonyabb képzettségűek esetében viszont (a legkevésbé kedvező helyzetű szakképzetlen munkásoknál 11%-kal) nőtt az atipikus munkaidőnek való kitettség. A férfiaknál a munkaidő szerinti polarizálódás kisebb mértékű.

Egy logisztikus regressziós modell szerint az atipikus munkavégzési idő és a nem közötti összefüggés eltérő a társadalmi-foglalkozási csoporthoz tartozás és a foglalkozási ágazat függvényében. A képzettséggel rendelkező női alkalmazottak inkább irodai foglalkozásúak, míg a hasonló szintet képviselő férfiak többséget képviselnek a tűzoltói, rendőrségi, katonai, biztonsági foglalkozásokban, ahol az atipikus munkaidő inkább elterjedt. Ugyanakkor a nem szakképzett munkásoknál is inkább előfordul az atipikus munkavégzési idő, mint a vezetők és szellemi munkaerő esetében, de itt a nők kitettsége még erősebb, ugyanis közülük sokan takarítóként dolgoznak, míg az e kategóriához tartozó férfiak a többségében nappali és hétköznapi munkával járó építő, karbantartó és kommunális területek munkásai.

Az atipikus munkaidő összekapcsolódhat az időbeli kényszerek más formáival (Letroublon–Daniel [2018]). Ezek közé tartoznak a rendszertelen időbe-





**2. ábra:** Az atipikus munkaidőben dolgozó munkavállalók aránya társadalmi-foglalkozási csoport, nem és a vizsgálat éve (2013 és 2019) szerint

**Forrás:** Munkakörülmények felvétel.

**A vizsgálat köre:** 15–64 éves munkavállalók Franciaország európai területén.

**Megjegyzés:** kerekített százalékok.

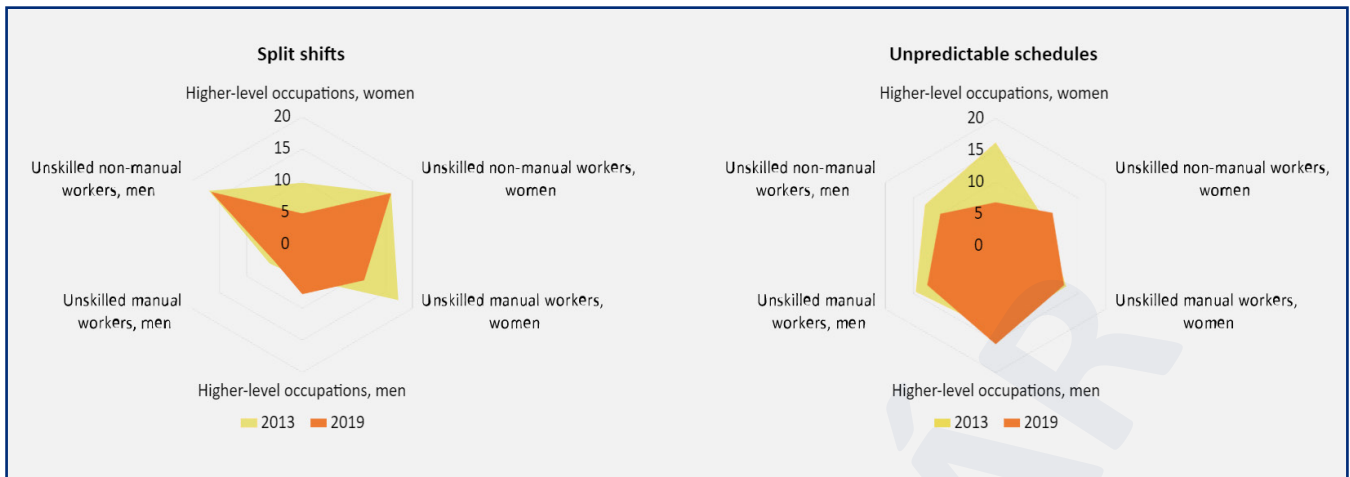
osztások (például a beosztás változása egyik napról a másikra), a napközbeni megszakítások (a munkavégzés megszakítása legalább 3 órára) és az előre nem tervezhető munkanapok (amelyeket nem lehet legalább egy nappal előre ismerni). Itt komolyan felmerül a dolgozó közérzetének és családi életvitelének problémája (Presser [2003]). A rendszeresen atipikus munkarendben dolgozó munkavállalóknál gyakrabban fordulnak elő a felsorolt esetek, mint a hagyományos munkarendet követőknél: 2019-ben 35%-uknak a munkaórái is változóak (míg ez a konvencionális munkaidőben dolgozóknál csak 24%), 12%-uk nem ismeri előre a munkarendjét (szemben 8%-kal a többiek esetében), és 9%-uk munkanapja van szakszokra tördelve (szemben a többiek 3%-ával).

Az atipikus munkarendben dolgozó és e további kényszerekkel élő munkavállalók arányát a nem és a társadalmi-foglalkozási hovatartozás is befolyásolja. A társadalmi ranglétra alján lévő szakképzetlen női munkásoknak és alkalmazottaknak kell leggyakrabban elviselniük a megszakításokkal tarkított munkanapokat és az előre nem ismert munkaidő-beosztást. A náluk képzetlenebbek kevésbé érintettek és jobban védettek ebben a tekintetben. Az atipikus munkaidőjű foglalkoztatással együtt a magasabban kvalifikáltak, főleg a nők számára csökkenően vannak az említett időbeli kényszermegoldások is, míg ezzel

ellentétes tendenciák érvényesülnek az alacsony képzettségűek esetében. Az előbbieknél az előre nem tervezhető, illetve a megszakított munkanapok arányának csökkenése 2013 és 2019 között 58% és 49% volt, míg az utóbbiaknál az előre nem ismert beosztások aránya 18%-kal nőtt.

Az időbeli kényszerhelyzetek többszörös kombinációi alapján a dolgozók 4 csoportja különböztethető meg. Az elsőbe a munkavállalók 58%-a tartozik, akiknek hagyományos vagy csak nagyon kis mértékben atipikus a munkaideje. Többségük heti 35–39 órát dolgozik, nappali beosztásban, bár minden tizedik közülük szombati munkát is végez. 83%-uknak minden nap ugyanaz az órarendje (ez az összes munkavállalót figyelembe véve csak 64%), és munkarendjüket jó előre ismerik. Ebben a csoportban jelentős a vezetőik, a felső- és középfokú képzettségűek, továbbá a szakképzett alkalmazottak (például a vállalati adminisztratív és titkársági munkatársak) aránya; 49%-uk felsőfokú diplomával rendelkezik (ami a foglalkoztatottak összességénél csak 44%), jelezve, hogy a végzettség védelmet is jelent az időbeli kényszerekkel szemben.

A többi csoportba különböző atipikus munkaidőben dolgozó és más kényszermegoldásokkal élő munkavállalók tartoznak. A második kategória a túlórakkal és a normál kereteket átlépő időben dolgozóké, a munkavállalók 12%-ával, akiknek 40%-a hetente több mint 44 munkaórát teljesít, 25%-uk pedig 40–44 órát. Ezeknek az arányoknak csupán töredékét találjuk a foglalkoztatottak összességét tekintve. Az e csoportba tartozók fele gyakran vagy akár minden nap az előre kijelölt órakeretet meghaladva dolgozik (ez az arány a munkavállalók összességél átlagosan csak egynegyed), méghozzá egyik napról a másikra változó órabeosztással. Atipikus beosztásuk többnyire az esti órákra esik, és sok esetben alkalmankénti. E csoport tagjai többnyire pályájuk közepe felé tartó (40–49



**3. ábra:** A megszakított munkanapok gyakorlatának és az előre nem ismert munkaidő-beosztásnak kitett, atipikus munkarendben dolgozók társadalmi-foglalkozási csoporthoz tartozás, nem és a vizsgálat éve (2013, 2019) szerint

**Példa:** A nem tervezhető munkaidejű női vezetők és értelmiségiek aránya a 2013. évi 16%-ról 2019-ben 7%-ra csökkent. 2019-ben a rendszeresen atipikus munkaidőben dolgozó férfi vezetők és értelmiségiek 7,8%-ának megszakított munkanapjai voltak.

**Vizsgálati kör:** 15 és 64 közötti franciaországi munkavállalók, akik nyilatkozatuk szerint rendszeresen atipikus munkarendben dolgoznak.

**Forrás:** Munkakörülmények felvétel.

éves), megfelelő képzettséggel rendelkező férfiak, köztük számos vezető beosztással és közszolgálati alkalmazottal.

A harmadik kategóriába tartozók munkaidejét rövidebb, megszakításokkal elválasztott munkaórák teszik ki, illetve lehetnek előre nem ismert beosztások is. Ez a csoport a munkavállalók 18%-át teszi ki, itt főleg kevésbé kvalifikált női munkaerőről van szó, akiknek közel fele 35 óránál kevesebbet dolgozik hetente (a teljes munkaerőnél ez az arány mindössze 5%). Ebben a csoportban a leggyakoribb a hétvégi munka (64%-uk rendszeresen dolgozik szombaton és 40%-uk vasárnap, ami többszöröse az összes munkavállaló hétvégi beosztásának). Munkavégzésük szétoszródik az este, a kora reggeli órák és az éjszaka között, továbbá többnyire változnak, nem módosíthatók és kiszámíthatatlanok a munkaidők, itt minden nyolcadik alkalmazott csak egyik napról a másikra ismeri meg a beosztását. A nők (65%), a 15–29 éves

fiatalok és a kevésbé iskolázottak (többnyire érettségi nélküliek) alkotják ezt a csoportot. A többi kategóriához képest kevésbé védett a munkavégzési helyzetük, nagyobb arányban dolgoznak határozott idejű szerződéssel, képzettséget nem igénylő otthoni, háztartási, gondozói segédmunkát, illetve karbantartói tevékenységet folytatnak a kereskedelmi, szállítási, és vendéglátóipari szektorban.

Végül a negyedik csoportot a rendszeresen váltakozó munkaidejű dolgozók alkotják, akik az összes munkavállaló 12%-át teszik ki. Az ide tartozó férfiak többnyire az iparvállalatok, a feldolgozás és karbantartás, a nők inkább az egészségügy szakképzett alkalmazottai. 45%-uk rendszerint éjszaka dolgozik, ez a legmagasabb arány a többi csoporthoz képest, 80%-uk rendszeresen kora reggel, 68%-uk este, közel a csoport fele hétvégeken dolgozik. Az atipikus beosztások nagy gyakoriságát itt a folyamatos munkarend indokolja, amelynél az ellentétes beosztású csapatok megszakítás nélkül biztosítják egy termék előállítását vagy egy szolgáltatás teljesítését. Sok közöttük a 15–39 éves munkavállaló, a magasabb korosztályokban általában csökken az éjszakai beosztás gyakorisága.

Úgy tűnik, hogy a munkaidő tekintetében a társadalmi különbségek alakulása, különösen a nők körében, két jelenség együttállásából adódik. Egyfelől a munka és a családi élet összehangolását célzó intézkedések, amelyeket a nagyvállalatok valósítottak meg a 2000-es évek közepe óta, hozzájárultak a jobban kvalifikált dolgozók, köztük a nők munkakörülményeinek javításához, nem utolsósorban a foglalkoztatási egyenlőség érvényesítéséhez is. Másfelől az alacsonyabban képzett nők túlréprezentáltak a kereskedelmi és áruforgalmi foglalkozásokban, amelyeknél elterjedt a vasárnapi munkavégzés (eladók, takarítószemélyzet, illetve több munkafázisra alkalmazható alkalmazot-

tak, amire lehetőséget ad a kasszák automatizálása), valamint a gondozói és személyi szolgáltatási funkciókban (segédápolók, otthoni és háztartási kisegítők), ahol az atipikus munkaidő a feladatok jellegéből fakad és alig változtatható.

Összefoglalva megállapítható, hogy az atipikus munkaidő kockázatának kitett munkavállalói kör az utóbbi évtized során inkább belső átalakuláson ment át, mint számbeli növekedésen. A növekedés elsősorban az alacsony képzettségű nőket érinti, jellemzően a szombat-vasárnapi műszakok terjedésével. A vezetők-nél és szellemi foglalkozásúaknál viszont a tendencia a munkaidő normalizálódása felé mutat az atipikus munkaidő, az előre nem tervezhető és változó munkarend visszaszorulása révén.

A módszertani melléklet több ponton kiegészíti a tanulmányban szereplő információkat. Az atipikus munkaidő meghatározása országoként és adatforrástól függően változhat. Van, ahol az éjszakai munkavégzés fogalmát az este 9 és reggel 9 óra közötti időre terjesztik ki, míg máshol a figyelembe vett idő éjjeltől reggel 5-ig tart. Előfordul, hogy közvetlenül az adatszolgáltató jelöli meg a kérdőívben munkanapja kezdetének és végének időpontját, majd a statisztikus ennek alapján rekonstruálja a szokásos munkavégzés hosszát, atipikusnak csak akkor tekintve, ha a munkaidőnek legalább a fele a nem hagyományos munkaórákra vagy munkanapokra esik. Egy másfajta, szubjektív megközelítésben azt kérdezik a munkavállalótól, hogy rendszeresen, alkalmanként vagy sohase dolgozik nem konvencionális munkaidőben.

Így előfordulhat, hogy egy kora reggeli vagy késő esti munkavégzés miatt az adatszolgáltató atipikus munkaidőről beszél, holott idejének nagyobbik része a szokásos „hivatalos” munkaórákra esik.

A munkaidőt meghatározó elemek (a munkaórák napi és heti eloszlása, a rendszeresség és kiszámíthatóság stb.) kombinációinak megállapítására 12 időbeli változó többszörös összefüggésének vizsgálatát is elvégezték. Ezek: a reggeli, esti, éjszakai, szombati és vasárnapi munkavégzés gyakorisága, továbbá a hetenkénti munkaórák és a túlórák száma, a munkavégzés napon belüli szakaszokra osztása, a rendszeresség, a munkaórák tervezhetősége és kontrollja, végül a lehetőség a munkaidő módosítására. Az adathiányok imputálását e célra kifejlesztett szoftver segítségével végezték.

A különböző változók munkaidőre gyakorolt hatásának illusztrálására a melléklet bemutatja a 2019. évi Munkakörülmények felvételhez készített logisztikus regresszió alapján kapott együtthatókat és valószínűségeket. A változók a következők: nem, kor, a legfiatalabb gyermek kora, bevándorlási háttér, heti munkaórák száma, a jelenlegi munkaadónál eltöltött évek száma, társadalmi-foglalkozási csoport, foglalkozási ágazat, összefüggés a nem és a társadalmi-foglalkozási csoporthoz tartozás között, valamint összefüggés a nem és a foglalkozási ágazathoz tartozás között, a kort is figyelembe véve. Az elemzés megállapítása, hogy azonos feltételek mellett a nőknél jelentősen, 1,6-szer magasabb az atipikus munkaidőben történő rendszeres munkavégzés előfordulása, mint a férfiaknál.

RÓZSA GÁBOR

---

## IRODALOM

- BEQUE, M. [2019]: Conciliation difficile entre vie familiale et vie professionnelle. Quels sont les salariés les plus concernés? *Dares analyses*, 45. sz. 1–8. [https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/dares\\_analyses\\_conciliation\\_vie\\_familiale\\_vie\\_professionnelle.pdf](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/dares_analyses_conciliation_vie_familiale_vie_professionnelle.pdf)
- BOULIN, J.-Y. – LESNARD, L. [2016]: Travail dominical, usages du temps et vie sociale et familiale : une analyse à partir de l'enquête Emploi du temps. *Économie et Statistique*, 486-487. [https://www.persee.fr/doc/estat\\_0336-1454\\_2016\\_num\\_486\\_1\\_10695](https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2016_num_486_1_10695)
- BROCHARD, D. – BLOND-HANTEN, C. – ROBERT, F. [2015]: Les effets de l'invitation européenne à agir sur la conciliation emploi-famille : une analyse comparée de la négociation collective en France et au Luxembourg. *La Revue de l'Ires*, 85-86. sz. 99–143. <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2015-2-page-99.html>
- LAMBERT, A. – LANGLOIS, L. [2022]: Horaires atypiques de travail : les femmes peu qualifiées de plus en plus exposées. Annexe sur les sources et les illustrations. *Population et Sociétés*, 599. sz. 1–11. <https://doi.org/10.34847/nkl.efafyj01>
- LETROUBLON, C. – DANIEL, C. [2018]: Le travail en horaires atypiques : quels salariés pour quelle organisation du temps de travail? *Dares analyses*, 30. sz. 1–12. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/2018-030.pdf>
- PRESSER, H. B. [2003]: *Working in a 24/7 economy: Challenges for American families*. New -York, Russell Sage Foundation
- TÄHT, K. – MILLS, M. [2016]: *Out of time: The consequences of non-standard employment schedules for family cohesion*. Dordrecht, Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-7402-4>

# Társadalmi egyenlőtlenség, a szociális otthonban való élet esélye és kockázata: következmények a Covid19-pandémiával összefüggésben

Fabrizio Bernardi – Marco Cozzani – Francesca Zanasi: Social inequality and the risk of living in a nursing home: implications for the Covid19 pandemic

*Genus*, 2022. 9. sz. 1–16. o.

DOI: [10.1186/s41118-021-00119-5](https://doi.org/10.1186/s41118-021-00119-5)

Az Európai Unió országaiban szinte mindenütt bizonyíthatóan rendkívül magas volt a Covid19-cel összefüggő halálozások száma a szociális gondozó intézmények lakói körében. 2020-ban, illetve a járvány első és második hulláma során – a bevezetett szigorú protokollok ellenére – ők tették ki a Covid okozta összes európai halálozás 30–60%-át. Ugyanakkor többnyire nincs információ arról, hogy a jövedelem és az iskolázottság szintje milyen mértékben befolyásolja annak valószínűségét, hogy valaki egy szociális otthon lakójává váljon. A tanulmány szerzői ennek megállapítására vállalkoztak 12 európai országot vizsgálva, az Európai egészségi, öregedési és nyugdíjazási felmérés (SHARE) adatai, valamint logisztikus regressziós modellek alapján. A fő megállapítás, hogy az alacsony iskolázottságú és az országos medián alatti jövedelemmel rendelkező személyek nagyobb valószínűséggel lesznek a gondozó intézmények lakói.

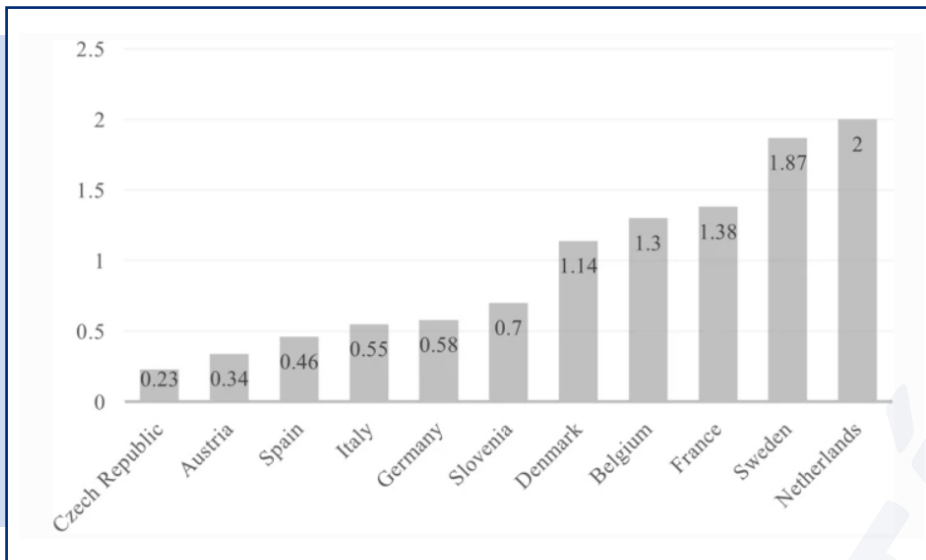
**TÁRGYSZAVAK:** társadalmi-gazdasági egyenlőtlenség, iskolai végzettség, jövedelem, időszerűak, SHARE, szociális gondozó intézmények, Covid19, halálozás, logisztikus regresszió, európai országok, nemzetközi összehasonlítás,

A szociális otthonokban általában tartós egészségkárosodással érintett és személyre szabott gondozásra szoruló, idős személyek laknak. Az itt lakók közösségi helyiségeket is használnak, és napi érintkezésben vannak ugyanazokkal a gondozókkal. Ez megnöveli a Covid19-nek való kitettségüket, a legsúlyosabb tünetek kialakulásának veszélyét. Ezt tetézi, hogy megbetegedés esetén az otthonokban elérhető orvosi ellátás színvonala általában alacsonyabb a kórháziaknál. A felsorolt tényezők következtében a szociális otthonok mindenütt a pandémia kritikus színtereivé, gócpontjaivá váltak.

A szociális otthonokban bekövetkezett közegészségügyi katasztrófa ismeretében különösen indokolt annak vizsgálata, hogy vannak-e oktatási és jövedelmi különbségek Európában az otthonba kerülés valószínűségében, a Covid19-járvány idején. Ez egyúttal

szakirodalmi hozzájárulást jelent a járvány okozta halandóság kockázatában mutatkozó társadalmi-gazdasági különbségek kimutatásához. Korábbi vizsgálatok is arra utalnak, hogy a Covid miatti halálozás veszélyének létezik egy társadalmi-gazdasági gradiense, nagyobb kockázatot jelezve az alacsonyabb státusú csoportok esetében. Jelen tanulmány most új szempontokat vezet be a szociális otthonokban lakók társadalmi-gazdasági összetételének vizsgálatával. Az empirikus elemzés a SHARE 2013 és 2017 közötti hullámainak adataiból indul ki, a 65 éves és idősebb népességre fókuszálva. A vizsgálatba bevont országok: Ausztria, Belgium, Cseh Köztársaság, Dánia, Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia, Szlovénia, Spanyolország, Svédország és Svájc.

Az említett korábbi, kevesebb országra kiterjedt tanulmány kimutatta, hogy Európában összességé-



**1. ábra:** Költségvetési kiadások az intézeti hosszú távú gondozásra a GDP %-ában, 2010 (Svájc adatai hiányoznak)

**Forrás:** Lipszyc, Sail, & Xavier (2012).

ben a szociális otthonba költözés gyakoribb a kevésbé vagyonos és kisebb jövedelmű személyek esetében, de nem foglalkozott az egyes országokra külön-külön jellemző társadalmi-gazdasági különbségek hatásával. Az országspecifikus különbségeknek a szociális otthonokba kerülés e szempont szerinti vizsgálata az utóbbi évekre vonatkozóan indirekt módon utal a Covid19-nek való kitettség veszélyeinek társadalmi-gazdasági egyenlőtlenséggel összefüggő tényezőire 2020-ban. Az új elemzéssel a szerzők a szociális otthonokban való élet társadalmi-gazdasági meghatározottságát szélesebb kontextus részeként kiterjesztik a Covid19-cel összefüggő, korszpecifikus halálvesztési kockázatra és egyéb egyenlőtlenségi tényezőkre is.

Az európai országokban jelentős eltérések állnak fenn hosszú távú gondozási rendszereiket illetően, kezdve az informális gondozási modelltől több átmeneti helyzeten keresztül a szolgáltatásokon alapuló modellig. A mediterrán országok az elsőként említett szélső kategóriába tartoznak, a skandinávok képviselik az ellentétes pólust, Közép-Európa pedig valahol félúton van, míg Kelet-Európa inkább a mediterrán országokhoz hasonlít. Az informális gondozási modell nagymértékben a családtagok tevékenységére épít idős rokonaik gondozásában. Az állam itt csak részleges kompenzációt biztosít az eltartási-gondozási költségekhez, pénzutalások és gondozási segélyek formájában. A tartós gondozást végző, erre szakosodott és engedélyezett intézetek közpénzekekből való támogatása erősen korlátozott, következésképpen kevés a szociális otthonokban hozzáférhető ágyak száma. Az ellentétes modell esetében a tartós ellátást biztosító gondozóintézetek magasabb költségvetési támogatása együtt jár az ilyen intézmények

magasabb számával, amivel a gondozás terheit le lehet venni a családok válláról.

A tartós gondozás rendszereinek eltérő logikája tükröződik az intézményekre fordított közkiadások és a nyújtott szolgáltatások jelentős különbségeiben. A költségvetési támogatásokat illetően Hollandia, Svédország, Franciaország és Belgium GDP-jének 1,3–2,0%-át szánta az intézeti gondozásra, míg ez az arány a többi országban jóval ez alatt volt. Hasonló osztályozás végezhető a bentlakásos gondozóintézetek 1000, 65 éves és idősebb személyre jutó ágyának számára vonatkozóan is az OECD 2020-ban közzétett, országokénti adatai alapján. Legalacsonyabb ez a szám Olaszország esetében (18), míg a maximumokat Svédország (70) és Hollandia (75) jelenti.

A tartós gondozásra fordított közkiadások és intézeti lehetőségek említett eltérésein túl különbözőek a szociális gondozóintézetekbe való felvétel kritériumrendszerei is. Az 1990-es évektől költségvetési érdekből mindenütt törekedtek arra, hogy az ilyen intézetekbe kerülés a rászorultság alapján, a legindokoltabb esetekben valósuljon meg. A közösnek látszó elvek ellenére jelentős polarizáció figyelhető meg. Egyfelől az északi országok (Svédország és Dánia) megtartják a családok közreműködését nélkülöző rendszert, ahol a tartós intézeti gondozásra szánt összegekkel és az egyéb juttatási formákkal bőkezűen bánnak, bár ellenőrzik a jelentkezők saját pénzügyi lehetőségeit is. A dél-európai országokban kevés államilag finanszírozott bentlakásos szociális otthon van, a gondozás felelősségét főként a család viseli, aminek szélsőséges példaként az olasz rendszerben a család felelőssége átruházódik alacsony bérért elszegődő bevándorló dolgozókra. Spanyolország ettől némileg eltérő modellt követ egy költségmegosztási rendszerrel, amely



szerint az állam a család otthonában történő gondozás kiadásainak közel 80%-át átvállalja, és csak nagyon kevés ágyat biztosít a bentlakáshoz. Kelet-Európa országaiban (Szlovénia és a Cseh Köztársaság tartozik ide a vizsgált körben) a gondozottaknak kell állniuk a kiadásokat; ez alól csak kivételes pénzügyi körülmények miatt történhet felmentés. A kontinens többi országa valamilyen sajátos köztes megoldást választ az állam és a gondozott közötti költségmegosztással, például Hollandiában törekszenek a szociális otthonban történő ellátással szemben az otthoni gondozást ösztönözni, ám a gondozottaknak kell fizetniük a költségek több mint felét.

Az adott országban követett modell tehát befolyásolja az idősek szociális otthonba kerülésének esélyeit a tartós intézményi gondozásra fordított állami kiadások és a rendelkezésre álló ágyak száma révén, azonban ezek az esélyek nem feltétlenül egyenlők a különböző lakossági rétegek számára. A meglévő gondozóintézeti ágyak a rászorultságtól függő intézkedésekkel együtt megkönnyíthetik az alacsony erőforrásokkal rendelkező egyének számára a gondozóotthonokba kerülést, ami az esélyek terén társadalmi egyenlőtlenséget teremt.

Bár a törékeny egészségű személyek is szívesebben választanák a saját otthoni környezetükben való öregedést, ez nem mindenki esetében lehetséges. Egyrészt előfordulhat, hogy a rokonok vagy barátok nem tudják az informális gondozást megoldani, így az ilyen esetekben csak a formális, intézményi ellátás lehetősége marad. Másrészt az előrehaladott korú egyének, akiknek már meglévő egészségügyi állapota (például a demencia, a Parkinson- vagy Alzheimer-kór) otthon nehezen kezelhető, az idősothtonok leggyakoribb lakóivá válnak. Ugyanakkor az inté-

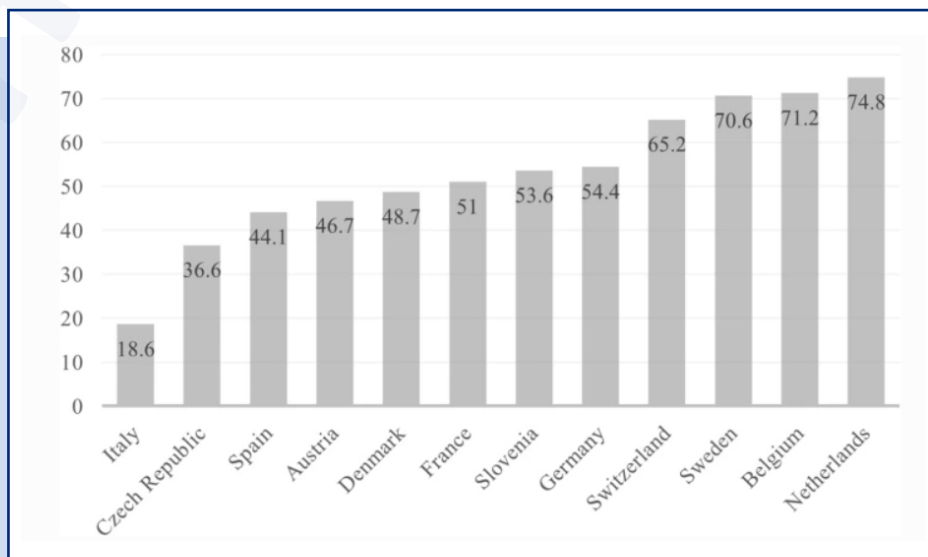
zeti ágyak korlátozott rendelkezésre állása, valamint a rászorultság vizsgálatának növelését célzó intézkedések utat nyithatnak az idősothtonok lakóinak összetételében tapasztalható egyenlőtlenségek felé, az alacsony társadalmi-gazdasági háttérrel rendelkező idős emberek koncentrációjához. Ezen túlmenően a késői magány, valamint a súlyos egészségkárosodás körülményei nem egyenlően oszlanak meg a lakosságon belül. Az alacsony társadalmi-gazdasági státusú egyének általában rosszabb egészségi állapotúak is, ugyanakkor kevesebb forrásuk van a hosszú távú otthoni gondozási költségeik finanszírozására, többnyire a legalsó jövedelmi negyedhez tartoznak, nagyobb valószínűséggel érzik magukat magányosnak, és közülük sokan már korábban társ nélkül maradnak (elsősorban a nők). A felsorolt okok miatt ők lehetnek jogosultak a rászorultságtól függő intézkedésekre, amelyek támogatják a számukra szükséges tartós gondozást. Ugyanakkor a gondozóintézetbe kerülés társadalmi-gazdasági körülményeinek, egyenlőtlenségének országok közötti eltéréseit a kutatók eddig alig vizsgálták, az orvosi és gerontológiai kutatások pedig nem szolgáltatottak egyértelmű bizonyítékokat az iskolai végzettség szerepére.

A vizsgálat a 27 országban kétévenként végrehajtott SHARE akkor elérhető legutóbbi 3 hullámának (2013, 2015 és 2017) adataiból indult ki. Az elemzés a 65 éves és idősebb személyekre korlátozódik, valamint arra a – korábban felsorolt – 12 országra, amelyben a vizsgált időszakban ehhez elegendő számú személy élt szociális bentlakásos intézetekben. Hollandia adatai csak az 5. hullámra vonatkozóan állnak rendelkezésre.

Függő változóként annak valószínűsége szerepel, hogy egy személy gondozóintézetben él egy magán-

**2. ábra:** A hosszú távú gondozásra fenntartott, bentlakásos intézetek (szociális otthonok) ágyszáma ezer 65 éves és idősebb személyre, 2017 (Dánia adatai 2011-re, Belgiuméi 2012-re vonatkoznak)

**Forrás:** OECD Health Statistics (2020), statisztika a hosszú távú gondozás forrásairól és felhasználásáról.



	Intézeti lakó		% ≤ medián jövedelmű		Legfeljebb medián jövedelmű		Összesen
<b>Országok együtt</b>	<b>3,19</b>	<b>1198</b>			<b>76,63</b>	<b>918</b>	<b>37 528</b>
Ausztria	3,05	94			80,85	76	3079
Németország	2,55	77			75,32	58	3018
Svédország	3,28	107			83,18	89	3266
Hollandia	3,01	57			89,47	51	1892
Spanyolország	2,62	124			75,00	93	4727
Olaszország	1,18	46			58,70	27	3887
Franciaország	3,58	109			80,73	88	3042
Dánia	4,30	96			88,54	85	2233
Svájc	3,39	75			73,33	55	1909
Belgium	6,51	236			64,41	152	3625
Cseh Köztársaság	3,33	135			83,70	113	4052
Szlovénia	1,50	42			73,81	31	2798

	Intézeti lakó		% ≤ legfeljebb alsó középfokú végzettségű		% ≤ legfeljebb alsó középfokú végzettségű intézeti lakó		Összesen
<b>Országok együtt</b>	<b>3,02</b>	<b>1208</b>	<b>47,37</b>	<b>18,928</b>	<b>61,92</b>	<b>748</b>	<b>39 958</b>
Ausztria	2,96	94	26,97	858	42,55	40	3181
Németország	2,39	78	15,59	509	32,05	25	3264
Svédország	3,01	110	44,13	1612	60,91	67	3653
Hollandia	2,76	59	54,88	1175	79,66	47	2141
Spanyolország	2,56	124	86,06	4161	91,94	114	4835
Olaszország	1,14	46	76,93	3095	78,26	36	4023
Franciaország	3,42	110	53,06	1706	75,45	83	3215
Dánia	3,94	97	23,73	584	54,64	53	2461
Svájc	3,60	76	24,99	528	44,74	34	2113
Belgium	6,06	237	46,07	1801	61,60	146	3909
Cseh Köztársaság	3,26	135	41,44	1716	57,04	77	4141
Szlovénia	1,39	42	39,15	1183	61,90	26	3022

**1. táblázat:** Országokéinti leíró statisztikák a 65 éves és idősebb népességről

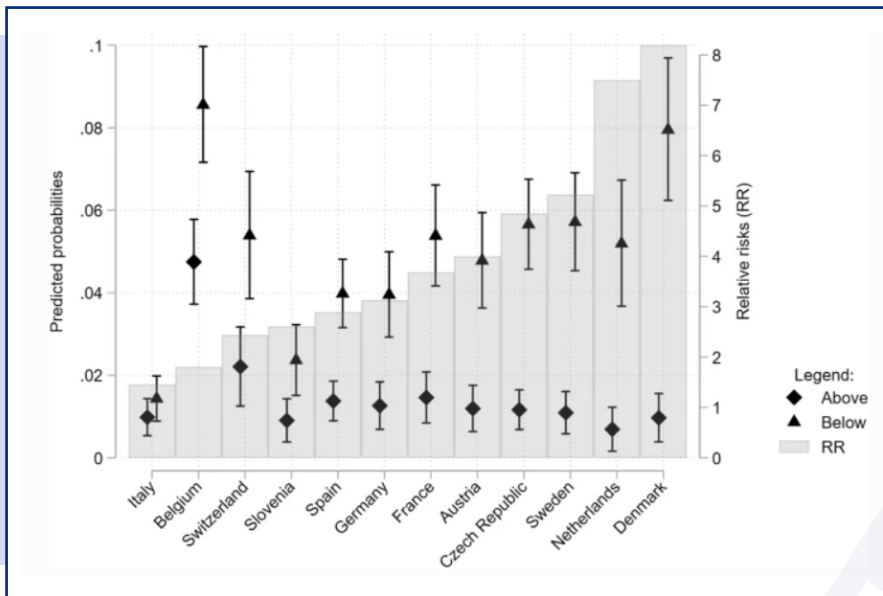
**1. minta:** Jövedelmek

**2. minta:** Iskolázottság

**Forrás:** SHARE 5. hullám (2013), 6. hullám (2015) és 7. hullám (2017). A szerzők saját feldolgozása. Hollandia adatai csak az 5. hullámot tartalmazzák.

háztartás helyett. A SHARE-vizsgálat a gondozóintézetet úgy definiálja – az OECD-vel összhangban –, mint ahol a lakók számára biztosított az egészségügyi ellátás, a 24 órában elérhető személyes asszisztencia és felügyelet, egy szoba és az étkezés.

A szerzők a társadalmi-gazdasági helyzet két mérhető tényezőjét, a család (házaspár) nettó összjövedelmét (munkabérek, nyugdíjak, munkanélküiségi, rokkantsági vagy egyéb szociális segélyek, illetve bérbeadásból származó bevételek), valamint az érintettek legmagasabb befejezett iskolai végzettségét vizsgálták. A jövedelmek alapján két kategóriát különböztettek meg aszerint, hogy az országos medián alatti vagy afölötti összeggel rendelkeztek-e. Az iskolázottsági szinteket a SHARE az ISCED-97 alapján csoportosította, az általános iskola alsó tagozatát sem végzettek legalacsonyabb kategóriájától a legmagasabb felsőoktatási szintekig. Hogy az idősothonban való tartózkodás kockázatának iskolázottsági gradiense összehasonlítható legyen az országok között, az iskolai végzettség



**3. ábra:** Prediktív valószínűségek (bal oldali tengely) és 95%-os konfidencia-intervallumok a medián jövedelem alatti személyek (háromszöggel jelölve a grafikonon) és a medián fölöttiek (négyzetek) között, valamint a hozzájuk tartozó relatív kockázat (RR; függőleges vonalak; jobb oldali tengely) arra, hogy gondozóintézeti lakók legyenek, országonként, a lakók neme szerint igazítva

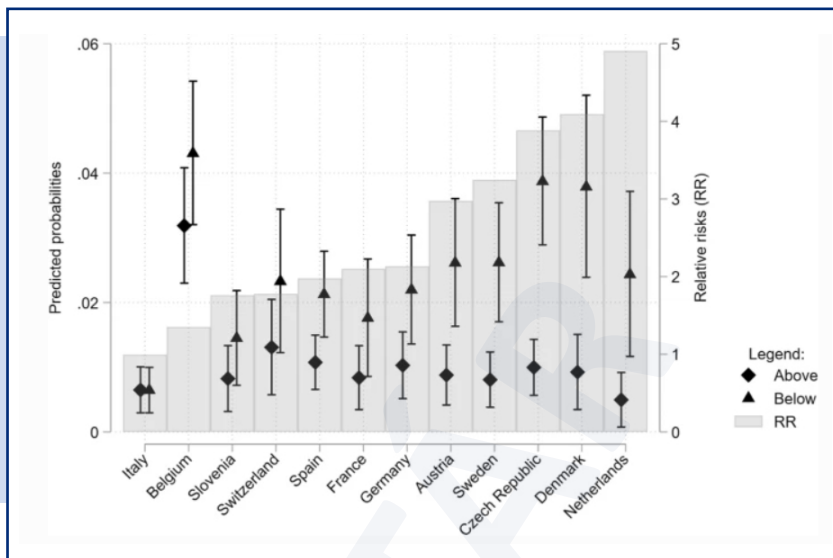
országspecifikus, kumulatív eloszlású, látens jellemzőnek tekinthető, amely csak mérésrel határozható meg, esetünkben az ISCED-97 alapján. Az egyes ISCED-kategóriákhoz kiszámított országspecifikus iskolai végzettségi megoszlás átlagos percentilise, illetve a személyekhez történő hozzárendelés után a tanulmány az iskolai végzettségi megoszlás alsó 20. percentiliséhez tartozó személyeket tekinti alacsony iskolai végzettségűeknek, a felső 80. percentiliséhez tartozókat pedig magasan képzetteknek.

Az adathiányok különböznek a két független változó esetében. A megfigyelések számának maximálása érdekében két (némileg eltérő) elemzési mintát alakítottak ki, az elsőt 37 528 elemmel a jövedelem, a másodikat 39 958 elemmel az iskolai végzettség megoszlásának vizsgálatához. Tekintettel a gondozóintézeti lakók alacsony abszolút számára, a bentlakás valószínűségében mutatkozó társadalmi-gazdasági különbségek vizsgálata során ritkán előforduló eseményekhez tartozó logit modellek becslését végezték el, összevetve a nemmel, egészségi állapottal és korrallal. Ez utóbbinál figyelembe kell venni azt is, hogy az életkor lehetséges zavaró tényező az iskolai végzettség és az idősek otthonában való élet valószínűsége között. Egyrészt az idősek általában kevésbé iskolázottak, másrészt nagyobb szükségük van a személyes gondoskodásra, így nagyobb valószínűséggel élnek idősek otthonában. Ugyanakkor az iskolázottság befolyásolja a várható élettartamot, az alacsony iskolai végzettségűek általában alacsonyabb várható élettartammal rendelkeznek, mint a magasan képzettek. Az életkor és az egészségi állapot azonban egyúttal ütközési pont is lehet a társadalmi-gazdasági státusz és az idősek otthonában való tartózkodás valószínűsége között.

A leíró statisztikákat tartalmazó fenti táblázat két panelje (mintája) a jövedelmi szint, illetve az iskolai végzettség szerinti megoszlásokat tartalmazza országos és gondozóintézeti szinten. Mindkét mintánál az első oszlopban azoknak a 65+ éveseknek az aránya szerepel, akik 2013 és 2017 között valamikor idősothonban éltek. Ez Belgiumban messze a legmagasabb, Olaszországban a legalacsonyabb. (A SHARE alapján becsült adatok egyébként elfogadhatóan jó egyezést mutatnak az OECD hivatalos adataival.) A 2. oszlop a jövedelmekre vonatkozóan nem tartalmaz adatot, ugyanis az országosan mindenütt 50% lenne, míg a második panelnél az egyes országokban legalacsonyabb iskolai végzettséggel (ISCED 0/2) rendelkezők arányát tartalmazza, a 3. oszlopban pedig azok aránya szerepel az idősothonok lakóin belül, akiknek jövedelme az ország mediánja alatt van, illetve legfeljebb a középiskola alsó tagozatának megfelelő a végzettségük. A táblázat oszlopaiban szereplő adatok összehasonlításai azt sugallják, hogy azok a bentlakó személyek, akiknek családi jövedelme az ország mediánja alatt van vagy akik alacsonyban képzettek, felülreprezentáltak az idősothonokban minden vizsgált országban, figyelembe véve csoportjuk relatív létszámát az egyes országokban.

A 3. ábra a gondozóintézetbe kerülés prediktív valószínűségeit és a relatív kockázatokat (RR) prezentálja a családi jövedelem medián alatti vagy feletti mértékétől függően, az egyes országokra becsült ritka esemény logit modellek alapján, csak az érintettek nemét véve figyelembe. Minden országban az tapasztalható, hogy az alacsony jövedelműek nagyobb valószínűséggel lesznek bentlakók. A mintaelemek alacsony száma következtében a konfidencia-inter-

**4. ábra:** Prediktív valószínűségek (bal oldali tengely) és 95%-os konfidencia-intervallumok a medián jövedelmi szint alatti személyek (háromszöggel jelölve a grafikonon) és a medián fölöttiek (négyzetek) között, valamint a hozzájuk tartozó relatív kockázat (RR; függőleges vonalak; jobb oldali tengely) arra, hogy gondozóintézeti lakók legyenek, országonként, a lakók kora és egészségi állapota szerint igazítva



vallumok igen nagyok, ami szinte lehetetlenné teszi a megbízható összehasonlítást. Vannak azonban országok, amelyekben a magas relatív kockázat mellett az alacsony jövedelmű személyek gondozóintézetbe kerülésének valószínűsége sokszorosa a magas jövedelemmel rendelkezőknek. A 4. ábra a prediktív valószínűségeket és relatív kockázatokat jövedelmi kategóriák és országok szerint mutatja, a kor és az egészségi állapot figyelembevételével. A relatív kockázat csökkenése arra utal, hogy az egészségi állapot helyenként gyengíti a családi jövedelem és a gondozóintézeti bentlakás valószínűsége között megfigyelt összefüggést, bár egyes országokban ez a valószínűség 3-4-szer kisebb a magas jövedelműek esetében, míg másokban a konfidencia-intervallumok részben átfedésben vannak.

A tanulmány mellékletében található további ábrák és táblázat az iskolai végzettséggel és a család jövedelmi helyzetét legjobban kifejező, úgynevezett ekvivalens jövedelemmel összefüggő relatív kockázatokra vonatkozóan alátámasztják az alacsony státusú csoportokhoz tartozó személyek nagyobb esélyét az idősgondozó intézményekbe kerülésre, a már korábban jelzett országok közötti eltérésekkel. A kor és az egészségi állapot figyelembevétele mellett a relatív kockázat csökken, de az általános megállapítás a hátrányos helyzetű személyek valószínűbb gondozóintézetbe kerülésére továbbra is érvényes. Az a megállapítás, hogy az alacsony gazdasági-társadalmi státusú csoportok túlságosan nagy arányban vannak jelen a járványban erősen érintett szociális gondozóintézményekben, felveti a társadalmi igazságosság kérdését is. A fertőzéssel szembeni megfelelő védelem biztosítása ezekben az intézményekben nem csupán a járvány terjedését korlátozó, kiemelkedő

fontosságú közegészségügyi feladat, hanem jelentős társadalompolitikai ügy is az egyenlőtlenségek viszszaosztása szempontjából.

*Természetesen e kutatás sem mentes bizonyos hiányosságoktól. A komplex módszertan egyes szempontjait nem sikerült az írás idejéig kibontani. A SHARE adatai például nem teszik lehetővé az állami fenntartású és a magánsektorban működő szociális gondozóintézetek közti megkülönböztetést, mivel az utóbbiakra vonatkozóan szinte alig vannak információk. Márpedig a magánfenntartásúak terjedése nyilván változást is hozna a bekerülő társadalmi-gazdasági összetételének arányaiban. Másik probléma a mintanagyság és a konfidenciatartományok nagysága, mivel alacsony a gondozóintézetekben élők aránya még az idősebb korúakra fókuszáló SHARE szerint is. Ezért ajánlatos lenne hasonló adatok beszerzése vagy adminisztratív nyilvántartásokból, vagy az intézetekbe kerülés esélyeire és a bentlakókra vonatkozó nagyobb felvételekből. Az ismertetett kutatás nem tudott közvetlen bizonyítékokkal szolgálni arra, hogy a gondozóintézeti halálesetek kiemelkedő számai hozzájárultak-e a Covid19 következtében bekövetkezett halálozás társadalmi-gazdasági gradienséhez. A kutatás hiányosságai ellenére a szerzők következtetése, hogy az alacsonyan képzett és alacsony jövedelmű lakosok igazoltan magasabb előfordulása az időotthonokban újabb aggasztó eleme a Covid19 miatt az időotthonokban bekövetkezett halálesetek megugrásának: akik ott élnek, ahol a Covid19 okozta az úgynevezett „csendes mérszárlást”, aránytalan mértékben a leghátrányosabb társadalmi-gazdasági csoportokból származnak.*

RÓZSA GÁBOR

---

## IRODALOM

- DANIS, K. et al. [2020]: High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. *Eurosurveillance*, 25(22), 2000956. 1–5. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2020.25.22.2000956>
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL [2020]: *Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK*. Stockholm, ECDC. 1–42. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf>
- FRIJTERS, S. – van UFFELEN, X. [2020]: Helft van de coronasterfte in Europa vindt plaats in verpleeghuizen. *De Volkskrant*, 2020. április 16. <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/helft-van-de-coronasterfte-in-europa-vindt-plaats-in-verpleeghuizen~b7922f60/>
- LIPSYC, B. – SAIL, E. – XAVIER, A. [2012]: *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*. Brussels, European Commission. <https://doi.org/10.2765/27485>
- MILLER, E. A. – WEISSERT, W. G. [2000]: Predicting elderly people’s risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Medical Care Research and Review*, 3. sz. 259–297. <https://doi.org/10.1177/107755870005700301>
- MOLINUEVO, D. – ANDERSON, R. [2017]: *Care homes for older Europeans: public, for-profit and non-profit providers*. Luxembourg, Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/737365>
- OECD [2020]: *OECD Health Statistics 2020. Definitions, sources and methods: beds in residential long-term care facilities*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2020.pdf>
- STOLZ, E. – MAYERL, H. – RÁSKY, É. – FREIDL, W. [2019]: Individual and country-level determinants of nursing home admission in the last year of life in Europe. *PLoS ONE*, 2019. március 14. 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213787>
- STRANG, P. – FÜRST, P. – SCHULTZ, T. [2020]: Excess deaths from COVID-19 correlate with age and socio-economic status. A database study in the Stockholm region. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 4. sz. 297–304. <https://doi.org/10.1080/03009734.2020.1828513>