

PATYÁN LÁSZLÓ

## Gondozáspolitikai alulnézetben

Reflexiók Krémer Balázs „Idős? Gondozás? Miről beszélünk?”  
című írásához

A szerző „nagy kavicsot dobott a vízbe” az idősgondozás célzásának és tartalmi dimenzióinak elemzése kapcsán. Valóban, az időskorúakkal kapcsolatos gondozási politikák, a szolgáltatások milyensége, fenntarthatósága szinte folyamatosan napirenden van az Európai Unióban, valamint hazánkban is, mégis azt lehet érezni, mintha a rendszer lassan mozdulna a kihívások irányába. A tanulmány, amelyhez kommentárt fűzök, a témát igen sok dimenzió mentén közelíti meg, néhol a téma átfogó szakpolitikai aspektusait, másutt annak a rendszerre való kivetüléseit helyezi a középpontba. A szerző logikájától némiképp eltérve, de az általa felvetett kérdésekre reflektálva emelek ki néhány olyan dimenziót, amelynek hangsúlyozását, vagy éppen más megközelítésbe helyezését fontosnak érzem.

### 1. Ellátási szükségletek meghatározásának kérdése

Az időskorúak személyes gondozására kialakított szolgáltatási modellek egyik legfontosabb kérdése, hogy meg lehet-e jósolni azt a sokaságot, amelynek ellátására az adott nemzetállamban intézményes válaszokról gondoskodnak. A szükségletek körülhatárolása, valamint a rendelkezésre álló erőforrások dinamikájában alakulnak ki azok a szakmapolitikai stratégiák, amelyek a gondozási modelleket formálják. A hazai gondozási gyakorlat egyik alapproblémája, hogy nem, vagy csak szűk körben határoz meg deklarált szükségleteket, így nehéz megbecsülni azt a sokaságot, amelynek tagjai valamilyen gondozást igényelnek. A gondozási szükséglet-vizsgálat 2008. évi bevezetése óta<sup>1</sup> a személyes gondoskodást nyújtó ellátások közül az idősek otthona és a házi segítségnyújtás esetén gondozási szükségletet kell mérni – ez a szolgáltatáshoz való hozzáférés egyik kritériuma. A vizsgálat azonban nem *jogot* – tehát bizonyos kockázatok fennállása és igazolása esetén normatív alapon járó szolgáltatásokat és garanciákat –, hanem bizonyos szolgáltatások potenciális igénybevételére *jogosultságot* biztosít. Azokban az országokban, ahol az elismert gondozási szükséglet deklarálásával a nem intézményes gondozásra is jogosultságot szerezhet valaki, vélhetően pontosabban, vagy legalábbis szélesebb körben lehet megbecsülni a szükséglet szenvedők körét.

A statisztikai, demográfiai becsléseken alapuló módszerek, amelye-

<sup>1</sup> A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának szabályairól szóló 36/2007 (XII. 22.) SZMM rendelet (a továbbiakban: R.).

ket a tanulmány is alkalmaz, egyfajta megközelítést adják a célcsoport meghatározásának, az egészségben töltött életévek és a halál előtti egy év változóit figyelembe véve. E becslés szerint a hazai bentlakásos elhelyezést nyújtó ellátások iránti igények közelítenek a működő férőhelyek számához. A kapacitás és a szükségletbecslés közelsége azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy a hazai gondozási rendszer azoknak és olyan támogatásokat nyújt, amilyenre valójában szükség lenne. Sokkal inkább feltételezhető, hogy a pénzügyi keretek határozzák meg, hogy az idősek hányan és milyen szolgáltatásokban részesülnek, vagyis hogy az ellátást igénylők kitöltik-e a rendelkezésükre álló intézményi kapacitásokat, teret.<sup>2</sup>

## **2. A hozzáférés jellemzői**

### *2.1. Az ellátórendszer öröklött, szerzett jellemzői, problémái*

Azt, hogy pontosan kinek és milyen szolgáltatásokat nyújt a jelenlegi rendszer, számos okból nehéz vizsgálni. Az egyik ok az, hogy a szolgáltatások célcsoportjának definíciója szerint azokat nemcsak időskorúak vehetik igénybe,<sup>3</sup> emellett a szolgáltatás profilját számos jogszabály-módosítás alakította, változtatta,<sup>4</sup> sok esetben egymásnak ellentmondó szabályozást generálva. A gondozási szükségletvizsgálat bürokratikus és néhol életszerűtlen szabályozását a szolgáltatók igyekeznek szétfeszíteni, és megfelelni az ellátási területen tapasztalt helyi igényeknek, igénybevevői elvárásoknak, fenntartói prioritásoknak. Valójában azt lehet érzékelni, hogy az ún. bentlakást nyújtó rendszert számos okból igénylik, igényelhetik az idősek, és ezek közül nem minden elem került be a gondozási szükségletek közé indikátorként. A rendszer a jelen valójában uniformizált, sokféle problémájára igyekszik egységes válaszokat adni. Számos ország szolgáltatási gyakorlatában léteznek a jelen rendszernek sokkal kifinomultabb, eltérő szükségletekre összpontosító változatai,<sup>5</sup> ahol a függetlenség megőrzését és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztonságát pl. nyugdíjasházakban, a folyamatos gondozást igénylők ellátását ápolási otthonokban (nursing home) biztosítják. A hazai bentlakásos

<sup>2</sup> Ezt igazolja az a tény, miszerint a gondozási szükséglet bevezetését követően a szolgáltatók több alkalommal is kezdeményezték, hogy gondozási szükséglet nélkül is lehessen felvenni időskorút a bentlakásos intézményekbe, mivel a szükségletfelmérés kritériumrendszerét túl szigorúnak ítélték meg.

<sup>3</sup> A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. (továbbiakban Szt.) 68. §. (2) szerint idősek otthonában elhelyezhető az a 18. életévét betöltött személy is, akinek gondozási szükségletét megállapították és más intézményi elhelyezésére nincsen mód.

<sup>4</sup> Szt. 68. § (3) a pszichiátriai és szenvedélybetegség más ellátási formába utalásáról szól. Az (5) bekezdés szerint az időskorú hozzátartozója elhelyezhető akkor is, ha a gondozási szükséglet nem határozható meg. A törvény 68/B. § (1) bekezdése tovább lazítja a bekerülési feltételeket, mely szerint az engedélyezett férőhelyszám 15%-ig gondozási szükségletvizsgálat nélkül is felvehető az időskorú, ha megfizeti az intézményi térítési díj összegét.

<sup>5</sup> Dögei Ilona – Kostyál L. Árpád – Udvari Andrea (2011): Idősellátás és gondozási szükséglet-vizsgálat néhány európai országban I – II. Kapocs 10. 1. és 10. 3. sz.

ellátás alternatívájaként felmerülő házi segítségnyújtás finanszírozásában ma már legendává vált kapacitás-szabályozási problémák (egy gondozó által nyolc fő maximum négyórás gondozási szükségletű időszerű ellátása naponta) pedig kiszoríthatják, vagy nem megfelelő ellátásba kényseríthetik az otthonközeli gondozást igénylőt.

## 2.2. Finanszírozás

A szolgáltatások finanszírozása szintén befolyásolta a szolgáltatás igénybevételenek lehetőségét. Sajnos nem állnak rendelkezésre kutatási adatok annak vizsgálatára, hogy az ellátást igénybevevők közül hányan képesek megfizetni az intézményi térítési díjat és hányan rendelkeznek mindössze minimálnyugdíjjal, de a szolgáltatás költségeinek folyamatos emelkedése (pl. energiaárak), a normatív támogatás 2013-ig tartó folyamatos csökkenése erősen presszionálta a szolgáltatókat arra, hogy a kieső költségeket a lehetséges egyéb forrásokból teremtsék elő. E források egyike a fenntartói támogatás, amely az egyházi fenntartók kivételével nem tudott hatékonyan segíteni a problémán, mellette pedig a térítési díj. Ennek emelésével, illetve a magasabb hozzájárulást fizetni képes gondozottak előnybe helyezésével volt lehetséges a kieső költségeket finanszírozni.<sup>6</sup> A finanszírozási gyakorlat eredményeként az ellátási kötelezettséggel bíró megyei önkormányzatok és megyei jogú városok, valamint az ellátási területüket saját maguk számára deklaráló civil és egyházi fenntartók között komoly eltérések alakultak ki a működési feltételek tekintetében. A települési önkormányzatok a fenntartási kényszer hatására sok szolgáltatást egyházi fenntartásba adtak<sup>7</sup>, a megyei intézményeket az állam centralizációs törekvései eredményeképp központi irányítás alá vonták, és ezzel egy időben részben megváltozott a korábban alkalmazott rossz finanszírozási logika is. Az egyházi fenntartású szolgáltatók az alapszolgáltatásokat (étkeztetés, házi segítségnyújtás) sok helyen térítésmentesen biztosítják az igénybevevőknek, tekintettel arra, hogy ilyen kiegészítő állami támogatások mellett még így is fenntartható a szolgáltatás.

A bentlakásos ellátás költségeinek vizsgálata során megnéztük e szolgáltatások intézményi térítési díjainak mértékét.<sup>8</sup> Ez a viszonyszám fenntartónként eltéréseket mutathat, és nagyságát meghatározza az intézményi gazdálkodás, az intézmény nagysága, modernsége (korszerű fűtés, hőszigetelés), valamint a szolgáltatások jellege is. A világhálón hivatalosan közzétett térítési díjak túlnyomó többsége önkormányzat, vagy önkormányzati intézményfenntartó társulás által került elfogadásra. Néhány kirívó esettől eltekintve 70 E Ft és 90 E Ft között határozták meg

<sup>6</sup> Az Állami Számvevőszék 0820. sz. jelentése szerint 2003 és 2007 között a bentlakásos ellátásban 11,2 százalékkal csökkent a normatív támogatás, miközben 15,4 százalékkal nőtt a férőhelyszám. A napi térítési díj 26,7 százalékkal emelkedett, miközben a tartós ápolást nyújtó ellátás 21,9 százalékkal, s így is 40 százalékkal volt a szociális szolgáltatás költséghatékonyabb, mint a hasonló profilú egészségügyi szolgáltatás. Forrás: [www.asz.hu/jelentesek](http://www.asz.hu/jelentesek)

<sup>7</sup> Ellátási szerződést kötöttek egyházi fenntartóval a szolgáltatás működtetésére.

<sup>8</sup> Az ellátás egy főre eső éves költsége mínusz az egy főre eső állami támogatás mértéke.

ezt az értéket a 2013. évre. Ennek átlagát véve, 80 E Ft-tal számolva a jelenlegi szabályok alapján legalább 100 E Ft nyugdíjjal kell rendelkeznie az idősnek vagy tartást vállaló hozzátartozójának ahhoz, hogy a fenntartónak ne kelljen kiegészítenie a gondozás költségeit. 2012-ben az átlagnyugdíj összege Magyarországon 99 000 Ft volt, amely régióként nagy eltéréseket mutat, a nyugdíjminimum 28 500 Ft.<sup>9</sup> Egy nyugdíjminimumon élő időskorú bentlakásos gondozása – ha nincsen más vagyona, illetve tartásra kötelezhető hozzátartozója – a fenntartónak 57 200 Ft költségébe kerül havonta, amit fenntartói támogatásból teremthet elő, mivel az intézményi térítési díjnál magasabb összeget (elvileg) nem tud elkérni más ellátottól sem.

### 3. Gondozási szükségletvizsgálat

A gondozási szükségletvizsgálat 2008-as bevezetése és az azt követő szolgáltatói elégedetlenség előre jelezte, hogy az igénylők körének külső szempontok szerinti szűkítése nemcsak adminisztrációs, de fenntartási, működési problémákat is generálhat. A bentlakásos ellátás iránti komoly érdeklődést, igényt bizonyosan meghatározza az egyéb választható alternatívák szűkössége, illetve hiánya (átválthatóság – Krémer). A szociális ellátás szabályozását érintő reformok kivétel nélkül foglalkoztak a magas fajlagos költséggel működtethető és szűk ellátotti kört befogadni képes, bentlakásos ellátás mellett fejleszthető alapszolgáltatások és az informális gondozási formák preferálásával. Apróbb sikereket inkább az előbbi területeken lehetett abszolválni. A gondozási szükséglet bevezetésével összhangban folyamatosan emelkedett az alapszolgáltatásokat biztosító, jellemzően egyházi fenntartású szolgáltatók száma és az ellátási kapacitásokban is némi emelkedés mutatkozott. A tendenciákat az állam szabályozni kívánta az ún. „kvázi egyházak”<sup>10</sup> kiszorításával, valamint azzal, hogy az új szolgáltatók befogadását önkormányzati testületi határozathoz kötötte.

A gondozási szükséglet bevezetésének valódi oka az volt, hogy szociális rászorultság alapján azok számára biztosítsa a szolgáltatáshoz való hozzájutást, akik piaci alapon nem képesek azt saját maguknak megvásárolni.<sup>11</sup> A rendelet a vizsgálati kritériumok között mégis kis súllyal jelezte meg a szociális indikátorokat, ehelyett a nemzetközi gyakorlatban elfogadott módon az önellátás akadályozottsága jelent meg meghatározó elemként<sup>12</sup>.

Gyakorlati példával szemléltetve: ha egy 68 éves időskorú egyedül él, a legmagasabb szintű felügyeletet igényli, és az említett szociális kritéri-

<sup>9</sup> www.ksh.hu

<sup>10</sup> Egyházi szerveztként bejelentkezett fenntartók, amelyek vélhetően az egyházak kiegészítő állami támogatása (2012 januárjában 92,7%) okán vállalták e működési formát.

<sup>11</sup> Dr. Kozma Judit – Dögei Ilona – Kostyál L. Árpád – Udvari Andrea – Vajda Norbert: A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének előzményei és hatásai (2009): Kapocs VIII. 4. sz.

<sup>12</sup> R. 3. sz. melléklet.

umok közül mindegyikre a legmagasabb pontot kapja (tehát hajléktalansággal veszélyeztetett vagy abúzus áldozata, a támogatások nem biztosítják a megélhetését, éheznek, és nincs aki segítse a lakókörnyezetében), akkor az adatlap logikáját követve 20 pontot szerez, amely egy óra gondozási szükségletre jogosítja fel.

A hosszú tartamú gondozásra való jogosultság és a szociális rászorultság ilyen jellegű keveredése mindenképp előnytelen, a szegénységben élő idősök hátrányos megkülönböztetéséhez, ellátásból való kiszorulásához vezethet. Előnyös lehetne a „long term” szolgáltatás költségeinek meghatározása és annak kidolgozása, hogy szociális rászorultság esetén a költségek kiegészítése kinek a feladata. A jó nemzetközi gyakorlatok ellenére azonban hazánkban erre eddig nem került sor.

### 3.1. A gondozási szükségletvizsgálat hatásai

A vizsgálat bevezetésének egyértelmű következménye volt az otthonközeli ellátások túlterhelése, a gondozottak átlagéletkorának növekedése, valamint a bentlakást nyújtó szolgáltatások szakmai profiljának gyors elmozdulása az ápolás-gondozás irányába, amit a szolgáltatók és maguk az időskorúak is tapasztaltak.<sup>13</sup> Az ellátás profiljának változása folytán másfajta szakmai feladatok kerültek túlsúlyba, és más személy-, eszköz- és költségigénye van a szolgáltatásnak is. A fent említett torzító hatások mellett is igen sok faktor határozza meg, hogy kik, hol, milyen feltételek mellett kapnak „long term care” szolgáltatásokat. A gondozási szükséglet megállapításán túl (amelyet sok szolgáltató szervezési, finanszírozási okból házi segítségnyújtás esetében 1 órára igyekszik beállítani) meghatározza a szolgáltatások helyi elérhetősége, a fenntartó(k) típusa és szolgáltatási stratégiája stb., bentlakásos ellátások esetében a jövedelmi viszonyok, gondozási díjat fizetni képes hozzátartozó, az ellátási kötelezettség megléte stb. Ezt az eklektikus képet nehéz statisztikai eszközökkel leírni.

A szociális rászorultság mérlegelésének módja a gondozási szükségletvizsgálat során, valamint a térítési díjak számítása és mértéke a fentiek szerint valóban erősítheti a bentlakásos ellátásból való kirekesztődést. További problémát okozhat az idősothtoni ellátást igénylő, de oda bekerülni nem tudó (várólistán veszteglő vagy elutasított) idősök helyzetének megoldatlansága. A hosszú várólisták problémáját az ÁSZ-vizsgálat is kiemelte. Az elutasított igénylők esetében az Szt. szerint az idősök otthona vezetése jelezheti a területileg illetékes alapszolgáltatónak a problémát, és így alapellátásba kerülhet az időskorú.

Krémer Balázs felvetése, miszerint a szegény, özvegy, egyedül élő nők ellátására szerveződik a „long term” ellátórendszer, megítélésem szerint tehát csak részben igaz. Az idősök otthonai nem rendelkeznek olyan szabályozókkal, amelyek a szociális rászorultság és alacsony jövedelem kockázatait képesek lennének kompenzálni, éppen ellenkezőleg.

<sup>13</sup> Dr. Kozma Judit – Dögei Ilona – Kostyál L. Árpád – Udvari Andrea – Vajda Norbert: A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének előzményei és hatásai (2009): Kapocs VIII. 4. sz.

Az otthonközeli szolgáltatások alacsonyabb hozzájárulási díjai, illetve az a tény, hogy egyes szolgáltatásokat nagy arányban vehetnek igénybe térítésmentesen is a felhasználók,<sup>14</sup> segítheti az alacsonyabb jövedelműeket az alapszolgáltatások hozzáféréseben.

#### 4. Informális gondozás

A hosszú tartamú gondozás egyik fontos elemeként tartja számon a nemzetközi szakma az ún. informális gondozás előtérbe helyezését. A nem intézményi ellátáson alapuló gondozási modellekben ennek az ellátásnak történelmi hagyományai vannak, a szakmai tevékenységek fókuszába – az idősek önrendelkezése, érdekei és/vagy finanszírozási megfontolások alapján is – az otthon nyújtott megfelelő gondozás kerül. A család (vagy a helyi közösség) gondozást nyújtó szerepe segíti az időskorút az otthoni ellátásban, függetlensége megőrzésében, és abban, hogy megőrizhesse a közösségi kapcsolatait. A család idősgondozással kapcsolatos felelősségét Magyarország Alaptörvénye is meghatározza,<sup>15</sup> de már az alsóbb rendű szabályokban<sup>16</sup> vagy szakmapolitikai stratégiákban nincsenek ott azok a társadalompolitikai eszközök (foglalkoztatás, támogató és információs szolgáltatások), amelyek az informális gondozás erősítését szolgálják. Sőt, a szakmai stratégiák kudarca mellett azok a jövedelempótló, kiegészítő rendszerek sem rendelkeznek kellő ösztönző funkcióval, amelyek a gondozást végzők támogatását szolgálják.<sup>17</sup>

Hazánkban a közeli hozzátartozó alanyi jogon ápolási díjra jogosult, ha súlyosan fogyatékos, vagy 18 év alatti tartósan beteg hozzátartozóját gondozza.<sup>18</sup> Ápolási díjat méltányossági alapon is oda lehet ítélni. Az idősek gondozásában gyakoribb, hogy méltányossági alapon állapítják meg a szülő vagy a házastárs gondozásának támogatását.

Az interneten közzétett adatok szerint 160–200 E Ft körül határozható meg az idősek otthona egy főre jutó önköltségének mértéke, azaz egy időskorú ellátására havonta ennyi összegre van szükség.<sup>19</sup> Ezzel szemben

<sup>14</sup> 2009-ben az összes házi segítségnyújtást igénybe vevő 46 százaléka nem fizetett személyi térítési díjat. Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv, KSH Budapest 2009.

Az önkormányzati, vagy azzal szolgáltatási szerződésben lévő szolgáltatók a helyi rendeletben kedvezményeket állapíthatnak meg jövedelmi helyzet és szociális rászorultság szerint. A házi segítségnyújtás díja nem haladhatja meg az ellátott jövedelmének 25 százalékát, étkeztetés és házi segítségnyújtás együttes igénybevétele esetén a 30 százalékát.

<sup>15</sup> Magyarország Alaptörvénye XVI. cikk (4).

<sup>16</sup> Kivéve az idősek otthona ellátást, ahol a térítési díj megállapításakor figyelembe lehet venni a tartásra kötelezhető hozzátartozó jövedelmét is bizonyos szabályok mentén.

<sup>17</sup> Bár az elmúlt években az ágazati tárca többször is napirendre tette az ápolási díj emelésének, illetve az informális gondozást végzők felkészítésének, támogatásának kérdését. Lásd pl.: Emlékeztető az ágazati érdekegyeztető tanács 2007. május 8-i üléséről. [www.szmm.gov](http://www.szmm.gov)

<sup>18</sup> Szt. 40–44. §

<sup>19</sup> A szolgáltatás egy főre eső teljes költsége.

a méltányossági ápolási díj mértéke 2011-ben 23 200 Ft volt, amelyet 13 220-an igényeltek.<sup>20</sup>

Ez a díj a munkaerőpiacról való kivonulást és a hozzátartozó gondozását nem igazán ösztönzi. 2011-ben az összes igénylő 56 százaléka, a méltányossági alapon nyújtott támogatást igénylők 33 százaléka az alföldi és északi régiókból származott,<sup>21</sup> ahol az álláskeresők száma a legnagyobb.

A méltányossági alapon megítélhető ápolási díj jelen rendszerünkben a települési önkormányzat hatáskörébe tartozik, amit azonban pénzügyekben egyes települések teljesen megszüntettek.

A hozzátartozótól kapott, otthoni gondozással kapcsolatosan bizalmatlanság miatt a támogatott családi gondozás gondozottainak száma jóval elmarad a házi segítségnyújtás adataitól. De miből fakad ez a bizalmatlanság? Ennek egyik fontos eleme a *segély-ellátásokkal* kapcsolatos bizalom hiánya. A bentlakást nyújtó rendszer kirekesztheti az alacsony jövedelműeket, akik így informális gondozás választása esetén jogosultságot szerezhetnének a támogatásra, azonban minél inkább azonosul és címkéződik a célcsoport és problémája (szegénység) és maga a szolgáltatás (segély jellegű ellátás), annál komolyabb előítélet és bizalmatlanság övezi.

Az informális gondozás támogatásának *segélyként* és nem *voucherként* való meghatározása az idősek otthoni gondozását sajátos zsákutcába kényszeríti alacsony jövedelemkiegészítő funkcióval, megfelelő kiegészítő támogatások nélkül.<sup>22</sup>

A fentiekben felvetett problémákra a szakma régóta keresi a választ, s jószerivel azt lehet mondani, hogy legtöbbször már meg is találta azokat. A bentlakásos ellátás általános állami támogatása, melyet 2013-ig intézményi normatívának neveztek, nem segíti elő a feladatokhoz mért támogatások differenciálását, vagyis magasabb gondozási igényű ellátáshoz nem rendel többletfinanszírozást.<sup>23</sup> A feladat- és gondozásarányos támogatás differenciálása<sup>24</sup> helyett bizonyos célcsoportok és bizonyos szolgáltatók differenciált finanszírozása történt meg. Az előbbire jó példa a demenciával élők intézményeinek, részlegeinek magasabb állami támogatása, utóbbi esetben nyilván az egyházi fenntartók kiegészítő támogatására lehet gondolni. Nem került sor a házi segítségnyújtás tevékenységeinek differenciálására sem, így a gondozási szükséglettel rendelkező időskorúak ellátási igényei között komoly eltérések lehetnek. Az egészségügyi és a szociális feladatok közös finanszírozásának ügye is egy sokat emlegetett és halogatott kérdése e szektornak, amelyben eddig nem

<sup>20</sup> Szociális statisztikai évkönyv, Budapest 2012 82–83. o.

<sup>21</sup> Uo. 83. o.

<sup>22</sup> Szt. 43/A. § gyakorlatilag a gondozási szükséglet ADL szintjeit határozza meg, de az ellátás maga a szociális rászorultságtól függő ellátásokhoz tartozik, így itt is keveredik a gondozás és a szociális rászorultság szempontja.

<sup>23</sup> Lásd erről: Győri Péter – Mózer Péter: „Tékozló koldus a ruháját szaggatja”. Az önkormányzati szociális ellátórendszerek újraépítésének stratégiája c. munkáját. Forrás: [http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/gyori\\_peter\\_-\\_mozer\\_peter\\_-\\_tekozlokoldus.pdf](http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/gyori_peter_-_mozer_peter_-_tekozlokoldus.pdf)

<sup>24</sup> Lásd részletesen: Czibere Károly – dr. Egervári Ágnes – Pesti Györgyné – Skultéti József – Sümegi Endre: HGCS3 modellkísérlet projektbeszámoló 2011. <http://szocialisklaszter.hu>, illetve ez az elképzelés jelent meg a Nemzeti Szociálpolitikai Konceptió 2011–2020 tervezetében is (44–49. o.)

történt érdemi előrelépés. A szakmapolitikai reformok elgyengülésének és kioltódásának sokféle oka lehet.<sup>25</sup> Kereshető ez a hosszú távú szakmapolitikai stratégiák hiányában, a szektor gyengeségében vagy gyengítésében, aktuális szakmapolitikai ideológiák előtérbe kerülésében, illetve az érintettek szervezeteinek gyenge érdekképviseletében egyaránt.

## 5. Összegzésként

A társadalom öregedése és a jóléti kiadások szűkössége a gondozás elvi célcsoportjának és gyakorlati használói körének pontosabb ismeretét, valamint megfelelő szakmapolitikai stratégiák kialakítását sürgetik. Krémer Balázs azokra a demográfiai, statisztikai értelemben kitapintható jellemzőkre hívta fel a figyelmet, amelyek sok esetben nem kapnak elég reflektorfényt, mert elhomályosítják őket különböző finanszírozás-politikai, ágazatpolitikai érvek és érdekek. A szerző egy lehetséges megközelítést emeli ki e témának, és nem fukarkodik a kritikai hangvétellel sem.<sup>26</sup> A tanulmányt olyan vitaindítónak értékelem, amely régóta feszegetett kérdéseket közelít a felhasználók szemszögéből.

A tanulmány kapcsán felvetett kérdések, amelyek továbbgondolást igényelnek: a hosszú tartamú gondozás kockázatai, az alanyi jogon hozzájuk rendelt intézkedések sora, ezek differenciált finanszírozása, valamint az ezekhez való széles körű hozzáférés gyakorlati eszközeinek kidolgozása, ami tulajdonképp elvezethet a differenciált gondozás nemzetközi gyakorlata felé. Átgondolásra szorul az állami, piaci rendszerek szektorbeli szerepe, illetve szükséges lenne a finanszírozási és szabályozási gyakorlat megváltoztatása annak érdekében, hogy az ne hozza hátrányba, ne diszkriminálja szociális rászorultság esetén az állampolgárt.

A fentiek következtében át lehet gondolni az informális gondozást erősítő támogatási rendszer, illetve a gondozást kapó és gondozást végző számára nyújtható támogató szolgáltatások körét is.<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Győri Péter (2012): Elszabotált reformok. A tékozló koldus a ruháját szaggatja. Dialógus Mózser Péterrel. *Esély* 2. sz. 100–114., illetve Mózser Péter (2011): Szociálpolitika jövő időben *Esély* 6. sz. 3–34.

<sup>26</sup> A fogyatékos, pszichiátriai beteg, illetve szenvedélybeteg ellátás szegénygondozási gyökereinek újraeledését a halálzási mutatók alapján jósolni meglehetősen merészségnek tűnik, különösen az egyéni fejlesztés, gondozás, rehabilitáció időszakában, jóllehet eltérő módon, de e szolgáltatások is megszenvedték a normatív támogatások csökkenésének hátrányos hatásait, fenntartói elvonásokat, vagy meg nem ítélt támogatásokat.

Mértéktartóan kell közelíteni a hosszú távú gondozást nyújtó szolgáltatások szakember-igényéhez is. A szakemberek pontos számát és felkészültségét akkor lehet meghatározni, ha a gondozással kapcsolatos feladatokat le lehet határolni. Számos ország gyakorlata nyújt erre példát, illetve a HGCS-nek ez is lehetett volna az egyik kedvező következménye. A szektorban dolgozók sok tekintetben alulképzettek (pl. szocioterápiás foglalkozások vezetéséhez szükséges tudást kevés képzés nyújt ma célirányosan demenciával élők segítségével foglalkozó szakemberek számára).

<sup>27</sup> Pl. vegyes rendszerek, ahol a házi segítségnyújtás bizonyos szolgáltatásokat biztosít, míg a családi gondozásban látják el a 24 órás feladatokat. Egy ilyen rendszer – melynek költségei a felelősségvállalás arányában oszlanak meg – nagyobb garanciát biztosít(hat) az otthonában ellátott idős korúnak.

## Irodalom

- A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának szabályairól szóló 36/2007 (XII. 22.) SZMM rendelet
- A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993 évi III. tv.
- Az Állami Számvevőszék 0820. sz. jelentése. Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra és gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről 2008. július. [www.asz.hu/jelentesek](http://www.asz.hu/jelentesek)
- Magyarország Alaptörvénye
- Szociális Statisztikai Évkönyv 2009., 2012. Kiadja: KSH Budapest
- Czibere Károly – dr. Egervári Ágnes – Pesti Györgyné – Skultéti József – Sümegi Endre: HGCS3 modellkísérlet projektbeszámoló 2011. <http://szocialisklaszter.hu>
- Czibere Károly – Sziklai István – Mester Dániel – Dr. Vörös Gyula – Sidlovics Ferenc – Skultéti József – Beszterczey András (2011): Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció 2011–2020. Budapest
- Dögei Ilona – Kostyál L. Árpád – Udvari Andrea (2011): Idősellátás és gondozási szükséglet vizsgálat néhány európai országban I. Kapocs 10. 1. sz.
- Dögei Ilona – Kostyál L. Árpád – Udvari Andrea (2011): Idősellátás és gondozási szükséglet vizsgálat néhány európai országban II. Kapocs 10. 3. sz.
- Győri Péter (2012): Elszabotált reformok. A tékozló koldus a ruháját szaggatja. Dialógus Mózer Péterrel. Esély 2. sz. 100–114.
- Győri Péter – Mózer Péter: „Tékozló koldus a ruháját szaggatja”. Az önkormányzati szociális ellátórendszerek újraépítésének stratégiája. Forrás: <http://3sz.hu>.
- Kozma Judit – Dögei Ilona – Kostyál L. Árpád – Udvari Andrea – Vajda Norbert (2009): A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének előzményei és hatásai. Kapocs VIII. 4.sz.
- Krémer Balázs (2013): „Idős? Gondozás? Miről beszélünk?” Esély, 3. szám. 66–112. o.
- Mózer Péter (2011): Szociálpolitika jövő időben. Esély 6. sz. 3–34.