

**Dr. Kozma Judit – Dögei Iona – Jelinekné dr. Vári Zsuzsa – Kostyál L.
Árpád – Udvari Andrea – Vajda Norbert**

A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének előzményei és hatásai

A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Szociális Szolgáltatási és Fejlesztési Főosztálya az SZMM megrendelésére 2009 első felében hatásvizsgálatot végzett a 36/2007 (XII. 22.) SZMM-rendelet (*A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól*) kapcsán, az időseknek nyújtott egyes szolgáltatások működésére vonatkozóan. A megrendelő elvárásai szerint elsősorban a házi segítségnyújtás (továbbiakban HSG) alapszolgáltatás, valamint az időszotthoni ellátás helyzetét, problémáit vizsgáltuk az időszotthoni elhelyezést és a házi segítségnyújtást megelőző gondozási szükségletvizsgálat (továbbiakban GSZV) 2008. januári bevezetése után.

2007-ben kezdődött a szolgáltatási rendszer megújítása, az igénybevételhez kapcsolódó, valamint a finanszírozási szabályok módosítása. A szociális szolgáltatások rendszerének átalakítását segítő intézkedések érvényesítését A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 2007. október 15-ei módosítása tartalmazza.¹

Ennek a *házi segítségnyújtás* alapszolgáltatást érintő főbb elemei a következők:

- A szolgáltatás igénybevételét megelőzően vizsgálni kell a gondozási szükségletet. Kivételt képez, ha a gondozási szükségletet időszotthoni elhelyezés céljából már vizsgálta az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (továbbiakban ORSZI), de szakvéleménye alapján a gondozási szükséglet nem haladja meg a napi 4 órát. Ez az igazolás a házi segítségnyújtás igénylésekor felhasználható (Szt. 68/A 4. bek.). További kivétel: ha az igénylő egészségi állapota vagy személyes körülményei a szolgáltatás átmeneti jellegű vagy halaszthatatlan biztosítását teszik szükségessé, az a házi segítséget nyújtó szolgáltató döntése alapján 3 hónapos időtartamra nyújtható.
- A gondozási szükséglet vizsgálatát egy szakértői bizottság végzi 2008. január 1-jétől, amely bizottságot a jegyző köteles létrehozni.² A szolgáltatás iránti kérelem alapján az intézményvezető – ennek hiányában a jegyző – kezdeményezi az ellátást igénylő személy gondozási szükségletének vizsgálatát.³
- A házi segítségnyújtó szolgáltatásba való bekerülés feltétele a gondozási szükségletvizsgálat alapján kiadott szakvélemény, amely 4 órát nem meghaladó gondozási szükségletet állapít meg.⁴ Ha a gondozási szükséglet a napi 4 órát meghaladja, tájékoztatni kell az igénybe vevőt az időszotthoni elhelyezés lehetőségeiről.
- A települési önkormányzat kötelező feladata az Szt. 86. § 1. bekezdés c. pontja szerint a szakértői bizottság által megállapított gondozási szükséglettel rendelkező, házi segítségnyújtást igénylő személyek ellátásáról gondoskodni. A finanszírozás és a térítési díj mértékének megállapítása céljából jövedelem-vizsgálat szükséges.⁵

- Amennyiben a kérelmező lakóhelyén nem működik házi segítségnyújtó szolgáltatás, vagy a működő szolgáltatás telített kapacitása miatt az új igényt nem tudja kielégíteni, a település jegyzőjének igazolást kell kiadnia, hogy „a települési önkormányzat gondozási szüksége ellenére részére házi segítségnyújtást nem biztosít.”

A törvény módosításának az *idősek otthonait* érintő főbb elemei:

- Az idősek otthonába való bekerülés feltétele a gondozási szükséglet megléte. Idősek otthonába az a személy vehető fel, akinek a gondozási szüksége a napi 4 órát meghaladja.
- A gondozási szükséglet vizsgálatát szakértői bizottság végzi 2008. január 1-jétől, amely bizottság működtetése az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) szociális szakértői feladata.⁶ Az idősothonba való bekerülés szabályait SZMM-rendelet tartalmazza.⁷
- A finanszírozás és a térítési díj mértékének megállapítása céljából jövedelem- és vagyonvizsgálat szükséges.⁸ A fenntartó a személyi térítési díjat a kiszámított és dokumentált személyi térítési díjnél alacsonyabb összegben is meghatározhatja.
- A tartásra kötelezett hozzátartozó esetében a terhelhető egy főre eső jövedelem határa a mindenkori öregségi nyugdíjminimum két és félszeresére emelkedett.

A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének célja

A szociális szolgáltatások alapvető célkitűzése, hogy mindazok, akik piaci alapon nem tudnak megvásárolni egy szolgáltatást, szociális rászorultságuk alapján részesüljenek a szükségleteiknek megfelelő ellátásokban. A gondozási szükséglet vizsgálatának bevezetése azt célozza, hogy az idősellátásban a szociálisan rászorulóknak – gondozási szükségleteiknek megfelelően – vagy házi segítségnyújtást vegyenek igénybe, vagy bentlakásos intézményekbe kerüljenek be, azaz tárca a szociális rászorultság kritériumára épülő bekerülési módot akart kidolgozni.

Több szakértő felhívta a figyelmet arra, hogy miközben az idősellátásban részesülők száma és az erre kifizetett normatíva volumene növekszik, a legrászorultabbak – önellátási képességükben leginkább korlátozottak – nem kerülnek be az idősothonokba, és ellátás híján meghalnak. Ugyanakkor bentlakásos idősellátáshoz jutnak olyanok is, akik képesek magukat teljes mértékben, vagy legalábbis segítséggel ellátni.⁹

Az alapszolgáltatásokban ellátottak, így a házi segítségnyújtás keretében ellátottak ellátási költsége alacsonyabb, mint a tartós elhelyezést biztosító szakellátásoké, ugyanakkor a drágábban működtetett szakellátásokban, így az idősothonokban ellátottak száma magas és növekszik. A költséghatékonyság javítása érdekében ezért növelni kell az alapszolgáltatásokban, így az olcsóbb házi segítségnyújtásban ellátottak számát és ezzel párhuzamosan csökkenteni a drágább idősothonokban ellátottakét, vagy legalábbis meg kell akadályozni az idősothoni ellátottak gondozási költségeinek (kiáramló normatíva volumen) növekedését.

A házi segítségnyújtásban ellátottak száma – összehasonlítva a bentlakásos szolgáltatásokban ellátottak számával – a döntéshozók szerint kevés. A jogalkotók, abból kiindulva, hogy az önkormányzatok/fenntartók a normatívát a HSG keretében ellátottak száma szerint igénylik, célul tűzték ki, hogy a költségvetési törvényben növelik a normatíva összegét (amit az Országgyűlés jóvá is hagyott).

A döntéshozók feltételezték, hogy amennyiben növelik a HSG-normatíva összegét, a GSZV-vizsgálatok gyarapodása következtében a fenntartók vagy növelik a gondozók számát (részmunkaidős, önkéntes stb.), vagy növekszik az ellátás színvonala, vagyis több gondozási időt tudnak nyújtani a GSZV során megállapított gondozási szükséglettel rendelkezők számára.

A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésével a tartós ápolást, gondozást nyújtó idősök otthonaiba csak olyan személyek kerülhetnek be, akiknél a személyi gondozási szükséglet eléri azt a minimumszintet, amelynél a probléma az otthoni ellátás keretében már nem kezelhető. A jogalkotók szándéka szerint az előírt független szakértői vizsgálatokkal az ellátásra jelentkezők közül várhatóan sikerül a szakmailag nem megalapozott ellátási többletigényeket visszaszorítani. Viszont előre látható volt, hogy a korábbinál rosszabb egészségi állapotú idősök felvételével a megfelelő szakmai színvonalon nyújtott ellátás többletköltségekkel fog járni, mivel jelentősen megterheli az adott intézmény szakmai-, fizikai- és anyagi kapacitását. Így nem bizonyos, hogy a költségcsökkentéssel kapcsolatos várakozásokat a rendelet végrehajtása végső soron teljesíteni fogja.

Ez utóbbi probléma kezelése, a költségvetésre nehezedő nyomás csökkentése érdekében a törvénymódosítás térítési díjak megállapítására vonatkozó részeiben a döntéshozó megcélozta a felhasználók (illetve tartásra kötelezhető hozzátartozói) forrásainak fokozottabb bevonását a szolgáltatási költségek finanszírozásába. A normatíva változása ugyanakkor érinti az önkormányzatokat, a fenntartói oldalt is.

Az ellátás finanszírozásával kapcsolatosan bevezették a sávós normatívát, azzal a célkitűzéssel, hogy a szociálisan inkább rászoruló ellátásának költségeit nagyobb mértékben támogassák központi költségvetésből.¹⁰

A felsorolt célok szorosan kapcsolódnak az idősellátás szolgáltató rendszerének fenntarthatóságához (finanszírozhatóságához), amit a következőkkel igyekezett a döntéshozó támogatni:

- a célzottság (hatásosság) növelésével, azaz a nem rászoruló igénylők kiszűrésével és a legrászorultabb igénylőknek a szolgáltatáshoz való hozzájuttatásával
- a szolgáltató rendszer két komponense (alapellátás és szakellátás) egymáshoz viszonyított arányának megváltoztatására irányuló erőfeszítésekkel (a házi segítségnyújtás normatívájának növelése, GSZV, a gondozóház intézménytípus létrehozása átmeneti bentlakásos férőhelyek biztosítására krízishelyzetek kezelésére, illetve a területi ellátás erősítésére, az ellátás komplexitásának növelése érdekében)
- a finanszírozás átalakításával: a házi segítségnyújtás normatívájának növelésével és a felhasználók forrásainak fokozottabb bevonásával (térítési díj)

A kutatás módszere

Az elemzés forrásai

Nyolc esettanulmányt – negyven interjú alapján – külső szervezet, a Szociális Innováció Alapítvány idősellátási kutatásokban igen jártas munkacsoportja készített el, az SZMI munkacsoportja által kidolgozott kutatási terv, interjúvázlatok és mintavételi szempontok alapján. Az interjúk négy földrajzi területen¹¹, területenként egy városban és egy kistérségben készültek, alanyai az idősellátási szolgáltatások munkatársai voltak, illetve olyan felhasználók, akik négy órán túli gondozási szükséglettel nem tudtak bentlakásos idősellátási férőhelyhez jutni, így a házi segítségnyújtás ellátási körében maradtak.

A személyesen készített interjúk helyszíneit nem reprezentatív módszerrel jelöltük ki, hanem térségeket választunk ki, azt a célt tartva szem előtt, hogy egy-egy térségben feltárjuk a GSZV bevezetésének hatásait mind a HSG, mind az idősotthoni ellátás tekintetében.

A térségek kiválasztásánál figyelembe vettük az eddig elkészített interjúk azon tapasztalatait, miszerint ahol van gondozóház, ott a házi segítségnyújtásban nem alakul ki várólista, mert a várakozás ideje alatt az ellátást igénylők beköltöznek az átmeneti otthonokba. Várólista a házi segítségnyújtásban talán olyan térségekben van, ahol nincs a közelben gondozóház.

Ezen tapasztalataink alapján egyrészt felkerestünk olyan térségeket, ahol mindhárom szolgáltatás működik (tehát idősek otthona, gondozóház, HSG), másrészt olyan térségeket, ahol a házi segítségnyújtást szolgáltató település közelében nincs gondozóház. Ezáltal kiderülhetett, hogy az idősotthoni elhelyezésre várakozókat a várakozás ideje alatt ellátja-e a házi segítségnyújtó szolgálat, vagy a GSZV-vel rendelkező, idősotthoni várólistán lévők nem részesülnek a várakozás ideje alatt szociális intézményi ellátásban.

Az adatfelvétel során vizsgáltuk a házi segítségnyújtás szociális szolgáltatásban és az idősotthoni ellátást nyújtó szociális intézményekben a GSZV 2008. január 1-jei bevezetését követő időszakban kimutatható ellátotti létszámok, költségek, illetve az ellátásban dolgozók számának alakulását, összehasonlítva a 2008. évi adatokat és a 2009. I. negyedévi adatokat a 2007. év adataival.

Az elemzés másik forrásaként a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet munkatársai által országosan elismert idősellátási szakértőkkel, két fővárosi kerület idősellátási szakembereivel, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (SZMM), az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI), a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal (FSZH) munkatársaival készített interjúk szolgáltak. Emellett az SZMI munkacsoportja elvégezte a rendelkezésére álló országos adatok vizsgálatát, valamint a szakmai anyagok, dokumentumok elemzését.

A következőkben először ismertetjük a gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének történeti előzményeit, majd a szolgáltató rendszer azon sajátosságait mutatjuk be, melyek befolyásolták a rendelet bevezetése körüli eseményeket, végül a rendeletnek a szolgáltató rendszer különböző szereplőire tett hatását elemezzük. Jelentésünket azoknak a javaslatoknak a vázlatos ismertetésével zárjuk, melyeket a kutatás során megkérdezettektől hallottunk, illetve kutatási partnerünk, a Szociális Innováció Alapítvány munkatársai vetettek fel, és magunk alakítottunk ki. A javaslatok kidolgozása természetesen egy következő szakértői anyag tárgya lehet.

A gondozási szükséglet vizsgálatáról szóló rendelet történeti előzményei és végrehajtásának körülményei

Gondozási szükségletvizsgálat már korábban is létezett, ezt szolgálta az előgondozás az idősothtoni beköltözés előtt és a HSG igénybevételét megelőző látogatás (lásd: 9/1999. (XI. 24.) SZCSM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről).

1999-től a szociális törvény változtatásai a szociális szolgáltatások célzottá tételére, a területi ellátás súlyának növelésére, a bentlakásos intézmények súlyának csökkentésére, a szociális ellátások fenntarthatóságának javítására (költségek csökkentése úgy, hogy a rászorultak megkapják a szükséges ellátást), a szolgáltatások hatékonyságának, szakmaiságának és minőségének növelésére irányultak. A gondozási központok létrehozásával a döntéshozó a területi ellátást azzal kívánta erősíteni, hogy az alap- és a nappali ellátásokat integrálta, és ezzel elősegítette a gondozási feladatok komplex megvalósítását, ugyanakkor lehetővé tette átmeneti bentlakásos férőhelyek létrehozását a krízishelyzetek helyi kezelésére.

2004-ben a SZOLID keretein belül az idősellátási szakértők egy csoportja az egészségügyben alkalmazott „homogén betegcsoportok” (HBCS) finanszírozási modell mintájára kidolgozta a „homogén gondozási csoportok” modellt (HGCS). A modell létrehozója, a mai Szociális Klaszter 2007 júliusában kapott mandátumot a Szociális és Munkaügyi Minisztériumtól, hogy vizsgálja meg: a homogén gondozási csoport kialakítása, mint módszer, alkalmas-e az idősök bentlakásos ellátásában a gondozási szükségletek mérésére, a változások követésére. A felmerülő további kérdések nyomán a vizsgálatba bevonták egyrészt a házi segítségnyújtás körét, másrészt az ápolási-gondozási függőség mérésén túl az alapellátásban és az intézményi ellátásban várakozók körében a szociális háttér felmérésére is kísérletet tettek. A HGCS1 kutatás keretében a szakértői csoport az ápolási, gondozási igények felmérésére szolgáló adatlapot dolgozott ki, meghatározta az egyes gondozási tevékenységek normaidejét, javaslatot tett az ápolási, gondozási kategóriák meghatározására, illetve modellkísérlet hajtott végre. (A HGCS2 a tanulmány írásának időpontjában is folyik, eredményei még nem hozzáférhetők.)

2007 második félévében került sor a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló rendelet kidolgozására.

A – többször módosított – szociális törvény felhatalmazása alapján, az abban rögzített bizonyos feladatok végrehajtásának pontosítására a kormány létrehozott egy megfelelő szervezetet (az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet intézményi és szakértői struktúrájáról lásd. a 340/2007. (XII.15.) Korm. rendeletet), a szakminiszter pedig – megelőző egyeztetés után – 2007 decemberében hozta meg rendeletét a gondozási szükséglet valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól, amely a szükségletvizsgálat végrehajtásának szakmai megalapozására hivatott. A jogszabály mellékletei tartalmazzák az eljárásban használandó kérvényeket, igazolásokat és – legfontosabb elemként – a kötelező struktúrájú értékelő adatlapot. Az adatlapot az ORSZI munkatársai dolgozták ki, abban a korábbi szakértők munkáját (HGCS) nem vették figyelembe. Az alapszolgáltatások esetében a jegyző által működtetett Jegyzői Bizottság, míg a szakosított ellátás esetében az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, illetve az annak keretében dolgozó szakértői bizottság a legfontosabb szakmai közreműködő és szakértő szervezet.

2007 novemberében dr. Juhász Ferenc, az ORSZI vezetője jelezte, hogy a rendelet végrehajtásának előkészítését nem tudja elkezdni, mivel a szükséges forrásokat nem kapták meg. Az ORSZI-nál késedelmet szenved a szociális feladatellátás felépülése: a szükséges szervezeti felkészülés (szakértők bevonása, bizottságok felállítása, feladatkörök meghatározása, munkamódszer kialakítása, tájékoztató anyagok készítése, több fokozatú eljárás) és a lebonyolítás pénzügyi háttérének biztosítása (állami költségvetési feladat, aminek lebontása minden év elején zökkenőkkel jár).

2008. január 1-jén a rendelet hatályba lépett, ekkor kezdődött az ORSZI Szociális Főosztályának megszervezése, a GSZV-t végző szakértők felkérése, illetve a szakértői bizottságok felállítása. Február végén kapta meg az ORSZI a feladat működtetésére szánt költségvetési keretet, de január végétől a regionális és kirendeltségi szakértőket már fel kellett venniük. Időközben szerveződtek a jegyzői bizottságok, illetve az ORSZI szakemberei módszertani leírást készítettek az értékelő laphoz. 2008. januárjában 1000 darab kérelmet vett nyilvántartásba az ORSZI, majd 170 szakértővel megkezdtek a munkát. Nehézséget jelentett az idősothtonok „soron kívüli” és normál várakozó listájának elkülönítése. A tapasztalatok alapján egyértelművé vált, hogy ez a kétfajta lista nem a valós szükségletek alapján tartalmazza a várakozókat. A szakemberek olyan személyekkel is találkoztak, akik már több éve szerepeltek a várakozólistán. Ők valójában még nem kívántak beköltözni az idősothtonba, csupán be akarták biztosítani magukat, hogy évek múlva bekerülhessenek. A várakozó listán szereplők számának megítélésében mindenki bizonytalan volt, minthogy az intézmények fenntartói nem vezették szabályszerűen a listát. Az FSZH 2008. január 1-jén 10-12 ezerre becsülte várakozók számát, az ORSZI 2008. májusáig 10-12 ezer szakvéleményt adott ki. Ezek között egyrészt a régi listán szereplők, másrészt új kérelmezők is szerepeltek. Megállapítható az a tény is, hogy bizonyos intézménytípusok esetében érdeksérelem jelentkezett, hiszen - leginkább a magán intézményekbe - korábban nem a legrászorultabbak kerültek be, hanem viszonylag jó anyagi háttérrel rendelkező emberek, akiknek gondozási szükséglete nem volt olyan mértékű, hogy indokolta volna az idősek otthonába kerülést.

Az idősothtonok vezetői és az intézményfenntartó önkormányzatok 2008. január 1-től jelezték, hogy üres férőhelyek vannak az idősothtonokban, mivel a bizottságok még nem álltak fel, és a GSZV nélkül nem lehet újabb lakókat felvenni. Így a normatíva igénylése lehetetlenné vált, ami a működés ellehetetlenülésének veszélyét hordozza. További feszültséget keltett, hogy az állami fenntartású intézmények kötelesek várólistán szerepeltetni azokat, akiket nem tudnak az ellátásba bevonni, ám ezek a listák nem nyilvánosak. Ily módon az érintettek nem tudják figyelemmel követni a bekerülésük alakulását. (Az egyházi és civil szervezetek az eltérő finanszírozási rend és döntési mechanizmus miatt várólistát nem üzemeltetnek.)

2008. márciusára végre felálltak az ORSZI-bizottságok. Hét regionális igazgatóság alakult, ezek kirendeltségeket működtetnek, általában megyénként egy-egy kirendeltséget. Közép-Magyarországon a fővárosnak és Pest megyének is van egy-egy kirendeltsége.

A házi segítségnyújtók már márciustól jelezték, hogy nem tudják GSZV által meghatározott gondozási óraszámokat biztosítani. Az év második felétől egyes idősothtonok adaptív intézkedésként ágyaik egy részét átmeneti gondozásra jelölték ki és regisztráltatták, hogy ezekre még a GSZV elkészülte előtt felvehessék a sürgős elhelyezésre szoruló felhasználókat – így az üresen álló férőhelyek problémáját megoldották.

2008 szeptemberében az SZMM egyeztető munkacsoportot hozott létre a gondozási szükségletvizsgálattal kapcsolatos tapasztalatok és érdekellentétek megtárgyalására. A

szociális intézményekbe történő elhelyezés, valamint a házi segítségnyújtás jogi szabályozását áttekintő munkacsoport 2008 szeptemberében kezdte meg tevékenységét, amelynek lényege a GSZV eljárásrenddel, értékelőlappal kapcsolatos problémák módosítási, kiigazítási javaslatainak kidolgozása szakmai konszenzus alapján.

A szabályozással kapcsolatban az alábbi javaslatok, ill. problémák fogalmazódtak meg:

- Bizonyos életkor felett ne legyen helyszíni vizsgálat idősotthoni elhelyezési kérelem esetén.
- A várólisták legyenek nyilvánosak.
- Állami normatív hozzájárulás egyházi vagy civil fenntartók esetén ne csak gondozási szükséglettel rendelkező személy után legyen igényelhető.
- Krízishelyzetben az idősotthon az intézményvezető döntése alapján három hónapos időtartamra indokolt esetben GSZV nélkül is vehesse fel a szolgáltatást igénylő személyt, és ezzel egyidejűleg kezdeményezze a GSZV lefolytatását.
- A HSG és az idősotthoni elhelyezési kérelmek esetében eltérő a vagyon és jövedelemvizsgálati eljárás: alapszolgáltatás esetén családi, idősotthoni ellátás esetén egyéni jövedelem- és vagyonvizsgálatot kell végezni.
- Jövedelemvizsgálatot csak abban az esetben kelljen végezni, ha a kérelmező, illetve hozzátartozója nem tudja kifizetni a térítési díjat; differenciált normatíva legyen a GSZV-vel megállapított gondozási, ápolási igény szerint.

Az értékelő lappal kapcsolatosan megvitatott problémák:

- Az egyes szempontokat egyenlő értékkel kell számításba venni, nincs súlyozás, nincs egyetlen olyan indikátor sem, amely önmagában indokolná az intézményi felvételt.
- Az egyes gondozási tevékenységek normaideje nincs meghatározva, ezeket definiálásra szorulnak.

2008 októberében az SZMM válaszként az idősotthonok segélykérésére kiírta a bentlakásos intézmények kiegészítő támogatását szolgáló pályázatot, a GSZV késedelmes volta miatt kieső normatíva pótlására. A pályázók számából az derült ki, hogy a probléma nem annyira égető, mint amit a botrány hangereje jelez.

2009. január 1-jén az intézményvezetők három hónapos azonnali, átmeneti felvételi lehetőséget kaptak, hogy a sürgős elhelyezésre szorulók még a GSZV előtt bekerülhessenek az otthonokba.

2009. januártól 70%-ra emelkedett az egyházi idősok bentlakásos intézményei plusz normatívája, mely a Vatikáni Szerződés alapján a nyilvántartásba vett összes egyházra vonatkozik. Ez a tény nemcsak a feszültségeket növelte, hanem azzal a következménnyel is járt, hogy némely intézmények egy-egy egyházhoz való csatlakozással, vagy új egyház alapításával próbálnak meg hozzájutni a többlet normatívához. Közben lábra kaptak hírek illegálisan működtetett idősotthonokról, újonnan alakuló egyházi és civil szervezetekről, melyek házi segítségnyújtást ajánlanak (akár ingyen), felhasználókat gyűjtenek, és így versenytársaivá válnak az önkormányzati fenntartású szolgáltatóknak. Nem utolsósorban társadalmi vitára került a Nemzeti Idősügyi Stratégia, mely azonban nem váltott ki tömegkommunikációs visszhangot.

Általános problémák az idősellátás területén

A szakminisztérium (egyúttal az intézetünkben folyt kutatás megrendelője) két célt kíván elérni az utóbbi idők idősellátást érintő szabályozásával (melynek része a gondozási szükségletvizsgálat bevezetése): egyrészt igyekszik a szolgáltató rendszer fenntarthatóságát biztosítani egy olyan politikai érában, melynek központi kérdése az állami források kiáramlásának csökkentése; másrészt – és az előzőtől nem függetlenül – az idős állampolgárok jogos szükségleteinek kielégítését kívánja biztosítani a szociális szolgáltató rendszeren belül. A GSZV bevezetése óta heves politikai és szakmai viták kereszttüzébe került mind a döntéshozó, mind az ORSZI, ami a parlamentet is elérte. Az idősellátás szakemberei minden lehetséges fórumon támadták az intézkedést, és több parlamenti interpelláció is született a kérdésben¹.

A gondozási szükségletvizsgálatot előíró rendelet meglátásunk szerint azért váltott ki ilyen heves vitákat, mert az idősellátás valamennyi szereplőjét érintette valamilyen mértékben, és felszínre hozta mindazokat a problémákat, amelyekkel az ellátórendszer évek óta küszködik.

Kihívások a keresleti oldalon

A társadalom előregedésének és a gazdasági problémáknak a következtében növekednek és előre jelezhetően továbbra is növekedni fognak a szükségletek az idősellátási szolgáltatások iránt. Emiatt folyamatos a szakmai nyomás a szolgáltatók oldaláról a normatívák növelésére, a finanszírozás differenciálására (HGCS).

1. táblázat

A 60 éves és idősebb korcsoportba tartozók számának változása 2001-2009 (január 1.)

Megnevezés	2001	2008	2009
Lakónépesség száma összesen	10 200 298	10 045 401	10 030 975
Ebből 60 éves és idősebbek száma összesen (fő)	2 079 224	2 194 308	2 223 732
<i>ebből</i> 60 éves és idősebb férfi (fő)	803 102	845 257	857 620
60 éves és idősebb nő (fő)	1 276 122	1 349 051	1 366 112
Idősek aránya a népességben (%)	20,4	21,8	22,1
60 éves férfiak aránya az idősek között (%)	38,6	38,5	38,6
60 éves nők aránya az idősek között (%)	61,4	61,5	61,4

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2009.

Magyarországon 2001-ben (a legutóbbi népszámláláskor) a lakosság több mint egyötöde (2 079 224) volt 60 éven felüli. A 2008 és 2009-es adatokat vizsgálva (2 194 308, illetve 2 223 732) a 2001-es bázisévhez képest közel 145 ezer fővel növekedett a 60 évnél idősebbek

¹ 2008. 02.21. Borsos József FIDESZ: „Újabb szegénységi bizonyítvány, avagy a szociális otthonokra várakozó idős embereket megalázzák?”

2008. 09.24. dr. Zombor Gábor FIDESZ: Kritizálja a „szakértői bizottságokat” – úgy véli, nagyon sok idős ember jóval később került időotthonba az elhúzódó ügyek miatt.

2008. 09.29. Lombos István MSZP: Milyen eredményt hozott az idősek ellátásáról a gondozási szükségletvizsgálat bevezetése az eddigi tapasztalatok alapján; szükségesek-e további intézkedések?

száma Magyarországon (1. táblázat). Így, míg 2001-ben az idősök aránya a teljes lakosságszámhoz mérve 20,4 százalék volt, addig ez a szám 2009-ben 22,1 százalékra növekedett. A demográfiai korfa, a halálozási arányszámok, illetve a születéskor és az egyes életkorban még várható átlagos élettartam növekedésének (2. táblázat) tendenciáit figyelembe véve, a teljes körű adatfelvétel híján (2011-ben lesz a következő népszámlálás) is érzékelhető, hogy az idősellátásban a keresleti oldal további növekedésével kell számolni.

2. táblázat

A születéskor és az egyes életkorokban (még) várható átlagos élettartam

Év	Várható átlagos élettartam (év)									
	születéskor		40		50		60		70	
	éves korban									
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
1990	65,13	73,71	28,84	36,05	21,12	27,21	14,72	19,02	9,47	11,81
2000	67,11	75,59	29,57	37,17	21,84	28,32	15,29	20,04	9,94	12,59
2008	69,79	77,76	31,48	38,83	23,23	29,73	16,58	21,44	10,90	13,75

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2009.

Kihívások a szolgáltatások kínálati oldalán

A szolgáltatók nagy részénél, és éppen azokon a területeken – a több szempontból hátrányos helyzetű térségekben –, ahol a legnagyobb szükség volna a jó minőségű és megbízható szolgáltatásokra, *forráshiány* jelentkezik, mely éppúgy jelent szakemberhiányt, mint az infrastruktúra hiányosságait stb. A kistélepülések önkormányzatai sok esetben nem tudják működtetni a HSG-t. A helyzetet javította a kistérségi társulások számára juttatott kiegészítő finanszírozás, de több helyen a szolgáltatási terület kiterjesztése a gondozónók túlterheltségét fokozta, és az időhiány rontja a szolgáltatás minőségét.¹²

A házi segítségnyújtásban érintett felhasználók átlagos állapota emiatt romlik, így később rosszabb kondícióban jelentkeznek idősotthoni ellátásért, ami az ellátottakon kívül az államnak is egyértelmű hátrányt jelent.

A bentlakásos intézmények költségvetési lehetőségei bizonytalanok, ezért az előrelátó tervezés, fejlesztés lehetetlen, a munkáltatói jogok, kötelezettségek nehezen érvényesíthetők. A bentlakásos idősellátási szolgáltatások normatívája nem emelkedett 2003-tól. A normatíva – a 2002-es egy gondozottra eső összeget bázisnak tekintve – reálértékben 40%-kal csökkent, tekintetbe véve a fenntartási költségek (élelmiszerek, közüzemi díjak, épület-fenntartási költségek, gyógyszerárak stb.) növekedését. A normatíva nominálértékben is csökkent, míg 2002-ben 713 000 Ft jutott egy ellátottra, addig 2009-ben 689 000 Ft. Ez fenyegeti az ellátás biztonságát, és bizonyosan rontja a minőségét. A szociális szféra érdekérvényesítési képessége gyenge, a PM takarékosági intézkedései felülírják a szakmai, szolgáltatásfejlesztési szempontokat.

Ezt a helyzetet a gondozási díj megállapításának szabályaiban bekövetkezett változások sem javítják, mivel az idősotthonok ugyan a vagyonzvizsgálat alapján magasabb térítési díjakat is megállapíthatnak, mint amire korábban, a nyugdíj figyelembevételével módjuk volt, és ennek alapján jelzáloggal terhelhetik meg a felhasználó ingatlanját, de ez a jelenlegi bevételeiket, melyekből a jelenlegi kiadásaikat kell fedezniük, nem növeli. Az idősotthonoknak az idős

hozzátartozó tartására, forrásainak kiegészítésére képes és hajlandó családtagok támogatásának elfogadására sincs módjuk. Az intézmények költségvetését pedig csak a jómódú fenntartók képesek megfelelően kiegészíteni.

A jó kormányzás elveinek érvényesítése a szociális szolgáltatások területén jórészt lehetetlen. A szolgáltatások adatközlése nem egységes, a szolgáltatások tartalma és a költségfelhasználás nem átlátható, ez csökkenti annak lehetőségét, hogy a döntéshozó megtervezze a szolgáltató rendszer működtetését. A működtetés megfelelő tervezését az is lehetetlenné teszi, hogy a szociális tárcának igen csekély az érdekérvényesítő képessége a PM-mal és az EÜM-mal szemben.

A szociális szolgáltató rendszer differenciálódása, az ellátórendszer belső arányai

A *házi segítségnyújtásban* részesülők száma jelentős ingadozásokat mutatott az elmúlt években. Míg 1993-ban, a szociális törvény születésének időpontjában a KSH-tól származó adatok szerint 49 206-an vették igénybe a szolgáltatást, addig 2007-ben 45 989-en, térítési díjat 62,6%-uk fizetett. 2008-ban 48 120 főt láttak el a HSG szolgáltatás keretében, térítési díjat 58%-uk fizetett (3.táblázat).

A 2008-as év ellátotti létszámának növekedését nemcsak a GSZV bevezetése okozhatta, hanem a társulásoknak juttatott kiegészítő támogatás is, amelynek következtében olyan területeken is létrejött a szolgáltatás, ahol korábban nem volt.

3. táblázat

A házi segítségnyújtás főbb adatai

Év	Az ellátottak száma	A térítési díjat fizető ellátottak száma	A térítési díjat fizető ellátottak aránya, %
1993	49 206	n.a.	n.a.
2000	40 292	34 774	86,3
2001	41 275	35 603	86,3
2002	43 083	36 405	84,5
2003	43 733	37 349	85,4
2004	43 542	37 099	85,2
2005	45 130	36 908	81,8
2006	48 088	37 765	78,5
2007	45 989	28 807	62,6
2008	48 120	27 968	58,1

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2008.

Költségvetési szempontjából a szociális szolgáltató rendszerben a *bentlakásos intézmények* (legköltségesebb ellátási forma) túlsúlyban vannak, annak ellenére, hogy a szakminisztérium több intézkedést vezetett be a területi ellátás erősítése érdekében. Pl. növelte a normatívát, társulásos formák támogatásával törekedett az ellátási hiányok megszüntetésére (sikerrel, bár nem problémák nélkül, lásd pl. a gondozók utaztatásának problémáit).

1993-ban 30 155 főt láttak el időskorúak bentlakásos otthonában, ill. időskorúak gondozóházában, 2007-ben 50 903 főt, 2008-ban pedig 49 894 főt (4. táblázat). A férőhelykihasználtság szinte valamennyi intézménytípusban 90% fölötti volt.

4. táblázat

A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak száma típus szerint

Típus	1993	2000	2005	2006	2007	2008
Tartós bentlakásos intézmények						
Időskorúak otthona	28 072	37 698	44 346	46 975	47 685	46 569
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények						
Időskorúak gondozóháza, szállást biztosító idősek klubja	2 083	2 149	2 927	3 062	3 218	3 325
Összesen	30 155	39 847	47 273	50 037	50 903	49 894

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2008.

A statisztikai adatokból kitűnik, hogy a tartós és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben ellátottak száma az 1993-as évtől kezdődően folyamatosan nőtt, átlagosan 1500-2000 fővel 2007-ig, amikor létszámuk közel 51 ezer fő volt. A rendelkezésünkre álló 2008-as adatokból kiolvasható, hogy – a kormányzati szándékkal összhangban – nem növekedett a tartós és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben ellátottak száma.

Az idősek nappali ellátásának főbb adatait országos szinten vizsgálva (5 táblázat) látható, hogy mind az ellátotti létszám, mind a gondozói létszám állandó csökkenést mutat, míg az ellátást kérők száma folyamatosan növekszik. Az adatokból arra lehet következtetni, hogy a nappali ellátás feltételei nem javultak az évek során, pedig ez az ellátási forma nyújtja a legkomplexebb prevenciószolgáltatást az időseket ellátó rendszerben

A nappali szolgáltatások közül legnagyobb igény az idősek klubjára van, ami csak a települések 32%-án érhető el. 2008-ban az ország 1207 idősek klubjában 37 964-en töltötték az időt napközben, ott étkezettek, és társas kapcsolatokra leltek. Az ellátottak száma évek óta alig változik, 2007-hez képest mintegy ezer fővel csökkent: a KSH 2007-es jelentése szerint az ország 1221 idősek klubjában 38 880 idős embert láttak el, a kihasználtság 96%-os volt.

5. táblázat

Az idősek nappali ellátásának főbb adatai

Év	A klubok száma	A működő férőhelyek száma	Az ellátottak száma	A tárgyévben ellátást kérők száma	Tízezer 60 éven felüli lakosra jutó ellátott	A gondozók száma
1995	1 407	39 913	40 068	12 622	198	3 981
2000	1 287	38 502	39 917	11 432	192	3 578
2001	1 279	39 431	40 373	11 422	193	3 673
2002	1 287	40 210	40 486	10 828	192	3 694
2003	1 292	40 277	40 493	11 004	191	3 829
2004	1 264	39 705	39 601	13 001	184	3 504
2005	1 241	40 304	39 742	16 964	184	3 665
2006	1 238	40 904	39 048	13 990	180	3 562
2007	1 221	41 788	38 880	14 702	177	3 231
2008	1 207	41 422	37 964	14 890	171	3 135

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2008.

Bár a 2007. évi CXXI. törvény 35. §-ában az idősök nappali ellátása önálló kategóriaként jelent meg, s 3000 fő feletti állandó lakossal rendelkező településeken kötelező az önkormányzatnak biztosítania, ez a kistelepüléseken élő rászoruló helyzetén nem javít. A 6. táblázatban látható, hogy a legkisebb, 3000 fő alatti településeken él a 60 éven felüli népesség negyede, amelynek a nappali ellátás igénybevételére továbbra is csak másik településen nyílik lehetősége.

6. táblázat

A 60 év feletti népesség aránya településtípusonként az összes 60 év feletti lakónépességhez viszonyítva

Településtípus	60 év feletti lakónépesség a településtípuson (fő)	60 év feletti aránya a településtípuson az összes 60 éven felülihez viszonyítva
20 000 fő felett	1 007 020	48,4
10 000–19 999 fő között	204 327	9,8
3 000–9 999 fő között	336 978	16,2
2999 fő alatt	533 234	25,6
Összesen	2 081 559	100,0

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2008.

A statisztika szerint elszórva működnek 3000 fő alatti településeken is idősök klubjai, de a klubot működtető 3000 fő alatti települések, illetve az itt ellátottak aránya jóval elmarad az országos szinttől (7. táblázat).

7. táblázat

Az idősök klubjainak főbb adatai népességnagyság szerint, 2007

Népességnagyság	A klubok száma	A klubot működtető települések aránya, %	Az engedélyezett férőhelyek száma	Az ellátottak száma
X–499	80	13,0	2 142	1 824
500–999	121	21,6	3 252	3 027
1000–1999	177	29,4	5 233	4 971
2000–4999	278	55,4	8 213	7 586
5000–9999	123	80,4	4 142	3 687
10 000–19 999	107	90,2	3 668	3 175
20 000–49 999	86	100,0	3 110	2 968
50 000–99 999	52	100,0	2 031	1 938
100 000 felett	90	100,0	3 680	3 433
Budapest	107	100,0	6 317	6 271
Ország összesen	1 221	31,6	41 788	38 880

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2008.

A bentlakásos és a területi (házi segítségnyújtás) ellátást fenntartók szerint, együttesen vizsgálva (lásd 8. és 9. táblázat) megállapítható, hogy mindkét szociális szolgáltatási típusban

a legmagasabb az önkormányzati fenntartású szolgáltatók aránya, ill. a legtöbb igénybe vevő önkormányzati keretek között részesül ellátásban. A bentlakásos idősellátás szolgáltatásainak 2007-ben 63,6%-a, 2008-ban 62,9% állami, illetve önkormányzati fenntartású, és ez az arány a házi segítségnyújtó szolgáltatások esetében még magasabb: 2007-ben 92%, 2008-ban némileg csökkent, de így is 87,5% volt.

8. táblázat

Idősek bentlakásos ellátásában részesültek aránya tárgyév XII. 31-én intézményfenntartók szerint (%)

Fenntartó	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Önkormányzat	75,5	73,8	72,4	71,1	68,9	67,4	64,4	63,6	62,9
Egyház, egyházi intézmény	11,2	11,2	11,1	12,1	13,4	13,6	13,9	14,5	18,4
Alapítvány, közalapítvány	4,7	5,2	5,8	5,4	5,9	6,3	6,6	7,0	6,9
Egyesület, társadalmi szervezet	0,3	0,7	0,6	0,7	0,9	1,5	1,7	1,7	1,1
Egyéni vagy társas vállalkozás	1,8	2,0	2,3	1,9	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2
Közhasznú társaság, központi költségvetési intézmény	5,9	7,1	7,8	8,8	10,4	10,9	13,3	13,0	10,4
Egyéb intézmény	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2008.

9. táblázat

Házi segítségnyújtásban részesültek aránya tárgyév XII. 31-én intézményfenntartók szerint, 2000–2008 (%)

Fenntartó	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Önkormányzat	96,4	98,1	97,1	97,8	97,7	96,8	94,0	92,0	87,5
Egyház, egyházi intézmény	0,2	0,2	0,2	0,6	0,4	0,5	0,7	0,8	2,3
Alapítvány, közalapítvány	0,2	0,9	2,1	0,7	0,8	1,0	1,5	3,6	5,8
Egyesület, társadalmi szervezet	0,6	0,7	0,3	0,6	0,5	0,8	1,1	1,8	2,4
Egyéni vagy társas vállalkozás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Közhasznú társaság, központi költségvetési intézmény	0,2	0,1	0,2	0,2	0,5	0,9	1,3	1,2	1,4
Egyéb intézmény	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	1,4	0,6	0,6

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyvek, 2001–2008.

2008 évre vonatkozóan a KSH¹³ a következő megállapításokat teszi az alapszolgáltatásokkal kapcsolatosan: „Törvényi kötelezettségüknek az önkormányzatok 90%-ot meghaladó arányban saját fenntartású intézményekkel tesznek eleget. A kisebb önkormányzatok ezt gyakran csak összefogással, társulások formájában képesek teljesíteni. Nonprofit szervezetek látják el a gyermekjóléti és családsegítő intézményeket igénybe vevők 5–6%-át, a házi segítségnyújtó szolgálattal élők és az idősek klubjába járók 3–3%-át.”

A piaci szereplők közé sorolhatjuk a forprofit, nonprofit és egyházi szolgáltatókat (arányukat lásd az 8. és 9. számú táblázatban). A piaci szolgáltatók jellemzően az új vagy magasabb színvonalú szolgáltatások iránti igényt igyekeznek kielégíteni, mint amilyenek a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, melynek hívórendszerét forprofit vállalkozások telepítik, és az emelt szintű magán, és egyházi idősotthonok. A piaci szereplők megkeresik a potenciális felhasználókat, nagyon magas színvonalú szolgáltatást ígérnek magas belépési árért a magán idősotthonok esetében, és olcsó vagy akár ingyenes szolgáltatást kínálnak a magán HSG keretében, miközben igyekeznek kihasználni a szolgáltatásokra rendelkezésre álló állami forrásokat. A szakminisztérium ez esetben is igyekezett visszafogni a növekvő költségeket.

A szociális szolgáltatásoknak – akárcsak korábban – van informális módja (családtag, közösség stb.), valamint feketepiaca is.

Az *informális gondozás* természetes alternatívája az idősotthoni ellátásnak. Ennek támogatása és a (főleg női) munkanélküliség kezelése indokolta az ápolási díj bevezetését. Megoldatlan viszont az ápoló hozzátartozók támogatása szolgáltatásokkal, bár a gyakorlatban a házi segítségnyújtást szolgáltatók egy része igyekszik kiegészítő és tehermentesítő szolgáltatásokat nyújtani az idős hozzátartozót ápoló családtagoknak. A tiszteletdíjas gondozók alkalmazása az utóbbi években általában háttérbe szorult, mivel 2006-tól a társadalmi gondozók létszáma nem haladhatta meg a szakképzett gondozói létszámot¹⁴, bár – a SZIA által végzett kutatás és a szakértői interjúk tanúsága szerint – több területen nagy hatékonysággal működtetnek társadalmi gondozó hálózatot.

Az utóbbi években felmerült az esetmenedzsment szolgáltatás létrehozásának javaslata is. Az esetmenedzsment lehetővé tenné a különböző – állami, magán, informális – szolgáltatók integrált működésének támogatását, szolgáltatási csomagok összeállítását a szükségletek kielégítésére, illetve az idősök otthoni biztonságban létének növelését az intézményi elhelyezés elkerülése érdekében.

Szintén felmerült szolgáltatásvásárlási utalvány bevezetésének javaslata, ami lehetővé tenné egyrészt a felhasználók szabad választásának támogatását, másrészt a szolgáltatási fekete piac kifehérítését. Az informális gondozói hálózat azonban riválisa az állami szolgáltatóknak, ami nyilvánvalóan kiváltja a szociális szakmai körök ellenállását. Nem is beszélve arról, hogy a szolgáltatási utalványnak nem csak a bekerülési költsége meglehetősen magas, hanem bevezetése a piaci vállalkozókat arra sarkallná, hogy további igénylőket gyűjtsenek, ami kontrollálhatatlanná teheti a szolgáltatások költségeit.

Az ellátórendszer differenciálódásával kapcsolatos problémák

Az állam és a különböző szereplők funkciója, felelőssége, egymáshoz való viszonya, illetve az öngondoskodási képesség támogatásának kérdése tisztázatlan. Utóbbiban több kezdeményezés született: létrejöttek a különböző előtakarékosági biztosítások, és felmerült az ápolásbiztosítás bevezetésének javaslata is, ezek azonban a prevenció lehetőségei, nem (vagy legalábbis kis mértékben) azt a réteget érintik, amely az idősellátás szolgáltatásait ma igénybe veszi.

A szolgáltató rendszer egyes szereplői között bizalmatlanság és érdekütközések tapasztalhatók. A bizalmatlanság az érdekütközések következménye. Mind az állami, mind a

piaci szereplők, mind az informális segítők, mind a szociálpolitikai döntéshozók jól felfogott, racionális érdekeiket követik, amelyeket nem lehet egyeztetni, legfeljebb valamilyen – minden szereplő számára kielégítő – kompromisszumot lehet keresni. A döntéshozók alapvető érdeke a szolgáltatási költségek csökkentése az ellátórendszer fenntarthatósága érdekében. A felhasználók igyekeznek saját és családjuk forrásait kímélni, nem „teher lenni” hozzátartozóiknak (sőt javaikat örökségként hagyni rájuk), de ugyanakkor biztonságban tölteni idős éveiket, és nem az „elfekvőbe” kerülni. Az állami szolgáltatók menedzserei szeretnék egyensúlyt teremteni a rájuk bízott intézmény kapacitása és a rájuk háruló feladatteher között. A piaci szolgáltatók pedig igyekeznek jó üzletet csinálni, azaz megtalálni szolgáltatásaik potenciális fogyasztóit, jó kínálatot mutatni nekik, és megkapni az államtól a tevékenység ellenértékét. Tehát a szereplők – kivéve a közpénzek őrzésében érdekelt döntéshozókat – mind az állami kiadások növelésében érdekeltek. A legkiszolgáltatottabbak a szereplők közül a kisnyugdíjas elesett idősek, a gondozásukat-ápolásukat vállaló hozzátartozók és a nagy kizsákmányolást tűrő, fillérékért dolgozó gondozónők.

A SZIA-kutatás során a megkérdezettek közül többen sérelmezték a jogalkotók, döntéshozók bizalmatlanságát a szolgáltatást nyújtó szakemberek iránt: *„Az ORSZI vizsgálatokat a szakemberek bizalmatlanságként élik meg, mintha ők – mint a téma megbecsült szakemberei – nem tudnák saját hatáskörben megállapítani és eldönteni a háziorvos közreműködésével a kliens gondozásiidő-szükségletét”*¹⁵

A finanszírozó leginkább a civil szolgáltatókkal szemben bizalmatlan. Fel kell hívnunk az érdekeltek figyelmét arra, hogy a nyugati uniós országokban egyre kevésbé elégítik ki állami szolgáltatók az állampolgárok szociális szükségleteit. Az állam, illetve az önkormányzatok az állampolgárok szociális jogaival kapcsolatos kötelezettségüket egyre inkább civil szolgáltatókkal való szerződés keretében látják el. A szolgáltatási piac visszaszorításának gyakorlata tehát szembe megy az unió nagy részén általános fejlődési trendekkel, amelyek inkább a felhasználó döntési szabadságának támogatását és a szolgáltatási piac szabályozását, a minőségbiztosítást és a fogyasztóvédelmet állítják az országok szociálpolitikájának középpontjába.

A szakértői interjúkban megjelent a visszaélések megakadályozásának problémája, illetve a piac szabályozásának hiánya. A jegyzői GSZV-bizottságok megnövekedett esetterhelését a szakértő megfigyelők részben azzal magyarázzák, hogy egyházi és civil szolgáltatók jelentek meg országos ellátási regisztrációval, ők – piaci szolgáltatók lévén – megkeresik a potenciális felhasználókat (pl. Tevékeny Szeretet Közössége). A szakértők feltételezése szerint ezek a szolgáltatók nagyon elfoglalt jegyzőkkel regisztráltatják magukat, országos szolgáltatási területtel. A jegyzők nagy valószínűséggel nem fognak ráérni évente alaposan megvizsgálni, hogy a szolgáltató megfelel-e még a regisztrációhoz szükséges feltételeknek. A megfigyelők elbeszélése szerint ezeknek a szolgálatoknak kezdetben van 10-15 felhasználójuk, és ahhoz megfelelő számú szakképzett munkatársuk. Később a felhasználók számának növekedésével már nem tartják be a munkatársak képesítési előírásaihoz fűzött elvárásokat. Így tudják a szolgáltatások bekerülési költségét alacsony szinten tartani, és a vállalkozást jövedelmezővé tenni. Ugyanezek a vállalkozók használják ki az egyházi többletnormatíva nyújtotta lehetőségeket is. Ezt az állítás támasztják alá az FSZH szolgáltatói regiszteréből nyert adatok, melyek szerint a 2009-ben HSG-re működési engedélyt kérő szervezetek (szám szerint 20) közül 16 szervezet fenntartói típusa „egyházi” (8 db) vagy „nem állami” (8 db) volt. 4 szervezet országos, ill. 1 szervezet 12 megyére kiterjedő ellátási területet jelölt meg, s ezek közül 3 egyházi, 1-1 állami, ill. nem állami szervezet volt. Ezek a szolgáltatók az állami

szolgáltatások riválisaiként jelennek meg a településeken, ami indokolhatja a velük szembeni bizalmatlanságot.

A szociális szolgáltató rendszer szabályozási környezetének folyamatos változása lehetetlenné teszi a fenntartók számára a megalapozott tervezést és fejlesztést, sőt egyes esetekben a szolgáltatások biztonságos, megfelelő minőségű fenntartását is. Az 1/2000-es SZCSM-rendeletet a hatályba lépés éve óta 172-szer módosították, a szociális törvény pedig hatályba lépése után 52-szer változott.

A szolgáltató rendszer hiányai

Az informális gondozást és gondozókat támogató és tehermentesítő szolgáltatások, valamint a tiszteletdíjas gondozók hiányáról a tanulmány előző részeiben már említést tettünk, így ezekre itt nem térünk ki.

A szükségletekhez viszonyítva hiány mutatkozik az olyan *átmeneti intézménytípusokban*, mint amilyen a nyugdíjsház és az átmeneti elhelyezést biztosító gondozóház. Ez utóbbiak esetében a hiányt az is fokozza, hogy a tapasztalatok szerint az átmeneti gondozást biztosító férőhelyeken sok esetben tartós gondozást igénylőket látnak el. „*A gondozóházak átmeneti funkciója szinte megszűnt (az idősothon „előszobájának” tekinthető)*” – jegyzi meg a SZIA kutatói.¹⁶ Így azután nagyon nehéz az olyan krízishelyzetekre megoldást találni, amelyet például a kórházból való kikerülés okoz abban az esetben, amikor az idős embernek a lábadozás idején még szüksége van gondozásra.

A nyugdíjsház hasonló típusú intézmény, mint amit a nyugati országokban támogatott lakásnak mondanak. Ez az intézménytípus olyan idősöknek felel meg, akik teljesen önellátók, de magukra maradtak, és otthonukban már nem érzik magukat biztonságban. A kisebb településeken ilyeneket csak elvétve találunk, de a fővárosban is – bár 25 ilyen intézményt számoltunk össze – sokat kell várni az intézménybe való bekerülésre.

Az egészségügyi és szociális szektor közti kapcsolat

Az egészségügyi és a szociális szektor közötti eltérésekre a GSZV kapcsán azért kell felhívunk a figyelmet, mivel a rendelet bevezetését követően egyértelműen megváltozott az idősothonokba felvettek egészségi állapota. A szociális ellátó rendszerben több területen igen elmosódott a határ a szociális és az egészségügyi ágazat között, ezek egyike az idősellátás (a többi a fogyatékosok, a mentális betegségben szenvedők és a szerfüggő felhasználók ellátása). A tartós gondozást nyújtó szociális ellátás lényegesen olcsóbb, mint a krónikus betegekre specializálódott egészségügyi, tehát lényegesen költséghatékonyabb a súlyos egészségügyi szükségletekkel küszködő felhasználókat a szociális ellátáson belül gondozni. Ezzel viszont elhalványul a bentlakásos idősellátás szociális jellege, és az idősothonokban folyó munka középpontjába a felhasználók egészségügyi szükségleteinek kielégítése kerül. A változások szakmai értelmezésében azt is figyelembe kell vennünk, hogy a szociális és egészségügyi ellátásoknak más a szakmai logikája, az életminőség más aspektusai állnak beavatkozásaik fókuszában. Ezt világosan mutatja, hogy mekkora különbség van a ma is „elfekvőknek” minősített krónikus ápolási osztályok és az idősothonok között.

A rendeletben kitűzött célok elérése, a rendelet hatása a szociális szolgáltatási szektor különböző szereplőire

Bentlakásos idősellátás

A felhasználói oldalon mutatkozó hatás

Az idősotthoni *szolgáltatások célzottsága* javult, a gondozási szükségletvizsgálatnak köszönhetően a legrászorultabbak kerültek be az ellátásba.

„2006-ban a tartós elhelyezést biztosító intézmények közül az időskorúak otthonaiban elsősorban a rendszeres gyógyintézeti kezelést nem igénylő, nyugdíj korhatárt betöltött személyek ápolását, gondozását végezték. 2008-tól alapvetően megváltozott. A cél, hogy elsősorban azok az idős emberek kerüljenek be az otthonokba, akik önálló életvitelre már nem képesek, és hozzátartozóik hiánya, vagy azok elfoglaltsága miatt otthoni gondozásuk nem megoldható.”¹⁷ (Győr, idősotthon-vezető)

A várólistákon szereplő várakozók száma – úgy tűnik – nem változott jelentősen. A bizottságok a becslések szerint az idősotthoni felvételre jelentkezők kb. 10%-át utasítják el.

A statisztikai adatok egymásnak ellentmondóak. Hogy mennyien is szerepelnek a várólistákon, arról a kutatás során több vélekedést hallottunk, a 3-4 ezertől a 17 ezerig terjedtek a becslések.

„A GSZV bevezetése törvényszerűen a várakozólista visszaesésével járt, ami a szakellátásnál egyértelműen látszik, annyi homályosítja a látást, hogy a fenntartók elindultak az átmeneti ellátás felé. A probléma az, hogy ez a változás semmilyen más feltételrendszerben nincsen végigvive.”¹⁸ (Idősellátási szakértő, egyházi szolgálat vezetője)

Az idősotthonok várólistáiról a legutóbbi KSH-adatunk 2000-ből van. Eszerint az idősotthoni elhelyezésre várók száma akkor 9674 volt (arányaiban legtöbbször Budapesten, és a kistelepülésekkel, tanyás övezetekkel rendelkező megyékben várakoztak idősotthoni elhelyezésre). A kérdésről szóló 2003-as ÁSZ-jelentés a következőket állapítja meg: „A tartós bentlakásos intézményi elhelyezésre várók száma (az összes – KJ) az 1993. évi 5 373 főhöz képest – a statisztikailag feldolgozott legutolsó – 2000. évre több mint duplájára, 11 787 főre növekedett (valamennyi bentlakásos intézményről van szó, nem csak az idősotthonokról – KJ), és az egy éven túli várakozók száma megötszöröződött. A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézmények fenntartása 2001. évben összességében 65,5 milliárd Ft-ba került. Az egyes társadalmi rétegek megélhetési nehézségei, a szociális problémák, esetenként az alapellátási szolgáltatások kiépítetlensége, a megfelelő családi háttér hiánya, illetve a méltányosságból megállapított kis összegű ápolási díj azt eredményezi, hogy a gondozásra szoruló (idős) emberek szakszerű ellátása általában bentlakásos intézményekben valósítható meg.” (Állami Számvevőszék: Jelentés a helyi önkormányzatok tartós szociális ellátási feladatainak ellenőrzéséről az idősek otthonainál. 2003. június., 3. o. [http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/C68A9A8C05463294C1256D4F002A8C22/\\$File/0317J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/C68A9A8C05463294C1256D4F002A8C22/$File/0317J000.pdf))

Az FSZH adatai szerint idősotthoni elhelyezésre jelenleg kb. 9300 fő várakozik. A várólisták nagyobb mértékű csökkenésének elmaradására többféle hipotézist hallottunk.

- Megjelentek olyanok is a szolgáltatást igénylők között, akiknek korábban nem volt reményük arra, hogy idősotthoni ellátást kapjanak, mivel az intézmények kapacitáshiány miatt elutasították a túl nagy gondozási terhet jelentő igénylőket,
- Máiig is fennmaradt az előzetes jelentkezés szokása.
- Maguk az idősotthonok is érdekeltek abban, hogy hosszú várakozólistát tartsanak fenn, mert ezzel egyrészt saját érdekérvényesítési esélyüket javíthatják, másrészt fenntartják a válogatás lehetőségét.
- A várakozólistán vannak olyanok is, akiket az informális gondozók, illetve a szociális szolgáltatás informális piacának szereplői ellátanak, de a jövőben várható, hogy szükségük lesz az elhelyezésre, erre utal, hogy nem mindenki jelenik meg a házi segítségnyújtásban, akinek 4 óránál magasabb gondozási szükségletet állapítottak meg, de nem jutott be az idősotthonba.

A csökkenésre is kínálkozik magyarázat, s nem csak az, hogy a GSZV kiszűri a jelentkezők egy részét:

- A tapasztalatok szerint a vagyonvizsgálat adott esetben megijeszti a potenciális felhasználókat és/vagy motiválja az informális gondozókat, hogy – akár a feketepiaci szereplők igénybevételeivel – lássák el a gondozásra szorulókat
- Az előző állítást megerősíti, hogy a kutatás során idősotthoni szakemberek beszámoltak arról, hogy néhány család az idősotthoni ellátott nyugdíja, illetve az esetleges ápolási díj reményében elviszi az idős hozzátartozót az intézményből.

A rendelet bevezetésével *az idősotthoni ellátás* a felhasználóknak, illetve tartásra kötelezhető hozzátartozóiknak *többre kerül*. Ezt támasztja alá a SZIA kutatásának az a megállapítása, mely szerint a felhasználót terhelő térítési díj valamennyi vizsgált területen növekedett.

A szolgáltatói oldalon jelentkező hatás

Mivel a korábbiaknál rosszabb egészségügyi állapotban lévő idősok kerülnek be az idősotthonokba, megnövekedett a bentlakásos forráshiányos intézményekben a gondozási teher, a már korábban is túlterhelt gondozónőkre még több feladat hárul.

A mindennapi szakmai munka központi kérdésévé a felhasználók egészségügyi szükségleteinek kielégítése válik, aminek oka az is, hogy a GSZV-hez készített értékelő lap jóval nagyobb hangsúlyt fektet az egészségügyi állapotra, mint a szociálisra. Bár a szakápolási tevékenységeket a bentlakásos idősellátásban jogszabály tiltja (1/200. (I.7.) SZCSM-rendelet 50. § c) pontja), de a jelentkező akut szükségleteket nem lehet nem kielégíteni, ami növeli az intézményeken belül a szakemberek túlterheltségét. Ennek következtében csökken(het) a szolgáltatás minősége. Az idősotthonok vezetői mindig is büszkék voltak arra, hogy jobb gondozást/ápolást nyújtottak az erre rászoruló idősoknek, mint az egészségügyi intézmények. A GSZV bevezetésével viszont olyan súlyos állapotban lévő betegek kerülnek az otthonokba, hogy ellátásuk lényegesen több ápolást kíván, mint korábban. Az intézmények eszköz- és gyógyszerellátottság tekintetében nincsenek felkészülve erre a feladatra. Más a helyzet a humán erőforrás-ellátottság tekintetében, ugyanis az idősellátásban dolgozó gondozónők többsége ma is ápolói képzettséggel rendelkezik. *„Az a körülmény, hogy a személyzet egyre kevésbé tud a mentális kérdésekkel foglalkozni, hospitalizációs ártalomhoz vezethet.”*¹⁹

Az intézményvezetőknek kevésbé nyílik módja arra, hogy szabályozzák a beáramlást, és ezzel egyensúlyt teremtsenek az intézményi kapacitás és a feladatokból fakadó teher között.

Korábban lehetőségük volt arra, hogy a jelentkezők közül kiválogassák a kevésbé súlyos állapotúakat, illetve a csak szociális indikációval rendelkezőket. A problémának a kezelésére mára ismét találtak módszert, ezért kérnek több GSZV-t, mint ahány üres férőhelyük van. A férőhelyek osztályozása is segíti őket abban, hogy ismét – bár nem a korábbi mértékben – kanalizálni tudják a beáramlást.

Az időotthonokban a bentlakók halálozási aránya jelentősen nőtt, ami potenciálisan megváltoztatja az intézmények képét a közgondolkodásban, közelítve azt az „elfekvőnek” minősített kórházi ápolási osztályokéhoz.

„...olyan rossz állapotú embereket engedtek csak felvenni, hogy a 15 beköltözött közül öt még abban az évben meghalt, négyen még egy hónapig éltek közöttünk, egy néni három nap után meghalt. Természetesen a súlyos esetek miatt megnőtt az egy ellátottra jutó önköltség is, hiszen a gyógyszer, tápszer, pelenka, élelmiszer, tisztítószer, fertőtlenítőszer stb. költsége magasabb az ilyen betegek ellátásában. Rendszeresen előfordul, hogy egészségpénztár által finanszírozandó tevékenységet végzünk, hiszen a kórházi osztályok kiadják a betegeket, mert »úgyis otthonban lakik, ahol vannak nővérek«. Hiába mondjuk, hogy nem végezhetünk 2008. január 1-től szakápolási tevékenységet.”²⁰ (Evangélikus Szeretetház Győr)

„A GSZV bevezetésével sem nőtt a betöltetlen férőhelyek száma. Át kellett alakítani a mentálhigiénés ellátást a rosszabb állapotúak nagyobb száma miatt. Át kellett gondolnunk az étkeztetést, az egészségügyi ellátást, a foglalkoztatást. Ugyanakkor, amire nem voltunk felkészülve, a már bent lakókra is nagy hatást gyakorolt az új beköltözők leromlott állapota.”²¹ (Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, Győr)

Az időotthonok szociális intézmény jellege elmosódik. A személyzet egyre kevésbé tud a felhasználók mentális támogatásával, az életminőség szociális aspektusaival foglalkozni, ami a felhasználóknál hospitalizációs ártalomhoz vezethet.

„A lefolytatott interjúk alapján elmondható, hogy az a célkitűzés, hogy a szociálisan legrászorultabbak kerüljenek be az időotthonokba, nem mindig érvényesülhet, mert a gondozási szükséglet vizsgálatban a szociális rászorultság ténye kisebb súllyal szerepel, mint az egészségügyi rászorultság. Ezzel együtt az ideiglenes elhelyezést nyújtó intézmény esetében magas költségekkel kell, hogy számoljanak a bekerülők.”²²

A bentlakásos időotthoni GSZV pozitívumaként emelték ki egyes önkormányzati vezetők (pl. Szegeden), hogy a gondozási szükséglet vizsgálat szűrőként szerepel a szolgáltatásokba kerülőket illetően. Kiszűri mindazokat az igénylőket, akik önellátásra képesek, vagy alkoholisták, szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek.

Fenntarthatóság (finanszírozhatóság) – a fenntartói oldalon jelentkező hatás

Az ellátási felelősséget viselő önkormányzatokra nyomás nehezedik, hogy biztosítsák a megfelelő minőségű ellátást.

„A GSZV-vizsgálat a tartós bentlakásos intézményektől eltántorít időseket, de ezzel az alapszolgáltatások nem tudnak megbirkózni. A bentlakásos normatívákat decemberben fogadják el, ami túl késő az önkormányzatok számára, mivel ők már szeptember-októberben lezárják a költségvetésüket. Másrészt az önkormányzatok nem hisznek a szakminisztériumnak,

*mert össze-vissza történnek a változtatások, átgondolatlanul történnek a változtatások.*²³ (idősellátási szakértő, intézményfenntartó önkormányzati vezető)

„A szakképzettségi követelmények szigorú rendszere, mely roppant nehézé teszi az intézmények fenntartását. Ilyen Európában nincsen, mert minőségbiztosítás stb. mindenhol van, de 80%-os szakképzettségi szint megkövetelése sehol nincs. Jelenleg 20%-kal kevesebb szakember van, mint amennyire igény lenne.”²⁴ (idősellátási szakértő, intézményfenntartó önkormányzati vezető)

„Nagy segítség lenne, hogyha lennének standardok és protokollok. Ez fontos lehetne a finanszírozás és az ellenőrzés oldaláról is.”²⁵ (idősellátási szakértő, intézményfenntartó önkormányzati vezető)

Az állami finanszírozás nem reagál az ápolási szükséglet megnövekedésére, ami az önkormányzatok terheit növeli. A gondozó személyzet túlterheltségéből eredő magasabb munkaerő-fluktuáció is kihívást jelent a fenntartók számára.

A nem állami szolgáltatóknak a GSZV bevezetése lehetővé teszi, hogy elnyerjék a – korábban elveszített – állami finanszírozást bentlakóik számára, amennyiben sikerül a négy órán túli gondozási szükségletet bizonyító eredményt megkapniuk. Ez azonban csak csökkentheti az elmúlt években a civil szolgáltatókat sújtó sokféle hátrányos intézkedés hatását.

„A civilek többsége non-profit alapon működtetett vállalkozás. Valóban civil alapon rengeteg korláttal lehet szembesülni, a jogszabályok hátrányosan különböztetik meg a civileket. A paradigmaváltás és a szolgáltatásokat érintő mindenféle megszorítás az elmúlt évben elsősorban a civileket érintette.”²⁶ (szakértő, egyházi szolgálat vezetője)

Házi segítségnyújtás

Célzottság – az ellátotti oldalra gyakorolt hatás

A HSG felhasználói létszáma stagnál, annak ellenére, hogy a térségi integrációval növekszik az ellátási terület, és a HSG normatívája emelkedett.

A felhasználói létszám változása erősen függ a térítési díjak kiszámításának területenként nagymértékben eltérő gyakorlatától²⁷, ami elsősorban az önkormányzatok teherbíró képességével függ össze. (1. általánosan 0 Ft térítési díj, 2. jövedelemvizsgálat alapján megállapított térítési díj, 3. jövedelemvizsgálat nélküli egységes térítési díj, pl. 500 Ft/óra).

SZIA-esettanulmányok tanúsága szerint az ellátotti létszám a vizsgált területeken vagy stagnált, vagy csökkent. Kivételt ez alól csak Miskolc és Csorna esete képez. Miskolcon 2008. év közepén, a jogszabályi változásoktól független strukturális átszervezés miatt növekedett az ellátotti kör (szolgáltatások átkerülése kistérségi fenntartásba, illetve szolgáltatások újratagolása). Csornán a korábban Kht-ként működő, ma egyházi fenntartású jelzőrendszeres szolgáltatáshoz kötelezően rendelt házi segítségnyújtás és gondozás kiépítése zajlik, ezzel indokolták az ellátottak számának növekedését.

A GSZV-hez kapcsolt jövedelemvizsgálat, de maga a GSZV-vizsgálat is egyes területeken elriasztja a potenciális felhasználókat. Ezt a problémát a helyi HSG-k vezetői – a

tapasztalatok szerint – kezelni tudják, a legtöbb helyen megfelelően tájékoztatják a potenciális igénybe vevőket, elosztatják félelmeiket.

A SZIA vizsgálatában a következők állnak: „Egyes vélemények szerint a környezet- és vagyónvizsgálatot a potenciális igénybe vevők a HSG tekintetében elutasítják. Teljesen felesleges, hiszen a növekedés helyett a csökkenés irányába mozdult emiatt a jelentkezők száma. A kiszolgáltatottság érzését növelte az idősekben.”²⁸ (Szegei Kistérség Többcélú Társulás Humán Szolgáltató Központ igazgatója)

„A szolgáltatások fenntarthatóságára negatív hatással volt a differenciált normatíva, mert az alacsony jövedelműek ellátása nehezebb. A jövedelemvizsgálat megváltozott, most már a családi jövedelem számít a térítési díj megállapításánál. A térítési díjak jövedelemarányosan 6 kategóriában vannak jelenleg meghatározva. A térítési díjak változása a 2007–2009 időszakban nehezen megfogható, ugyanis a 2007–2008-as évben a szolgáltató még nyolc térítési díjkategóriával számolt. Ebben a rendszerben a legalacsonyabb térítési díj mértéke 36 Ft volt, a legmagasabb 889 Ft volt óránként. A 2009-es díjszabás szerint pedig a térítési díjak mértéke óránként 85 és 220 Forint között változik. Az új díjszabás nyilvánvalóan csökkentette a díjtételek közötti szóródást, az alacsony díjakat jelentős, több mint 200%-os mértékben megemelte, azonban a legmagasabb díjkategóriát jelentősen, 400%-kal csökkentette. Ezeknek a változásoknak az a magyarázata, hogy 2009 eleje óta a szolgáltató nem számíthat fel több térítési díjat, mint az ellátott egy napra eső jövedelmének 20%-a. A szolgáltatások színvonalát azonban a normatívacsökkenés nem befolyásolta.”²⁹ (Encsi kistérség, HSG)

A házi segítségnyújtást végző szolgálatok abban az esetben sem tudják kielégíteni a magas gondozási szükségletet, ha azt a felhasználó állapota és szociális helyzete (elmagányosodás, fizetőképesség hiánya, az idősothoni felvétel késedelmes volta) azt indokolná.

A gondozási szükségletvizsgálat nem okvetlenül növelte a gondozásba vételi igény megjelenésétől a tényleges gondozásba vételig eltelt időt, ami egyes esetekben (például a kórházi elbocsátás esetén jelentkező azonnali gondozási szükséglet) kifejezetten káros lenne a felhasználóra nézve. A legtöbb helyen a HSG munkatársai biztosítják ilyen esetekben az átmeneti jellegű szolgáltatás lehetőségét.

Hatékonyság – szolgáltatói oldal

Az önkormányzati szolgáltatások munkatársaitól szinte csak kritikai észrevételeket hallottunk a jegyzői GSZV-vel kapcsolatban. A következőkben ezeket foglaljuk össze.

- Az GSZV-értékelőlap nem azt méri, hogy mire lenne az ellátottnak szüksége. Mivel az ellátottak nagy része csak a mindennapi életvitelt segítő tevékenységek végzésében szorul segítségre (bevásárlás, gyógyszerkiváltás, tüzelő behordás, fűtés, takarítás stb.), a képzett gondozónők gyakran látnak el képzettséget nem igénylő feladatokat, amelyeket tiszteletdíjas gondozókkal lenne célszerű elvégeztetni. A SZIA vizsgálatának eredményei szerint „a GSZV bevezetését a HSG szolgáltatás működésére vonatkozóan a szegei munkatársak úgy értékelték, hogy sok munkát ad, és ugyanakkor kapacitáshiány következtében az igényeket nem tudják kielégíteni.”³⁰

- Ha egyszer megállapítottak egy gondozási szükségletet, az érintett élete végéig kaphatja az ellátást, még akkor is, ha közben meggyógyult. Ugyanakkor, ha romlott az állapota, az egész vizsgálati procedúrát újra kell kezdeni.
- Az ellátási órák számának alakulása nincs összefüggésben a GSZV keretében megállapított óraszámmal, hanem általában alacsonyabb annál. A felhasználók által valóban igényelt gondozási óraszám lényegesen kevesebb, mint ami a felmérőlapon megjelenik. Ennek okai: 1. a szolgáltatások térítési díja, illetve a felhasználó fizetési hajlandósága, 2. a HSG szolgálatok kapacitása, illetve kapacitáshiánya, 3. rendelkezésre állnak informális gondozók.
- A 4 órán túli gondozási szükségletet bizonyító vizsgálati eredménnyel rendelkezők, akik nem jutnak idősothoni elhelyezéshez, jórészt nem jelennek meg a házi segítségnyújtás felhasználói között, de ha megjelennek, sem igénylik a napi 4 óra gondozást. (Amit egyébként a szolgáltatók nem is tudnának nyújtani.)
- A házi gondozásban dolgozók általában nehezményezik az adminisztratív munka megnövekedett terheit.

Ami a nem állami szolgáltatókat illeti, ők – piaci szereplőként – a GSZV-ben lehetőséget látnak arra, hogy miután személyesen megkeresik a gondozó szolgálat potenciális felhasználóit, a gondozási szükségletvizsgálattal legitimálják az állami normatíva iránti kérelmüket.

Fenntarthatóság – finanszírozói oldal

A jegyzői GSZV iránti kérelmek száma nagymértékben gyarapodott 2009 első félévében, ami miatt az erre a tevékenységre szánt éves költségvetés már az első félévben elfogyott. Ennek okai a következők:

- a 2007-ben orvosi javaslat alapján HSG-ben részesülők esetében most járt le a javaslat érvényének kétéves időtartama;
- egyházi és civil szolgáltatók jelentek meg országos ellátási regisztrációval, ők – piaci szolgáltatók lévén – megkeresik a potenciális felhasználókat (pl. Tevékeny Szeretet Közössége);
- a jelzőrendszernek a HSG-vel való összekapcsolását előíró jogszabály;
- a kistérségi plusznormatívák miatt olyan térségekben is létrejön a szolgáltatása, ahol eddig nem volt; „*a mikrotérségi társulási szerződések létrejöttének elsődleges oka a kistérségi ösztönző normatíva igénybevételére való jogosultság megszerzése volt, ezen a módon igyekszik a szolgáltatások színvonalát a csökkenő alapnormatíva mellett fenntartani a fenntartó*”³¹(Encs HSG vezetője)
- a fenntartók is a jegyzői GSZV-vel kapcsolatban vetnek fel kritikai észrevételeket, megkérdőjelelik, hogy arányos-e a kapott érték a befektetéssel:
 - a) a területek nagy részén gyakorlatilag ugyanazok látogatnak és végzik az értékelő lapok kitöltését, akik korábban is csinálták az előgondozást, az ORSZI- szakértők csak az adminisztrációban vesznek részt,
 - b) gyakorlatilag alig akad olyan személy, akit a jogosultság megállapításánál kiszűrnének (1%).

A kritikák mellett pártoló vélemények is megfogalmazódtak. A jegyzők a GSZV pozitívumaként említették egyes területeken, hogy a gondozást végző szakemberek konzultációs lehetőséget kaptak a GSZV-bizottságok bevonásával.

„Rendszeresebbé vált a GSZV bevezetésével a munkánk. A bizottsági megbeszélés konzultációs lehetőséget ad, szűrésre alkalmas.”(városi jegyző)

*„A fenntartó oldaláról negatívumként fogalmazódott meg, hogy hiányoznak a konzultációk a szakmai szervezetekkel, a szakmával. Az idős bentlakásos intézmények szakembereinek nincs megfelelő szakmai érdekképviselője.”*³² (idősellátási szakértő)

Összefoglalás – Hogyan érinti a GSZV bevezetése az idősellátási szolgáltató rendszer egyes szereplőit?

Az alábbiakban a kutatás tapasztalatai nyomán vázlatosan összefoglaljuk a gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének az idősellátás szolgáltató rendszerére tett pozitív és negatív hatásait. Az összefoglaló egyúttal az érdekcsoportokat is kijelöli.

Ellátottak

Pozitívum:

- a legnehezebb helyzetűek bekerülnek egy olyan intézménybe, amely még mindig jobb minőségű szolgáltatást nyújt, mint az egészségügyi intézmények ápolási osztályai („elfekvők”).

Negatívum:

- Úgy tűnik, hogy nem, vagy nem jelentősen csökken a várakozók száma.
- A HSG nem tud megfelelő mennyiségű szolgáltatást nyújtani azoknak, akiknek esetében négy órán túli gondozási szükségletet állapított meg a GSZV bizottság.
- A szolgáltató intézmények munkatársaira nehezedő nagymértékű gondozási teher és a forráshiány miatt a szolgáltatás minősége romolhat.
- A térítési díjak a bentlakásos idősellátás szolgáltatásainak esetében növekedtek.

A HSG vonatkozásában egyes szolgáltatók (a jobb helyzetű fenntartók területén) ingyenesen szolgáltatnak, a szolgáltatók egy része vizsgálja a jövedelmi helyzetet, és annak alapján állapítja meg a térítési díjat, míg mások egyöntetűen (magas) óradíjat állapítanak meg a szolgáltatásokért.

Bentlakásos idősellátás szolgáltatói

Állami szolgáltatók

Pozitívum:

- A GSZV kiszűrheti azokat, akik speciális szükségleteik (alkohol- és/vagy mentális betegség) miatt speciális szolgáltatásokra szorulnak.

Negatívum:

- Az idősellátásban dolgozók korábbi, az ellátás finanszírozásának megváltoztatására irányuló szakmai javaslatait (HGCS) nem vették figyelembe a rendelet megalkotása és végrehajtása során.
- Nincs differenciált finanszírozás az ellátottak eltérő gondozási, ápolási szükséglete szerint (kivéve a demens ellátottakat).
- Csökkent az intézményvezetők képessége arra, hogy szabályozzák a beáramlást, és ezzel egyensúlyt teremtsenek az intézményi kapacitás és a feladatokból fakadó teher között.
- Az elsősorban egészségügyi állapotuk miatt bekerülők nagy száma miatt a forrás- és kapacitáshiányos intézményekben romlik a szolgáltatás minősége, megváltozik az intézmények imázsa, és növekszik a szakemberhiány.

Nem állami szolgáltatók

Pozitívum: a négy órán túli gondozási szükségletet jelző GSZV-eredmény legitimálja az állami normatíva iránti igényüket. Ezzel részben ellensúlyozhatják a korábbi, számukra hátrányos intézkedések miatti veszteségeiket, stabilizálhatják szolgáltatásaikat.

Házi segítségnyújtás szolgáltatói

Állami szolgáltatók

Pozitívum:

- A GSZV-vel olyan eszközt kaptak, amellyel növelhetik a szolgáltatási területüket (térségi integráció útján is).
- A szakértői munkáért megfelelő díjazásban részesülnek a szakértők.

Negatívum:

- Túlterhelődnek egyrészt adminisztratív teendőkkel, másrészt a szükségleteknek való megfelelés miatti túlmunkával.

Nem állami szolgáltatók

Pozitívum:

- A GSZV-vel legitimálják a működésüket és az állami normatíva iránti igényüket.

A szakminisztérium döntéshozói

Pozitívum:

- A bentlakásos idősellátás szolgáltatásainak célzottsága javult.
- A térítési díjak megállapításának szabályai lehetővé teszik a felhasználók, családjaik, illetve az (tehetősebb) önkormányzatok forrásainak nagyobb mértékű bevonását a házi segítségnyújtás szolgáltatás finanszírozásába. A térítési díjak általános emelkedése az idősothonokban (miközben a bentlakásos idősellátás normatívája tovább csökkent 2009-ben) azt mutatja, hogy ez esetben is sikeres a finanszírozó költségsökkentési és forrásbevonási törekvése. Így képes eleget tenni annak az elvárásnak, hogy a

szolgáltatási rendszer fenntartási költségeit csökkentse, vagy legalábbis megakadályozza azok emelkedését. (Ebben az emeltszintű idősothonok finanszírozásának megszüntetése is közrejátszott.)

Negatívum

- A valós állapotok felszínre kerültek, és ezért szembe kell néznie a döntéshozóknak azzal, hogy a költségek csökkentésének lehetősége korlátozott, mivel annak határt szab az ellátási kötelezettség és a túlterhelt szolgáltatásokban az ellátás minőségének romlása, ami tömegkommunikációs, politikai és szakmai vihart kavart. (Bár látva az egészségügygel kapcsolatos viharokat, és azok teljes eredménytelenségét, ez nem olyan nagy probléma.)
- A szakminisztérium megfelelő főosztálya is túlterhelődik, mert a rendelettel kapcsolatos érdeklődések folyamatosan keresztüzében áll. (A jelenlegi probléma az ORSZI jegyzői GSZV-vel kapcsolatos költségvetésének elfogyása. De ezzel párhuzamosan más ügyek is megjelentek: a nem állami szolgáltatók az egyházi normatíva elnyerése érdekében kapcsolatot keresnek egyházakkal, vagy maguk alapítanak egyházat, megjelentek feketepiaci szolgáltatók a bentlakásos idősellátás területén, magán házi segítségnyújtó szolgáltatások gyűjtöttek fogyasztókat.)

Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet

Pozitívum:

- Az intézmény szociális feladatellátása felépült, működési köre kibővült.

Negatívum:

- Az ORSZI is az érdeklődések keresztüzébe került, és bűnbakká vált.

Javaslatok az idősellátás rendszerének javítására

Az interjúk során elhangzott javaslatok

Nyilvánvalóan az idősellátás egész rendszerének átgondolására és átalakítására volna szükség, erre azonban jelenleg nem látunk esélyt. Itt néhány olyan javaslatot említünk, amelyeket szakértőktől hallottunk a kutatás során, és amelyeknek bevezetése mélyrehatóbb reform nélkül is nagy valószínűséggel némiképp javíthatná az idősellátási szolgáltató rendszer helyzetét.

- Az egészségügyi és szociális ellátások integrációja a győri jó gyakorlat mintájára³³
- Az idősellátásban nyújtott egészségügyi ellátáshoz OEP-támogatás biztosítása
- A normatíva differenciáltságának növelése (tehát növekvő gondozási, ápolási szükséglet - növekvő normatíva), azaz visszatérés a HGCS-modellhez
- Az informális segítőtábor támogatása a tiszteletdíjas gondozók számkorlátozásának megszüntetésével (a szolgáltatás fejlesztésének legolcsóbb módja)
- Egységes adminisztrációs rendszer létrehozása TAJ-szám alapján, mint az egészségügyi rendszerben (a TÁMOP 5.4.1-ben létrejön a lehetősége!), ami átláthatóbbá tenné a szolgáltató rendszert

- A szociális szolgáltatások feketepiacának kifehéritése szolgáltatási utalványok bevezetésével
- Az eszményment szolgáltatás létrehozásával elősegíteni a szociális szolgáltatások különböző szereplőinek integrált működését

Saját javaslatunk

Véleményünk szerint a GSZV alapkonceptiója hibás. Szerintünk az idősellátás valamennyi igénylőjére vonatkozóan egységes szükségletfeltárást kellene bevezetni, aminek a fő kérdése, *hogy milyen szolgáltatási csomaggal lehetne biztosítani azt, hogy az idős ember biztonságban otthonában maradjon.*

Az igénylő környezetének átalakítására kínálkozó lehetőségek például:

- gyógyászati segédeszközök, szakápolás, a gyógykezelés támogatása (például a hozzátartozók betanításával, tanácsadással)
- életminőséget javító szolgáltatások elérhetővé tétele (gyógytorna, nappali ellátás, mentálhigiénés tanácsadás, fodrász, pedikűr, szállító szolgálat stb.)
- kismértékű lakásátalakítás (esetleg közmunkával)
- átmeneti rehabilitációs célzatú bentlakásos elhelyezés
- jelzőrendszerbe való bekapcsolás
- házi segítségnyújtás
- informális segítők mozgósítása és támogatása (tiszteletdíj vagy szolgáltatási utalvány, önkéntesek alkalmazása)
- családtagok gondozási terheinek csökkentése átvállalt szolgáltatásokkal, átmeneti elhelyezéssel

A szükségletfeltárást szem előtt tartva a jegyzői GSZV-t oly módon kellene átalakítani, hogy egyfajta eszményment tevékenységet indítson el. Természetesen ez után az eszményment tevékenységet hozzáértőknek kellene ellátniuk.

¹Jegyzetek

Az 1993. évi III. törvény 63. § (4)–(9) bekezdése a 2007. évi CXXI. törvény 26. §-ának megfelelően megállapított, illetve beiktatott szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01. A szociális törvény (Szt.): az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2007. évi CXXI. törvénnyel (Magyar Közlöny 149. sz.) módosított, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi törvény a házi segítségnyújtásra vonatkozó szabályokat több ponton változtatta meg. Ld. Szt. 63. §. (4)–(9) bekezdéseit.

²

340/2007. (XII. 15.) Kormányrendelet 2. § (2) bekezdése.

³

Az 1993. évi III. törvény 63. § (4)–(5) bekezdése a 2007. évi CXXI. törvény 26. § (1) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01. és a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM-rendelet 4. § (5) bekezdése a 37/2007.(XII.22.) SZMM rendelet 14. § (2) bekezdésének megfelelően megállapított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01.

⁴

Az 1993. évi III. törvény 63. § (6)–(9) bekezdését a 2007. évi CXXI. törvény 26. § (2) bekezdése iktatta be. Hatályos: 2008. 01. 01.

⁵

Az 1993. évi III. törvény 119/C. §-át a 2007. évi CXXI. törvény 54. §-a iktatta be. Hatályos: 2008. 01. 01.

⁶

Az 1993. évi III. törvény 68/A §-át a 2007. évi CXXI. törvény 31. § (2) bekezdése iktatta be. Hatályos: 2008. 01. 01. és a 213/2007. (VIII. 7.) Kormányrendelet 8-9. §-a

⁷

Az 1993. évi III. törvény 68/A. §-át a 2007. évi CXXI. törvény 31. § (2) bekezdése iktatta be. Hatályos: 2008. 01. 01. és a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. §-a.

⁸

Az 1993. évi III. törvény 119/C. §-át és a megelőző IV. címet a 2007. évi CXXI. törvény 54. §-a iktatta be. Hatályos: 2008. 01. 01

⁹

Az Állami Számvevőszék „Jelentés a helyi önkormányzatok tartós szociális ellátási feladatainak ellenőrzéséről az idősek otthonainál” című, 2003-ban kibocsátott jelentésében többek között vizsgálta a tartós szociális intézményi ellátás helyzetét, az intézmények működését, az ellátottság jellemzőit, illetve a feladatellátás finanszírozását. 38 idősotthont vontak be a vizsgálati körbe, továbbá vizsgálták a módszertanok tevékenységét. Kitértek arra is, hogy a fenntartók szerint milyen az ellátottak önálló képessége. Az ÁSZ szerint az ellátottak 30%-áról mondták a fenntartók, hogy teljesen önállóak, 28%-uk állandó segítségre szorul, 40%-uk részben igényel segítséget. Ez utóbbi csoport tagjaival kapcsolatban feltételezhető, hogy a házi segítségnyújtás igénybevételével otthonukban maradhatnak, ha lenne a lakóhelyükön megfelelő szolgáltatás. Míg nyilvánvalóan az első csoportba tartozóknak állapotukból adódóan nincs szükségük az ellátásra. (Azt azonban meg kell jegyeznünk, hogy az első csoport esetében is a nagyon kedvezőtlen szociálishelyzet-indikációja lehet az idősotthoni elhelyezésnek, hiszen a magányos, rossz lakhatási körülmények között élő, elhanyagolt idős emberek egy része megfelelő körülmények között képes lehet az önálló ellátásra, illetve a jó gondozás eredményeképpen rehabilitálódhat is, azaz helyreállhat az önálló ellátási képessége.)

[http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/C68A9A8C05463294C1256D4F002A8C22/\\$File/0317J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/C68A9A8C05463294C1256D4F002A8C22/$File/0317J000.pdf)

¹⁰ [2007. évi CLXIX. törvény](#) a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetéséről.

¹¹

A vizsgálatok tárgyát képező négy földrajzi terület: Északnyugat-Magyarország: Győr, Csornai kistérség; Délnyugat-Magyarország: Kaposvár, Kadarkúti kistérség; Északkelet-Magyarország: Miskolc, Encsi kistérség.; Délkelet-Magyarország: Szeged, Mórahalom.

¹²

Az SZMI korábbi, Mélyszegény családok és szociális szolgáltatások a hátrányos helyzetű kistérségekben c. kutatás tapasztalatai szerint.

¹³ <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2008.pdf> 30-31 o., megjelenés dátuma: 2009. 06. 09.

¹⁴ 1/200 (I.7.) SZCSM-rendelet 27. § (3) bekezdése a 2/2006.(IV.14.) ICSSZEM rendelet 18.§ (1) bekezdésének megfelelően módosított szöveg.

¹⁵ Szociális Innováció Alapítvány: (2009): A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősothoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 150.o.

¹⁶ U. o. 249. o.

¹⁷

U. o. 80. o.

¹⁸ SZMI GSZV kutatócsoport (2009), fenntartói interjúk.

¹⁹

Szociális Innováció Alapítvány (az SZMI megrendelése alapján), (2009): id. mű 151. o.

²⁰ U. o. 23. o.

²¹

U. o. 85. o.

²²

U. o. 209. o.

²³

SZMI GSZV kutatócsoport (2009), fenntartói interjúk.

²⁴

U. o.

²⁵

U. o.

²⁶

U. o.

²⁷

Össességében elmondható: ahány ház(i segítségnyújtás), annyi szokás (térítésidj-számolási gyakorlat). 0-tól 1173 Ft-ig terjed a vizsgált kistérségekben a gondozási óradíj. A különböző díjkategóriák, a díjak differenciálása ill. kiszámítási módja is igen változatos. A törvényi változásokat sem veszik figyelembe minden településen. Az önkormányzati kiegészítési gyakorlat is területenként, településenként eltérő.

²⁸ Szociális Innováció Alapítvány: (2009): id. mű 207.o.

²⁹ U. o. 278.o

³⁰

U. o. 207. o.

³¹ U. o. 280. o.

³²

SZMI GSZV kutatócsoport (2009), fenntartói interjúk.

³³

Lásd: Szociális Innováció Alapítvány (2009): id. mű 55. o.