A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatáról és igazolásáról szóló jogszabályok bevezetésének hatásai a szociális ellátórendszerre

Gyorsjelentés

(Vitaanyag)

Budapest, 2009. július 6.

Kutatásvezető:
Dr. Kozma Judit
Főosztályvezető SZMI

A munkacsoport tagjai:
Dögei Ilona
Jelinekné dr. Vári Zsuzsa
Kostyál Árpád
Udvari Andrea

Tartalom

Vezetői összefoglaló 3
Bevezetés 6
A jogalkotók szándéka a gondozási szükségletvizsgálat bevezetésével 6
A megrendelő által megfogalmazott kérdések 12
A kutatás módszere 13
A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének és végrehajtásának jogi háttere és története 16
A jogi háttér bemutatása 16
A 36/2007. (XII.22.) SZMM számú, a gondozási szükséglet valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló rendelet előzményei és végrehatásának története 24
Általános problémák az idősellátás területén 33
Kihívások a keresleti oldalon 33
Kihívások a szolgáltatások kínálati oldalán 33
A szociális szolgáltató rendszer differenciálódása (jóléti-mix) 34
A szolgáltató rendszer belső arányai 40
A szolgáltató rendszer hiányai 43
Az egészségügyi és szociális szektor közti kapcsolat 44
A rendeletben kitűzött célok elérése, a rendelet hatása a szociális szolgáltatási szektor különböző szereplőire 45
Bentlakásos idősellátás 45
Házi segítségnyújtás 49
Összefoglalás: Hogyan érinti a GSZV bevezetése az idősellátási szolgáltató rendszer egyes szereplőit? 53
Ellátottak 53
Bentlakásos idősellátás szolgáltatói 53
Házi segítségnyújtás szolgáltatói 54
A szakminisztérium döntéshozói 54
Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet 54
Alternatívák 55
A jelenlegi akut probléma, a jegyzői GSZV költségvetési kerettúllépésének kezelése 55
Távlatibb megoldások 55
Saját javaslatunk 56
1. melléklet: Az interjúalanyok kiválasztási szempontjai 57
2. melléklet: A GSZV bevezetését követő tapasztalatok, problémák - az interjúk kérdéskörei 58
3. melléklet: A témával kapcsolatos jogszabályok 60
4. melléklet: Új szolgáltatók a házi segítségnyújtás területén 2009. 62
5. melléklet: A házi segítségnyújtás térítési díjának kiszámítása a vizsgált kistérségekben 65

Vezetői összefoglaló

A tanulmány a hazai idősgondozásban a gondozási szükséglet vizsgálat (GSZV) bevezetésével végbement változásokról, a szándékolt és a nem szándékolt hatásokról kíván minél pontosabb képet adni. Az elemzés során -, a Szociális és Munkaügyi Minisztériumból érkezett felkérésnek megfelelően - a házi segítségnyújtás (HSG), illetve a bentlakásos gondozási formák területét állítottuk a vizsgálat fókuszába.

A munka megkezdésekor a legfőbb nehézséget a területet jellemző általános információhiány okozta. Az érdekeltek különböző – mérésekkel nem megalapozott – adatokkal érveltek a GSZV körül kialakult vitában, ami fokozta a zavart. A kutatás megtervezésekor és kivitelezésekor éppen ezért arra törekedtünk, hogy minél több, egymástól független adatforrásból dolgozhassunk. Ezért kvantitatív és kvalitatív adatelemzési technikákat egyaránt alkalmaztunk. A problémaforrások minél pontosabb feltárásához a témában hozzáférhető - hazai és nemzetközi- adatbázisokból nyert adatokat széleskörű szakmai interjúkkal illetve adatkéréssel egészítettük ki annak érdekében, hogy a jelzett témacsoportról valóban érvényes és megbízható információkat kapjunk. Egyik legfőbb információforrásunk a Szociális Innováció Alapítvány (SZIA) közreműködésével elkészült kutatás, mely az ország négy különböző területén mérte fel a GSZV hatását az idősellátási intézmények működésére. Szabályszerű hatásvizsgálatot azonban nem tudtunk végezni, mivel erre a rendelkezésre álló adatok nem adnak lehetőséget.

A költségek visszafogása érdekében a szabályozás tudatosan szűkíti a szakellátás területét. Összehasonlító vizsgálataink azt mutatják, hogy nemzetközi viszonylatban valóban kiemelkedő a hazai 65 éven felülieket érintő gondozási arány. Ellenben azt a tételt nem láttuk igazolódni, hogy mindez a terület anyagi támogatásában is tetten érhető lenne, mivel a GDP-hez viszonyított költségek tekintetében az utolsók között szerepel Magyarország az EU tagállamaival való összevetésben.

A döntéshozó törvénymódosítási, a szolgáltató rendszer szabályozási környezetét módosító gyakorlatának fókuszában a szolgáltató rendszer fenntarthatóságának kérdése állt. A fenntarthatóság javítása érdekében a gondozási szükségletvizsgálat bevezetésével a szolgáltatások célzottságának és költséghatékonyságának növelése volt a cél. Továbbá a térítési díjak szabályozásának módosításával igyekezett a döntéshozó a felhasználók és családjuk forrásait fokozottabban bevonni a szolgáltatások finanszírozásába.

A szabályozási környezet megváltozása egy erősen differenciált, sokszereplős, érdekkülönbségektől és -harcoktól szabdalt térben jelent meg, ami hozzájárult a kérdésről szóló viták hevességéhez. Ezért igyekeztünk körülírni mindazokat a problémákat, amelyek megjelentek a GSZV végrehajtása során, és amelyek helyet kaptak a kérdés körül kialakult heves szakmai és politikai vitákban, melyek a parlamentet és a tömegkommunikációt is elérték. Ezek a problémák az idősellátási szolgáltató rendszer általános helyzetével kapcsolatosak. Az általános helyzet határozta meg, hogy miképp érintette a törvénymódosítás végrehajtása az idősellátás különböző szereplőit. A szolgáltató rendszer számára kihívást jelent a kereslet oldaláról a növekvő igény a bentlakásos idősellátás iránt, amit egyrészt a társadalom demográfiai öregedése, másrészt az idős állampolgárok biztonságának megrendülése indokol. A magyar társadalom korszerkezete -, hasonlóan Európa legtöbb országához – folyamatosan növekvő ellátotti kört prognosztizál az idősellátásban, ami növekvő igényeket támaszt a szociális kiadások területén. A kínálati oldalon az önkormányzati szolgáltatások ugyanakkor sok helyen forráshiánnyal küszködnek, hiszen a közelmúlt hazai gazdaságpolitikai irányvonala, a világpiac átstrukturálódására reagálva, a szociális kiadások erőteljes csökkentését helyezi előtérbe. A következő problémát a szolgáltató rendszer differenciálódása, a piaci szolgáltatók megjelenése okozza. A piacszabályozás folyamatos kihívást jelent a

szociálpolitikai döntéshozók számára, hiszen a piaci szolgáltatók (legyenek akár non-profit, akár for-profit vállalkozások) természetszerűen piaci működésük stabilizálására, kiterjesztésére, jövedelmezőségének növelésére törekszenek. Ugyanígy megjelentek az ügy körüli vitákban a szolgáltató rendszer belső arányainak és hiányainak kérdései, valamint a szociális és egészségügyi terület határán jelentkező problémák. Kutatásunkban igyekeztük a szolgáltató rendszer szereplőinek érdekeit alaposan feltérképezni, és azonosítani az egyes szereplők esetében a GSZV bevezetésének hatását.

A GSZV és a kapcsolódó törvénymódosítások bevezetésével a döntéshozók az idősellátás területén is a szélesebb igényeket kielégítő és kevésbé költséges alapellátás (HSG) megerősítését tűzték ki célként, a költségesebb szakellátásokkal (bentlakásos gondozás) szemben. Ennek megfelelően a HSG központi támogatásában növekedés mutatható ki, míg a bentlakásos idősellátás esetében a normatíva egyértelmű visszaeséséről számolhatunk be. Ez utóbbi tendenciához kapcsolódóan vizsgálatunk kimutatta, hogy a térítési díjak a bentlakásos idősellátás területén – a vizsgált térségekben – növekedtek. Ez megfelel a döntéshozó szándékának, amennyiben az a felhasználók forrásainak a gondozási költségek finanszírozásába való nagyobb arányú bevonását célozta. Ugyanakkor a HSG szolgáltatások keretében ellátottak száma az elmúlt évben növekedett, amely adat azonban még nem értékelhető megfelelően, mivel a KSH gyorsjelentése országos (nyers) adatokat közöl. A SZIA kutatása nagy területi eltérést jelez a térítési díjak megállapítása és a HSG felhasználók száma tekintetében. Az önkormányzatok a térítési díjak megállapításában igen eltérő gyakorlatot követnek, az önkormányzatok által elvárt térítési díjak a 0-tól a családi jövedelem vizsgálatával összefüggésben megállapított differenciált térítési díjon keresztül az egységesen megállapított magas óradíjig szóródnak. Minden esetre annyi megállapítható, hogy a térítési díj megállapítására vonatkozó rendelkezés egyes helyeken, vagy a családi források vagy az önkormányzati források fokozottabb bevonását eredményezte, összhangban a döntéshozói/finanszírozói elvárással. A HSG igénybevevőinek létszámát a kistérségi társulásoknak az ellátási kör kiszélesítésére tett hatása is növelhette, ami szintén óvatosságra int az adatok értelmezésében.

Az adatok értelmezésében azt is figyelembe kell venni, hogy a kutatás tapasztalatai szerint a depriválttérségekben a kisebb lélekszámú települések önkormányzatai a megemelt HSG normatíva ellenére sem tudnak eleget tenni törvényben rögzített kötelezettségüknek (bár a kistérségi társulásoknak nyújtott többlettámogatás ezen a helyzeten némiképp javított), így egyes területeken ellátást továbbra sem tudnak igénybe venni a rászorulók. A HSG-t ténylegesen működtető települések között pedig jelentős különbség mutatkozik az ellátás minőségében.

Az önkormányzati fenntartású bentlakásos idősellátás a GSZV bevezetésével igen nehéz helyzetbe került. A szolgáltatók csak a legnehezebb helyzetű felhasználókat vehetik fel, elveszítették korábban meglévő lehetőségeiket a beáramlás szabályozására, amire a kapacitásuk és a feladatteher közötti egyensúly fenntartása érdekében volt szükségük (ezt a képességüket részben az azóta kialakított alkalmazkodási stratégiákkal visszanyerték). Az igen rossz egészségügyi állapotú felhasználók beáramlása növeli az egyébként is túlterhelt gondozónők munkaterheit, a korábban is meglévő munkaerőhiányt fokozza, és rontja a szolgáltatás minőségét, mivel a forrás- és emiatt kapacitáshiányos intézmények nincsenek felkészülve azokra a kiadásokra, melyeket a beáramló igen rossz állapotú felhasználók kiszolgálása jelent. Az idősek bentlakásos intézményeinek normatívája a 2002-es évet bázisnak tekintve, reálértékben mára 40%-kal csökkent. Ez fenyegeti az ellátás biztonságát, és bizonyosan rontja a minőségét. Ezt a helyzetet a gondozási díj megállapításának szabályaiban bekövetkezett változások sem javítják, mivel az idősotthonok ugyan a vagyonvizsgálat alapján magasabb térítési díjakat is megállapíthatnak, mint amire korábban a nyugdíj figyelembe vételével módjuk volt, és ennek alapján jelzáloggal terhelhetik meg a felhasználó ingatlanját, de ez a jelenlegi bevételeiket, melyekből a jelenlegi kiadásaikat kell fedezniük, nem növeli.

A döntéshozóknak szembe kell nézniük a piaci szolgáltatók túlélési és piacbővítő stratégiáival, valamint az informális szolgáltatási piac terjedésével és problémáival, ami az ellenőrzésre kijelölt hatóságoknak folyamatos munkát jelent.

A szektor szakértői szinte egyöntetűen a jegyzői GSZV költséghatékonyságát kérdőjelezik meg. Kritikai észrevételeik szerint az un. jegyzői GSZV nem felel meg annak a kritériumnak, hogy a kérelmezők közül kiszűrje a nem rászorulókat, mivel a központi költségvetésből finanszírozott bizottságok csak elenyésző arányban hoznak elutasító határozatokat. A GSZV által megállapított gondozási óraszámok nem teljesülhetnek azokban a régiókban, ahol nincsen elegendő gondozó, vagy ahol az emberek jövedelme csak alacsonyabb gondozási óraszám megfizetését teszi lehetővé. További probléma, hogy a döntés előkészítésben használt értékelőlap nem azt méri, amire az ellátottnak szüksége lenne. A HSG-ben gondozottak nagy részének olyan szükségletei vannak, amelyek kielégítése nem igényel szakmai képesítést, így képzett gondozók látnak el képzettséget nem igénylő feladatokat.

Az idősotthoni ellátásra való jogosultságot vizsgáló eljárást is érték kritikák. A jogosultság eldöntésénél használt egységes értékelő lapon jelentős túlsúlyt képviselnek az egészségügyi rászorultságot mérő kérdések, míg a szociálisak alulreprezentáltak. Ez elmossa az egészségügyi és szociális szolgáltatások közötti határt, és a szociális szolgáltatásokat rákényszeríti arra, hogy olyan egészségügyi szolgáltatásokat végezzenek, amelyekre nincsen kapacitásuk. Ezen a helyzeten a szakápolás rendeleti megtiltása a bentlakásos intézményekben nem segít. Az idősellátási szakértők az elmúlt években kidolgozták a differenciált gondozás és finanszírozás modelljét (homogén gondozási csoport – HGCS – modell), ami lehetővé tenné a feladatteherhez igazodó finanszírozást, ezt azonban a GSZV létrehozásakor nem vették a végrehajtók figyelembe.

Tanulmányunk végén alternatívákat és javaslatokat fogalmaztunk meg a kialakult helyzet kezelésére. Az akut problémát jelenleg a jegyzői GSZV-re idén rendelkezésre álló költségvetésnek az első félévben történt elfogyása jelenti. A döntéshozónak különböző alternatívák állnak rendelkezésére a helyzet kezelésére: megszüntetheti, módosíthatja vagy változatlanul hagyhatja a jegyzői GSZV jelenlegi rendszerét. Minden megoldásnak vannak azonban a hozadékai mellett költségei is. E mellett vannak távlatibb megoldások is az idősellátási szolgáltatási rendszer javítására, ezek azonban nagy ívű reformokat követelnek, amire most nem látszik esély. Egyes, a jelenlegi helyzet javítását szolgáló lépések megtétele azonban megfontolható. Ezeknek többsége a házi segítségnyújtás szolgáltatásainak erősítését szolgálja. Ilyenek az esetmenedzsment szolgáltatás létrehozása annak érdekében, hogy a szolgáltató rendszer különböző szereplőinek (formális és informális segítők, különböző helyi intézmények, egészségügyi ellátás, stb.) forrásait egy gondozási csomag keretében összehangolja; szervezze és monitorozza; az informális gondozó hálózat fejlesztése és támogatása (mindenek előtt a tiszteletdíjas gondozói hálózat létszámát korlátozó előírás megszüntetésével); a GSZV értékelő lap átalakítása, hogy azt vizsgálja, mire lenne az idős embernek szüksége ahhoz, hogy biztonságban otthonában maradhasson, stb. A bentlakásos idősellátásban lehetőség a jelenleginél differenciáltabb, az intézményekre nehezedő feladatteher változására jobban reagáló normatíva kialakítása; a családi erőforrások erőteljesebb bevonásának elérhetősége, a felhasználók rehabilitációját szolgáló átmeneti gondozás támogatása.

Bevezetés

Az SZMM Családi és Szociális Szolgáltatások Főosztálya megrendelésére a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Szociális Szolgáltatási és Fejlesztési Főosztálya 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 időseket ellátó egyes szolgáltatások működésére vonatkozóan. A megrendelő elvárásai szerint kutatásunk során elsősorban a házi segítségnyújtás (továbbiakban HSG) alapszolgáltatás, valamint az idősotthoni ellátás helyzetét, problémáit vizsgáltuk az idősotthoni elhelyezést és a házi segítségnyújtást megelőző gondozási szükséglet vizsgálat (a továbbiakban GSZV) 2008. januári bevezetése után.

A jogalkotók szándéka a gondozási szükségletvizsgálat bevezetésével

Előzmények

2007-ben megkezdődött a szolgáltatási rendszer megújítása, az igénybevételhez kapcsolódó, valamint a finanszírozási szabályok átalakítása. A szociális szolgáltatások rendszerének átalakítását segítő intézkedések érvényesítését A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 2007. október 15-i módosítása tartalmazza.[1] (A törvény azóta módosult néhány vonatkozásban.).

A törvény módosításának a házi segítségnyújtó alapszolgáltatást érintő főbb elemei

- Házi segítség igénybevételét megelőzően vizsgálni kell a gondozási szükségletet. Két kivétel lehetséges: 1. ha a gondozási szükségletet idősotthoni elhelyezés céljából már vizsgálta az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézete (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.) 2. ha az igénylő egészségi állapota vagy személyes körülményei a szolgáltatás átmeneti jellegű vagy halaszthatatlan biztosítását teszik szükségessé, a házi segítséget nyújtó szolgáltató döntése alapján 3 hónapos időtartamra nyújtható.
- A gondozási szükségletet egy szakértői bizottság végzi 2008. január 1-jétől, amely szakértői 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]

[1] 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. Tv.-el (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. Sztv. 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.

- A házi segítségnyújtó szolgáltatásba való bekerülés feltétele a gondozási szükséglet vizsgálat 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 igénybevevőt az idősotthoni 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 szükséglete 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 szükséglete a napi 4 órát meghaladja.
- A gondozási szükséglet vizsgálatát egy szakértői bizottság végzi 2008. január 1-jétől, amely bizottságok működtetése az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) szociális szakértői feladata.[6]Az idősotthonba 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 díjnál alacsonyabb összegben is meghatározhatja.
- A tartásra kötelezett hozzátartozó esetében a terhelhető egy főre eső jövedelemhatár a mindenkori öregségi nyugdíjminimum két és félszeresére emelkedett.

A jogalkotók célkitűzései a 36/2007-es SZMM rendelet *a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól című rendelettel*

- 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 vizsgálat (GSZV) bevezetésével a tárca azt kívánta elérni, hogy az idősellátásban a szociálisan rászorulók - gondozási szükségleteiknek megfelelően - vagy a házi segítségnyújtásba (HSG), vagy bentlakásos intézményekbe kerüljenek be, azaz a

[4] Az 1993. évi III. törvény 63. § (6)-(9) bekezdését a 2007. évi CXXI. törvény llllll26. § (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 36/207. (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

szociális tárca a szociális rászorultság kritériumára épülő bekerülési módot akart kidolgozni és bevezetni.

„A gondozási szükséglet vizsgálat célja elsősorban **a megfelelő szolgáltatás biztosítása**. A jogszabály-módosítások a szolgáltatások célzottabbá tételét szolgálják, azt kívánják elősegíteni, hogy intézményi elhelyezésre csak valóban indokolt esetekben kerüljön sor. Azért ne kelljen elhagynia senkinek sem a saját otthonát, mert nincs, aki házhoz szállítsa az ebédet, kiváltsa a gyógyszert. Ezekben az esetekben az önkormányzatoknak kötelessége biztosítani az adott településen a segítséget. **Mindenki, akinek a gondozási szükséglete indokolja, jogosult a gondoskodásra.**

A korábbi években igen gyakran olyan személyek is bekerültek idősek otthonába, akik még az alapszolgáltatások igénybe vételével saját otthonukban is elláthatók lettek volna.

Az új szabályozás eredményeként egy független szakértői szerv hatáskörébe került annak eldöntése, hogy a konkrét esetben otthoni vagy intézményi ellátásra van-e szükség. Ez a szakértői szerv az **Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet** (ORSZI), mely a hazai társadalombiztosítási és szociális szakértés vezető intézménye, közel 30 jogcímen végez komplex szakértői tevékenységet és ad ki szakvéleményt." (Kiemelés az eredetiben, Forgó Györgyné szakállamtitkár. Tapasztalatok az idősotthoni ellátásban. Sajtótájékoztató, SzMM, 2008. május 5.)

Több szakértő hívta fel 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 idősotthonokba, és ellátás híján meghalnak. Ugyanakkor bentlakásos idősellátáshoz jutnak olyanok is, akik képesek magukat teljes mértékben, vagy legalábbis segítséggel ellátni.

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 is. Vizsgálták azt is, hogy a fenntartók szerint milyen az ellátottak önellátó képessége. Az ÁSZ szerint az ellátottak 30%-áról mondták a fenntartók, hogy teljesen önellátók, 28%-uk állandó segítségre szorul, 40%-uk részben igényel segítséget. Ezen utóbbi csoporttal kapcsolatban feltételezhető, hogy a házi segítségnyújtás igénybe vételével otthonában maradhatna, ha lenne akóhelyén megfelelő szolgáltatás. Míg nyilvánvalóan az első csoportnak állapotából adódóan nincs szüksége az ellátásra. (Azt azonban meg kell jegyeznünk, hogy az első csoport estében is a nagyon kedvezőtlen szociális helyzet indikációja lehet az idősotthoni elhelyezésnek, hiszen a magányos, rossz lakhatási körülmények között

élő, elhanyagolt idősek egy része megfelelő körülmények között képes lehet az önellátásra, illetve a jó gondozás eredményeképpen rehabilitálódhat is, azaz helyreállhat az önellátási képessége.) (http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/C68A9A8C05463294C1256D4F002A8C22/$File/0317J000.pdf.)

- 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 idősotthonokban, 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 kell a drágább idősotthonokban ellátottakét, vagy legalábbis meg kell akadályozni az idősotthoni ellátottak gondozási költségeinek (kiáramló normatíva volumen) növekedését.

Valóban sokan vannak Magyarországon idősotthonokban és sokat költünk rájuk?

Néhány összehasonlító adat az Európai Unió országainak idősellátásáról[9]

Az EU tagállamaiban igen eltérő rendszereket találunk a tartós gondozásra szorulók, s ezen belül is az idősek számára létesített szolgáltatások arányait tekintve. Annyi mindenesetre kijelenthető, hogy az otthoni betegápolás mindenütt kiemelkedő mértéket képvisel, de ezek csak különféle központi támogatások igénybevételével jelenthetnek megoldást. A kérdés fontosságát demográfiai tényezők is indokolják, egyes becslések szerint 2050-re a 80 éven felüliek aránya megháromszorozódik. Magyarországon a 65 évesek, illetve az azon felüliek a népesség 16,2%-át tették ki (2008), ami megfeleltethető az EU25 16,9%-nak (2008). A tendencia szerint az EU25 tagállamaiban, s ekképpen Magyarországon is 2050-re 30% feletti lesz az említett arány.

A demográfiai, illetve társadalmi szerkezet átalakulása nem szükségképpen vezet a tartós ellátásra szorultak növekedéséhez. A várható hosszabb élettartam okozta ellátási igény azonban mind a formális, mind az informális szektorban éreztetni fogja hatását. Tehát kiemelt jelentőségű az egészségmegőrzés, s a prevenció támogatása.

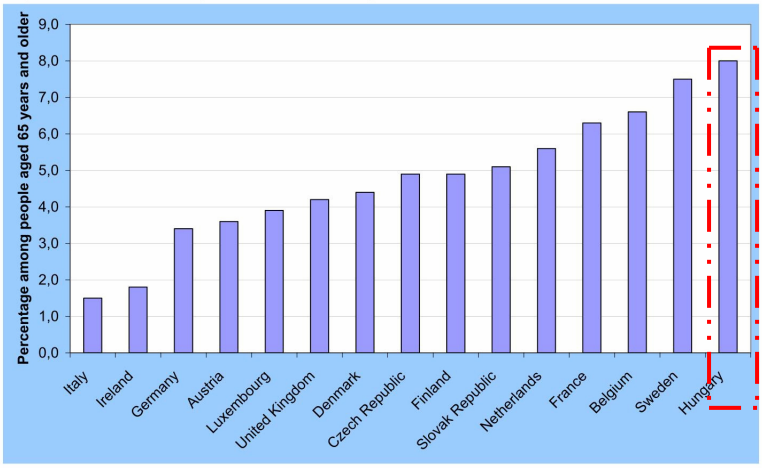
2004-es adatok alapján a vizsgált tagállamok közül Magyarországon a legmagasabb a tartósan intézményi ellátásban részesülők aránya a mindennapi életvitelben segítségre szoruló (dependent) 65 éves, illetve az ennél idősebb népességen belül.[10] Csak a svédországi arány közelíti meg a hazait. A 8%-os eredmény kiemelkedőnek tekinthető, hiszen ez az arány Olaszországban vagy Írországban a 2%-os arányt sem éri el. A különbségek okaként a dokumentum megemlíti, hogy a két utóbbi országban a gondoskodás továbbra is elsődlegesen a család feladata, míg más uniós országokban különböző

[9] Forrás: Comminssion of the European Communities (2008): Biennial Report on Social Services of General Interest. Commision Staff Working Document. Brussels, SEC(2008) 2179/2., 39. oldal

[10] Amennyiben az összes magyarországi 65 éven felülit vesszük figyelembe akkor ez az arány csak 2 %. Forrás: Idősügyi Nemzeti Stratégia, http://ertedveled.hu/downloads/VINS_2009_05.doc

megoldásokkal a családi és szolgáltatási források különböző kombinációit hozták létre az idősek gondozási szükségleteinek kielégítésére.

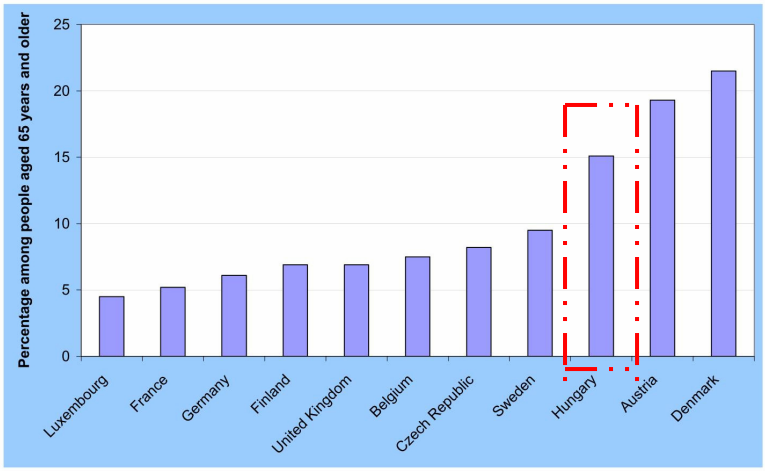
Tartósan intézményi ellátásban gondozottak a 65 éven felüli, mindennapi életvitelükben segítségre szoruló (dependent) személyek arányában (%) (2004)



Az egyes ellátások színvonala azonban jelentősen különbségeket mutat. A svéd ellátás intenzitása, komfortfokozata jóval magasabb, mint a magyaré, és más uniós tagállamoké. Svédországban például sokkal nagyobb a lehetősége a bentlakásos idősellátásban részesülő időseknek, hogy egyágyas szobába vagy gondozóházi apartmanba kerüljenek, mint bármely más tagállamban, és sokkal nagyobb, mint Magyarországon.

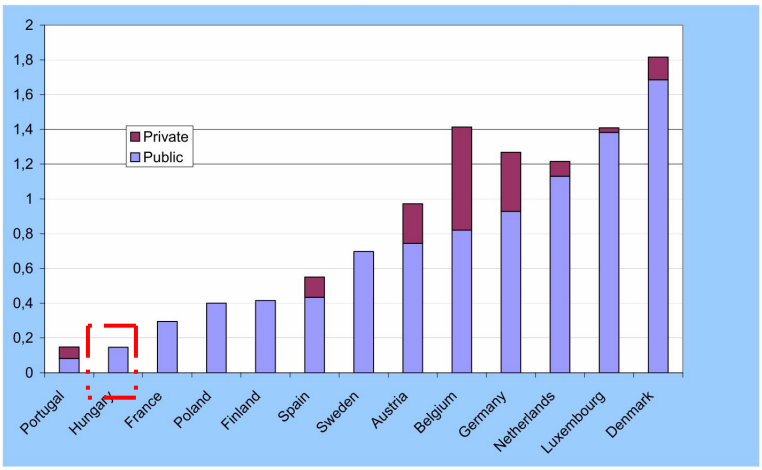
Az intézményi ellátás és az otthongondozás közötti határ néhány helyen kezd elmosódni, köszönhetően a bentlakásos (apartman jellegű) ellátásoknak. Az alábbi táblázat értelmezésénél nem szabad figyelmen kívül hagyni az arányszámok mögött meghúzódó eltérő ellátástípusokat.

Tartósan gondozottak aránya a helyi közösségben a 65 évesek, illetve ennél idősebb korcsoport arányában (%) (2004).



A tartós közösségi gondozásban részesülő idősek aránya európai összehasonlításban tehát szintén magas hazánkban. E számok azonban nem jelentik azt, hogy sokat is költünk az idősellátásra. Ennek bizonyítékául elegendő megvizsgálnunk a szomszédos Ausztria -, ahol ugyancsak magasnak tekinthető az ellátottak aránya-, illetve Magyarország kiadásainak alakulását. A kisebb népességgel, de jóval több mint kétszer akkora GDP-vel rendelkező Ausztria a magyar ráfordítás ötszörösét költi erre az ellátástípusra. Az alábbi tábla ugyanakkor azt is mutatja, hogy bár az idősotthonokban tartózkodók száma Magyarországon kirívóan magas, és az otthonukban ellátottaké sem alacsony, de a nekik nyújtott ellátás sokkal olcsóbb, mint a fejlett uniós államokban, ami nyilván jelzi a minőséggel kapcsolatos különbségeket is.

Kiadások a tartós gondozást nyújtó ellátásokkal kapcsolatban a GDP %-ban, magán illetve a központi hozzájárulások bontásában (2003/2004)



A címben feltett kérdésre adható válaszunk tehát a következő: **Hazánkban rendkívül olcsón gondoskodnak sok rászoruló idős állampolgárról az idősellátási szolgáltatások. Tekintetbe véve e szolgáltatásoknak az idősek életminőségét nagyban javító hatását, nem beszélhetünk ez esetben a közforrások elherdálásáról.**

- 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). Mint a fenti nemzetközi összehasonlításból kiderül a HSG szolgáltatásait igénybevevők száma sem alacsony.
- A döntéshozók feltételezték, hogy amennyiben növelik a HSG normatíva összegét, akkor a növekvő GSZV vizsgálatok következtében a fönntartók 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 GSZV bevezetésével a tartós ápolást, gondozást nyújtó idősek 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 idősek felvételével a megfelelő szakmai színvonalon nyújtott ellátás többlet-költségekkel 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 hozzátartozóik) forrásainak fokozottabb bevonását a szolgáltatási költségek finanszírozásába. A normatíva változása ugyanakkor érinti az önkormányzatokat, a fenntartói oldalt is.
- A GSZV bevezetésének lényeges célkitűzése, hogy a szociálisan legrászorultabbak kerüljenek be az idősek otthonába, illetve a gondozóházakba. Tehát a szolgáltató rendszer célzottsága javuljon.
- Az ellátás finanszírozásával kapcsolatosan bevezették a sávos normatívát, azzal a célkitűzéssel, hogy a szociálisan inkább rászorulók ellátásának költségeit nagyobb mértékben támogassák központi költségvetésből.[11]

A megrendelő által megfogalmazott kérdések

1. Hogyan alakult országos viszonylatban a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás helyzete a GSZV bevezetése után?
2. Milyen hatással volt a GSZV bevezetése a házi segítségnyújtást végző, illetve az idősotthoni ellátást nyújtó szolgáltatókra?

[11] 2007. évi CLXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetéséről

3. Az ellátott személyek száma változott-e, ha igen, milyen irányú és mértékű változás következett be, területileg, országosan vizsgálva az adatokat? Térségi, regionális eltérések jelezhetők-e?
4. Változtak-e az ellátások költségei a GSZV következtében?
5. Hogyan alakult a szolgáltatásban dolgozók száma, felkészültsége?
6. Milyen okai lehetnek annak, hogy igen sok jegyzői GSZV kérelem érkezett 2009 első félévében?

Ezek a célok illetve kérdések az **idősellátás szolgáltató rendszerének fenntarthatóságával** (finanszírozhatóságával) kapcsolatos kérdés köré csoportosíthatók, amit a következőkkel igyekezett a döntéshozó támogatni:

1. a célzottság (hatásosság) növelésével, azaz a nem rászoruló igénylők kiszűrésével, és a legrászorultabb igénylőknek a szolgáltatáshoz való hozzájuttatásával
2. 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)
3. a finanszírozás átalakításával: a házi segítségnyújtás normatívájának növelésével és a felhasználók forrásainak fokozottabb bevonásával (térítési díj).

A kutatás módszere

Az elemzés forrásai:

1. 8 esettanulmányt 40 interjú alapján, külső szervezet, a Szociális Innováció Alapítvány idősellátási kutatásokban igen jártas munkacsoportja készített el. Az esettanulmányok alapjául szolgáló interjúk elkészítése 4 földrajzi területen[12], területenként egy városban és egy kistérségben történt. Az interjúk alanyai az idősellátási szolgáltatások munkatársai voltak, illetve olyan felhasználókkal is készültek interjúk, akik 4 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. (Az interjúalanyok kiválasztási szempontjait az 1. melléklet, az interjúk kérdésköreit a 2. melléklet tartalmazza.).

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

[12] A vizsgálatok tárgyát képező négy földrajzi terület: Északnyugat Magyarország: Győr, Csornai Kistérség Délnyugat Magyarország: Kaposvár, Kadarkúti Kistérség, Északkelet Magyarország. Miskolc és az Encsi Kistérség, Délkelet Magyarország: Szeged, Mórahalom.

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.-i 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.

2. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet munkatársai 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 készítettek interjúkat. Emellett az SZMI munkacsoportja elvégezte a rendelkezésére álló országos adatok vizsgálatát, valamint a szakmai anyagok, dokumentumok elemzését.

A hatásvizsgálat kutatási kérdéseinek megválaszolása különböző módszerek alkalmazását tette szükségessé:

1. Egyes kérdések megválaszolásához országos adatok összehasonlító vizsgálata volt szükséges.
2. A hatásokkal, változásokkal kapcsolatos kérdések, tehát a „milyen hatása volt a GSZV bevezetésének", „miért következett be változás, ha bekövetkezett" kérdéskörök megválaszolása, a fenntartókkal, illetve a szolgáltatások vezetőivel, szakembereivel készült interjúk alapján vált lehetségessé.
3. A terület elismert szakértőivel (fővárosi, civil és egyházi) mélyinterjúkat készítettünk.
4. A dokumentumelemzést és az országos adatelemzést a fenntartókkal, szolgáltatókkal készített interjúk alapján kapott információkkal egészítettük ki.
5. Vizsgáltuk a jogszabályok változását, mellyel a szociális szolgáltatások, intézmények működésének jogszabályi hátterét mutatjuk be. (A témával kapcsolatos jogszabályokat lásd 4. számú mellékletben!)

Szabályos hatásvizsgálatot nem tudtunk a 36/2007 (XII:22.) SZM rendelet kapcsán végezni, mivel ahhoz a rendelet bevezetése előtt meg kellett volna határozni a szolgáltatások azon paramétereinek körét, melyekben a rendelet változást kíván a döntéshozó elérni, ehhez vizsgálnunk kellett volna a szolgáltató rendszer működését, hogy lássuk a kiindulási helyzetet, melyhez képest a rendelettel változást kívánt a döntéshozó elérni. Továbbá meg kellett volna határozni a kívánatos változás mértékét. Elméletileg használhattuk volna erre a szolgáltató rendszerről a rendelet bevezetése előttről rendelkezésünkre álló adatokat is. Ezt azonban több okból sem tehettük:

1. A 2007-es év a legutóbbi, amelyre vonatkozóan a KSH adatokat szolgáltatott mindezidáig, a 2008-as évről június végén csak részadatokat közölt.
2. A más forrásból származó adatok igen nagymértékben eltérnek egymástól. A különböző adatbázisok eltérő adatgyűjtésen alapulnak, így a KSH és a Pénzügyminisztérium adatai eltérőek már az ellátotti létszámot illetően is.

Természetesen, ezek ellenére, ahol tudtuk, felhasználtuk a rendelkezésre álló adatokat. Ilyenek származtak az SzMM-ből[13], az ORSZI-tól[14], az FSZH-tól[15], a Magyar

[13] A Szociális és Munkaügyi Minisztérium illetékes főosztályától a következő statisztikákat kaptuk: A házi segítségnyújtás adatai 2007 és 2008. évekről. Önkormányzati, MÁK és KSH adatok.; Normatíva jogcím adatai: 2008. évre 31.000; 2009. évi finanszírozás alapjául szolgáló feladatmutató (becsült adtok) 47 525,26.

Államkincstártól. Partnereink, akiktől adatokat vártunk nagyon készségesek voltak. Az adatokat megkapva viszont ugyanazokkal a problémákkal kerültünk szembe, mint ők. Mint említettük, az adatok egy része ellentmondott egymásnak Például a 2007. évre az önkormányzati és MÁK adatok: 34 261 ellátottról szóltak a HSG-n belül, miközben a KSH 45 989 ellátottat jelezett. Az FSZH adatai viszont a változások kimutatására nem alkalmasak, mivel egyetlen időintervallumra vonatkoznak.

A kutatás megrendelője – mint a fent felsorolt kérdéseiből kiderül – két célt kíván az utóbbi idők idősellátást érintő szabályozásával (melynek része a gondozási szükségletvizsgálat bevezetése) elérni: 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. Az intézkedés bevezetése óta heves politikai és szakmai viták keresztüzébe 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 kérdésben. Mindezek alapján a gyorsjelentésünkben a feltárt jelenségeket egyrészt a várt hatások szempontjából elemezzük, másrészt vizsgáljuk, hogy milyen hatást gyakorolt az idősellátás szolgáltatásainak szereplőire – a felhasználókra, a fenntartókra és a finanszírozókra – a rendelet bevezetése. Igyekszünk rendszerezni és meghatározni azokat a problémákat, amelyek a rendelet bevezetését követő viharos eseményekben megjelentek.

A következőkben először ismertetjük a rendelet hátterét és a gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének és végrehajtásának történetét, eseményeit, majd a szolgáltató rendszer azon sajátosságait, melyek befolyásolták a rendelet bevezetése körüli eseményeket, végül a rendeletnek a szolgáltató rendszer különböző szereplőire tett hatását elemezzük. Jelentésünket egyrészt azoknak a kérdéseknek a megválaszolásával zárjuk, melyeket a kutatás megrendelője feltett, másrészt azoknak a javaslatoknak a vázlatos ismertetését közöljük, melyeket a kutatás során megkérdezettektől hallottunk, illetve kutatási partnerünk, a Szociális Innováció Alapítvány munkatársai vetettek fel (az ő kutatási összefoglalójukat mellékeljük), és magunk alakítottunk ki. A javaslatok kidolgozása természetesen egy következő szakértői anyag tárgya lehet.

[14] Az ORSZI-tól a következő adatokat kaptuk: Kérelmek , kiadott szakvélemények megyei, havi bontásban 2009. évre; Az adatok az ORSZI által végzett szakértői vizsgálatokra vonatkoznak, de az ORSZI nyilvántartja a házi segítségnyújtásra beadott kérelmek, szakvélemények számát is, erről nem kaptunk adatokat. 2008. évről nem kaptunk adatokat a kérelmekről és a kiadott szakvéleményekről.

[15] FSZH adatok: Idősek nappali ellátása, gondozóháza, idősek otthona (Lista 1): Adatok a fenntartó, cím, megye, szolgáltatás, szolgáltatás kezdete, férőhelyek száma szerint; Házi segítségnyújtás, étkeztetés (Lista 2): Adatok a fenntartó, cím, megye, szolgáltatás, szolgáltatás kezdete, a szolgáltatást igénybevevők száma; Idősek otthona, idősek gondozóháza (Lista 3): Adatok: fenntartó, intézmény, telephely, cím, megye, szolgáltatás, szolgáltatás kezdete, betöltött férőhelyek száma; Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás (Lista 4): Adatok: fenntartó, intézmény, telephely, cím, megye, szolgáltatás, szolgáltatás kezdete, kihelyezett készülékek száma.

A gondozási szükségletvizsgálat bevezetésének és végrehajtásának jogi háttere és története

A jogi háttér bemutatása

Az idősellátás szolgáltatásai jogi szabályozásának változásai (1999-2009)

A szociális törvény - étkeztetésre és házi segítségnyújtásra vonatkozó - változásait áttekintve azonnal megállapítható, hogy az elmúlt évtized nem kevés módosulást hozott.

Az étkeztetés definíciója az összehasonlítás bázisévében, 1999-ben az ellátás lényegi tartalmát a szociális rászorultak részére nyújtandó legalább napi egyszeri meleg étkezés biztosításában határozta meg. A rászorultság fogalma bizonyos képességek hiányaként fogalmazódott meg - a rászorult nem képes arra, hogy önmaga és eltartottjai részére minimálisan napi egyszeri meleg ételt biztosításon.

A házi segítségnyújtásban való részesülés jogosultsági kritériuma szintén az önerő hiánya, s az önellátási képesség csorbulása volt. (A házi segítségnyújtás másik célcsoportját a fertőző betegség következtében a nappali, illetve a bentlakásos intézményi ellátásból kiszorult gyermekek alkotják.)

Témánk szempontjából meg kell említeni egy új intézménytípus - a *gondozási központ* - létrejöttét, amely a területi gondozást azzal kívánta megerősíteni, hogy az alap-és nappali ellátások integrációjával elősegítse a gondozási feladatok komplex megvalósítását. A gondozási központ ugyanis az idősek klubját, az étkeztetést és a házi segítségnyújtást foglalta magába, sőt a nappali ellátást nyújtó egyéb intézmények tevékenységét is összehangolta. A gondozási központok átmeneti elhelyezést biztosító bentlakásos férőhelyeket is létrehoztak. [16]

Az 1/2000-es miniszteri rendelet igyekezett részletesen kibontani az ellátás tartalmi elemeit: a fizikai, mentális és szociális szükségletek biztosítása körében a segítő kapcsolat, az alapvető gondozási-ápolási feladatok, valamint a lakókörnyezet rendben tartása. A feladatok megvalósítása során a gondozó/nő részére a rendelet együttműködési kötelezettséget írt elő a háziorvosi szolgálattal, a védőnővel és a kórházi szociális nővérrel. [17]

A házi segítségnyújtás keretében ellátandók köre bővült a pszichiátriai betegekkel és a fogyatékos személyekkel, valamint a módosítás külön-külön ellátotti körként határozta meg az időskorúakat, illetve az egészségügyi problémák miatt rászorultakat. [18]

2005 januárjától jelentős változások történtek a törvényi szabályozásában. Az Szt. módosítás alapszolgáltatásként határozta meg az eddigi alapellátásokat, hangsúlyozván ezzel a változtatással az egyes szolgáltatási formák tevékenység, illetve feladat jellegét. Az alapszolgáltatások megszervezésével a települési önkormányzat hatékony segítséget képes nyújtani a szociálisan rászorulók részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben önálló életvitelük fenntartásában. [19] A hangsúly időközben a szociális problémák komplex eszközökkel való megoldására helyeződött át, ezért fogalmazta meg a törvénymódosítás a

[16] Az 1993. évi III. törvény 57/A. §az 1999. évi LXXIII. évi törvény 16. §-ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 1999. 10. 01. majd a 2004. évi CXXXVI. törvény 72. § (1) bekezdés ab, pontja hatályon kívül helyezte 2005. 01. 01-től

[17] 1/2000.(I.7) SZCSM rendelet 25. § (4) bekezdés

[18] 1993. évi III. törvény 63. § -a a 2001. évi LXXIX. törvény 19. § -ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2002. 01. 01.

[19] Az 1993. évi III. törvény 59. § 1. bekezdése a 2001. évi LXXIX. törvény 16. § -ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2005. 01. 01. az 1993. évi III. törvény IV. fejezetének II. címe módosult a 2004. évi CXXXVI. törvény 26. §-ának megfelelően. Hatályos: 2005. 01. 01.

különböző határterületek - egészségügy, oktatás, munkaügy - széleskörű együttműködési kötelezettségét. A módosítás tételesen felsorolta az otthonápolási és pártfogó felügyelői szolgálatot, a gyógypedagógiai nevelési szakszolgálatokat és a fogyatékosok érdekvédelmi szervezeteit. Pszichiátriai és szenvedélybetegek esetében az együttműködési kötelezettség a házi- és kezelőorvosra vonatkozott. [20]

2005-től a házi segítségnyújtás dokumentációja is megváltozott, a korábban vezetett gondozási-ápolási lapot az egyéni gondozási terv váltotta fel, amelyet ápolási feladatok esetén a háziorvos javaslatára ápolási terv is kiegészített - korábban a gondozási terv készítése csak a bentlakásos intézmények kötelezettsége volt. A jogalkotó nemcsak az egyénre szabott, differenciált ellátások biztosítását várta ettől a változtatástól, hanem az alapszolgáltatások szakmai minőségének javítását is.

Jelentős előrelépést jelentett témánk szempontjából, hogy meghatározásra kerültek a házi segítségnyújtás alapvető tartalmi és szakmai elemei. Ez az ellátási forma az alapvető gondozás és az alapápolás körébe tartozó feladatokat látta el, segítséget nyújtván az önálló életvitel fenntartásában. [21] Emellett megvalósítandó célként tűzte ki a törvényalkotó a higiéniás körülmények megtartását és a prevenciót, amely változtatást az a tény indokolta, hogy ezt a szolgáltatási típust legnagyobb részt az idősek vették - és jelenleg is ők veszik - igénybe. A korábbi kétségeket eloszlatni kívánván a törvénymódosítás egyértelműen leszögezte, hogy a szakápolási feladatok ellátása nem tartozik a házi segítségnyújtás tevékenységei körébe. Amennyiben a házi segítségnyújtás során szakápolási feladatok ellátása válik szükségessé, a gondozó kezdeményezi az otthonápolási szolgálat keretében történő ellátást. [22] Az otthonápolási szolgálat tartalmát tekintve - meghatározott ideig tartó - szakápolás biztosítása, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszíroz a beteg otthonában. Az ellátás célcsoportjai a frissen műtött, illetve megfelelő kezelésen átesett - balesetes, mozgásszervi, stroke- os - betegek, akik kezelőorvosuk javaslatára részesülhettek szakápolásban, mely tevékenységet diplomás ápoló, ápoló szakképesítéssel és 3 éves gyakorlattal rendelkező ápoló, OKJ-s ápoló, illetve szakápoló láthatott el.[23]

Az említett alapfeladatok mellett további feladatot jelentett a gondozó számára a környezettel való kapcsolattartás elősegítése és a veszélyhelyzet elhárítása, valamint az egyéni és csoportos szabadidős, foglalkoztató és rehabilitációs programok szervezésében való részvétel. Mindezeken túl a gondozó feladatai közé tartozott a szociális ellátásokhoz való hozzájutásnak, illetve a bentlakásos szociális intézménybe történő beköltözésnek az elősegítése és nem utolsó sorban az egészségügyi és szociális intézményekkel való együttműködés.

Az önkormányzati kötelező feladatok rendszere jelentős átalakításon ment keresztül. A törvényalkotó álláspontja szerint a meglévő forrásokkal történő hatékonyabb gazdálkodás érdekében szükség volt az önkormányzatok mozgásterének növelésére. E célok megvalósítása érdekében egyrészt egyes szolgáltatások esetében a lakosságszám határok módosultak, másrészt egyes kötelező feladatok fakultatívvá váltak. A nappali ellátás 10 000 lakos felett lett kötelező feladat a korábbi 3000 lakos helyett, kivéve az idősek nappali ellátását, amely továbbra is kötelező feladat maradt a 3000 lakos feletti települések önkormányzatai számára. [24] A törvényhozó eredeti elképzelése a nappali ellátást 20 000 fő állandó lakos meglétéhez

[20] Az 1993. évi III. törvény 59 § (2) bekezdése a 2004. évi CXXXVI, törvény 27. § (1) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2005. 01. 01.

[21] A 2004. évi CXXXVI. törvény Általános indoklása

[22] Az 1993. évi III. törvény 63. § (3) bekezdése a 2004. évi CXXXVI. törvény 30. § (3) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2005. 01. 01.

[23] 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről

[24] Az 1993. évi III. törvény 86. § (2) bekezdése a 2007. évi CXXI. törvény 35. § - ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01.

rendelte volna. [25] Módosult a kötelező feladatot meghatározó létszámhatár az átmeneti elhelyezést nyújtó ellátások esetében is, 10 000 főről 30 000 főre emelkedett. A támogató szolgáltatás, valamint a közösségi ellátások nyújtásának kötelezettsége 2009. január 1-jétől szűnt meg, de mint a törvényben meghatározott tartalmú szociális szolgáltatások továbbra is megmaradnak, finanszírozásuk változik meg (pályázhatók). A módosítás nem érintette az elemi szükségleteket kielégítő étkeztetés és házi segítségnyújtás feladatait, azokat továbbra is valamennyi településen biztosítani kell.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 2003 februárjától a házi segítségnyújtás kiegészítő szolgáltatása vagy önállóan megszervezett szolgáltatási formájaként jelent meg. A törvényi megfogalmazás szerint a szolgáltatás célcsoportjai egyrészt a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló időskorúak, valamint a fogyatékos személyek, akiknek ez a szolgáltatás a biztonságos életvitel fenntartásához, illetve krízishelyzet megoldásához nyújt segítséget.[26]2005 januárjától szűnt meg a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás „ráépülő" jellege, önálló szolgáltatási formaként került nevesítésre a törvényben. A szakmai tartalom vonatkozásában nem történt változás, azonban az ellátandók köre bővült a pszichiátriai betegekkel. [27]

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás éves térítési díja a jelzőkészülék üzemben tartásának költsége alapján megállapított éves átalánydíj, amely nem haladhatja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb havi összegének 20%-át. Az öregségi nyugdíj legkisebb összegét meg nem haladó jövedelem esetén az ellátást térítésmentesen kell biztosítani. [28]

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében vizsgálni kell [29] a szociális rászorultságot, annak fennállása esetben a térítési díj nem haladhatja meg szolgáltatást igénybe vevő személy rendszeres havi jövedelmének 2 %-át. A szolgáltatás díját szociálisan nem rászorult személy esetében a fenntartó szabadon állapítja meg. [30]

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás felhasználói és szolgáltatói köre jelentősen növekedett, mivel a piaci szolgáltatók működési területük kiterjesztésében voltak érdekeltek, így közvetlenül megkeresték a potenciális felhasználókat, ami növelte a költségvetés terheit, ezért szükségessé vált, hogy a jogszabály ne csak a célcsoportokat (időskorúak, fogyatékosok vagy pszichiátriai betegek) határozza meg konkrétan, hanem egyértelművé tegye az igénybevétel szempontjából szociálisan rászorultnak minősülők körét. Ebbe a körbe tartoznak az egyedül élő 65 év felettiek, a súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személyek, valamint a kétszemélyes háztartásban élő ugyanezen célcsoportok tagjai, amennyiben egészségi állapotuk indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását. [31]

A szolgáltatás 2008 január 1-től - a gyakorlati munkavégzés során e körben is felmerült különböző negatív példák, rossz tapasztalatok hatására – ismét a házi

[25] 2007. évi CXXI. törvény Általános indoklása

[26] Az 1993. évi III. törvény . 63. §-a (2)-(3) bekezdésekkel a 2003. évi IV. törvény 17 §-ának megfelelően kiegészített szövege.

[27] Az 1993. évi III. törvény 65. §-a a 2004. évi CXXVI. törvény 32. § (2) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2005. 01. 01.

[28] Az 1993. évi III. törvény 116. § (5) bekezdése a 2005 évi CLXX. 45. § (1) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2006. 01. 01.

[29] Az 1993. évi III. törvény 59/A.§-át a 2006. évi CXVII. évi törvény 17. §-a iktatta be. hatályos 2007. 01.01.

[30] Az 1993. évi III. tövény 116. § (3) e) pont a 2007. évi CXXI. törvény 49.§ (2) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. hatályos: 2008.. 01.01.

[31] Az 1993. évi III. törvény 65.§ (4)-(6) bekezdése a 2006. évi CXVII. törvény 19. §-ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2007. 01. 01.

segítségnyújtás kiegészítő szolgáltatásává vált, a jövőben csak olyan szolgáltató nyújthatja, amely házi segítségnyújtásra is rendelkezik működési engedéllyel. A szabályozás módosítása annak a célnak a megvalósítására irányult, amelynek értelmében a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás tartalma ne pusztán műszaki paraméterek biztosítását jelentse, hanem szimbiózisban működjön egy komoly szakmai háttérrel, tudással és gyakorlattal rendelkező házi segítségnyújtó szolgálattal. [32]

Az idei módosítás értelmében szolgáltatónként a csak jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülők száma nem haladhatja meg a házi segítségnyújtásban részesülő személyek számának háromszorosát, ez az arány a normatíva elszámolásakor figyelembe vehető napi átlag ellátotti létszámra vonatkozik. [33] Amennyiben a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülő házi segítségnyújtást igényel, és gondozási szükséglete fennáll, a szolgáltatónak - illetve a megyei önkormányzatnak megállapodás útján – azt biztosítania kell.

A változásokat áttekintve megállapítható, hogy a"jelzőrendszeres" néven emlegetett ellátás rövid élete alatt is különböző vargabetűket járt be. Kezdetben a házi segítségnyújtás bázisán jött léte, majd önállósult, s a néhány év alatt felhalmozódott gyakorlati tapasztalatok eredményeként ismét a házi segítségnyújtás szakmai értékeihez kapcsolódván a két szolgáltatási típus erősítheti egymást.

Nappali ellátás

A nappali ellátást nyújtó intézmények néven szereplő ellátási forma - amely eredetileg a szakosított ellátások körébe illeszkedett - a saját otthonukban élők részére kívánt napközbeni tartózkodást, étkezést biztosítani. Lehetőséget nyújtott társas kapcsolatok építésére, illetve az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére is különböző célcsoportok tagjai - idősek, fogyatékosok, hajléktalanok és szenvedélybetegek - részére.

1999-ben az ellátottak köre kibővült a pszichiátriai betegek nappali intézményével. [34] A nappali ellátásra vonatkozó szabályok módosítása alapvető strukturális és szemléletbeli változást jelentett. A nappali ellátások rendszerbeli helye megváltozott, a korábban szakellátásként definiált szolgáltatási forma az alapszolgáltatások közé került. A módosítás azt célozta, hogy a nappali ellátás alapvetően egy nyitott, a szükségletekre gyorsan reagáló, integráló szerepet betöltő ellátási formává váljék, amely települési szinten hátteret nyújthat az alapszolgáltatások összekapcsolásához. A szabályozás egy nyitottabb, az ellátotti csoportok tekintetében kevésbé merev, az integráció szempontjából alternatív megoldásokat is megengedő szolgáltatási forma létrehozására irányult. [35]

A célcsoportok meghatározása árnyaltabbá vált, így ebben az ellátási típusban is elkülönült az egészségi állapota vagy idős kora miatt szociális és mentális támogatásra szorulók köre. Az új szabályozás lehetőséget biztosított arra is, hogy mind a nappali ellátást nyújtó, mind a bentlakásos intézményekben az ellátottak érdekeik képviseletére választott képviselőkből ellátotti önkormányzatot hozzanak létre.[36]

2008-tól az ellátás személyi térítési díja differenciálásra került, ennek következtében a nappali ellátás igénybevétele jelentheti pusztán az intézményben történő tartózkodást, amelyhez igény szerint kapcsolódhat az étkezés igénybe vétele is. Az étkeztetéssel felmerülő

[32]Az 1993. évi III. törvény 65.§ (1) bekezdése a 2008. évi CVII. törvény 9. §-ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2009. 01. 01.

[33] Az 1/2000. (I.7) SZCSM rendelet 28. § (5) bekezdése a 9/2009.(IV. 11.) SZMMM rendelet 7.§-ának megfelelően módosított szöveg.

[34]Az 1993. évi III. törvény 75. § (2) bekezdése az 1999. évi LXXIII. törvény 27. §- ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 1999. 10. 01.

[35]A 2004. évi CXXXVI törvény Általános indoklása

[36] Az 1993. évi III. törvény 99/A. § a 2004. évi CXXXVI. törvény 44. §-ának megfelelően kiegészített szöveg. Hatályos: 2005. 01. 01.

magasabb költségekre tekintettel történt a térítési díj jövedelemhatárának magasabb százalékban való meghatározása.[37]

Szociális rászorultság

A 2007-től bevezetett változtatás alapján vizsgálni kellett az egyes alapszolgáltatások - házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás - igénybevevőinek szociális rászorultságát. [38] Szociálisan rászorultként a jogszabály a házi segítségnyújtás vonatkozásában azt a személyt határozta meg, akinek egészségi állapota indokolja a szolgáltatás biztosítását. [39] Alig egy év múlva a házi segítségnyújtás esetében a szociális rászorultság vizsgálata megszűnt, a gondozási szükséglet vizsgálata lépett a helyébe. [40]

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtást tekintve szociálisan rászorult[41]az egyedül élő 65 év feletti, valamint a súlyosan fogyatékos személy, illetve a pszichiátriai beteg. A felsoroltakon túl rászorultnak tekintendők az előbbiekben felsoroltak abban az esetben, ha kétszemélyes háztartásban élnek és egészségi állapotuk indokolja a szolgáltatás folyamatos fenntartását. [42] A pszichiátriai betegséget pszichiáter vagy neurológus szakorvos szakvéleménye igazolja, míg a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti súlyosan fogyatékos és pszichiátriai beteg egészségi állapotáról a háziorvos ad igazolást. [43]

Időskorúak bentlakásos intézménye

Az ápolást-gondozást nyújtó intézmények területén az 1999. évi törvénymódosítás különböző változásokat hozott, egyrészt az eddigi intézmény típusokat - idősek, pszichiátriai betegek és fogyatékosok otthona - kiegészítette a szenvedélybetegek és a hajléktalanok otthonával, másrészt az intézmény funkcióinak körét bővítette a lakhatással. Ekkor már széles volt az ellátandó feladatkör: napi legalább háromszori étkeztetés biztosítása, ruházattal való ellátás, mentális gondozás, valamint az egészségügyi ellátás, amelynek tartalmát és eszközrendszerét külön jogszabály rögzítette. A fentieken túl változott az intézménybe való beutalás rendje, a törvényhozó egy formálisan működő beutalási rendszert törekedett felváltani egy rugalmasabb gyakorlat bevezetésével. [44] A hosszabb távú cél - a szabad intézményválasztás - megvalósításának első lépését az átmeneti elhelyezést biztosító intézmények esetében az intézményvezető részére biztosított közvetlen döntési jogosultság jelentette.

Fontos szükségletet ismert el és deklarált a törvényhozó azzal a szabályozással, amelynek értelmében az idősek otthonán belül külön gondozási egységben vagy csoportban kell ellátni a

[37] Az 1993. évi III. törvény 117. § (2) bekezdése a 2007. évi CXXI. törvény 50. § (1) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01.
[38] Az 1993. évi III. törvény 59/A. §-sa a 2006. évi CXVII. törvény 17.§-ának megfelelően kiegészített szöveg. Hatályos: 2007. 01. 01. valamint a 11/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet
[39] Az 1993. évi III. törvény 63. §-ának (4)-(5) bekezdése a 2006. évi CXVII. törvény 18.§ (1)-(2) bekezdésének megfelelően kiegészített szöveg. Hatályos: 2007. 01. 01.
[40] A Az 1993. évi III. törvény 59/A § () bekezdés a., pontja a 2007. évi CXXI. törvény 82. § (1) bekezdés ak., pontjának megfelelően hatályon kívül helyezve. Hatályos: 2008. I. 1-től
[41] 2007. január 1-től a 11/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet szabályozta, amelyet a 36/2007..(XII.22.) SZMM rendelet hatályon kívül helyezett Hatályos: 2008. 01. 01.
[42] Az 1993. évi III. törvény 65. § (4)-(6) bekezdését a 2006. évi CXVII. törvény 19. §a iktatta be. Hatályos: 2007. 01. 01.
[43] 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet Hatályos: 2008. 01. 01.
[44] Az 1993. évi III. törvény 67. §-a az 1999. évi LXXIII. törvény 20. §-ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 1999. 10. 01.

demencia körébe tartozó középsúlyos vagy súlyos kórképpel rendelkező klienseket, ennek következtében jöttek létre az elkülönített demens-részlegek.[45]

A 2008. január 1-től bevezetett szabályozás

A 2008. év egyfajta traumát jelentett a szociális ellátórendszer számára. Az új szabályozás erőteljesen szét kívánta választani az alap- és szakellátást, ennek eszköze, mércéje elsősorban az önellátási képesség megléte vagy hiánya, amelyhez kapcsolódó vizsgálandó kérdések az egészségi állapot, valamint az ápolásra való rászorultság. A törvényhozó szándéka szerint „biztosítani lehet a gondozási, ápolási szükséglettel rendelkező, alacsony jövedelmű és legkisebb érdekérvényesítési képességgel bíró lakosok szociális szolgáltatásokhoz történő hozzáférését. A szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés, a szolidaritás elvének erőteljesebb érvényesítése, valamint a legrászorultabbak elérése" érdekében a törvény pontosítása vált szükségessé**.** [46] Nem utolsó sorban kifejezetten megfogalmazott célja a szabályozásnak a házi segítségnyújtás és a bentlakásos intézményi ellátás közötti átjárhatóság megkönnyítése.

Senki sem tagadhatja e fent említett célkitűzések helyénvalóságát, de azt a tényt sem, hogy az elmúlt másfél évben lezajlott események igen sok nehézséget okoztak mind az alacsony, mind a magas érdekérvényesítő képességgel rendelkező klienseknek, s nem utolsó sorban a szolgáltatást nyújtani kívánó intézményeknek és az ott dolgozó szakembereknek.

Az események jogszabályi háttere

Az események hátteréül többek között egy intézmény - az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet - felállítása szolgált.[47]

Házi segítségnyújtás

Hogyan történik maga az eljárás, amelynek eredményeként eldől, hogy az igénylő részesül-e vagy sem házi segítségnyújtásban, ha igen, milyen időtartamban? Egyszerűsített előgondozás keretében az intézményvezető tájékozódik a kliens életkörülményeiről, egészségi állapotáról és szociális helyzetéről.[48] A vizsgálatot az intézményvezető kezdeményezi a jegyzőnél, aki a jogszabályi előírásoknak megfelelően egy 3 fős szakértői bizottságot működtet. E bizottság tagjai közé tartozik az ORSZI által kijelölt orvosszakértő vagy szociális szakértő, a házi segítségnyújtást biztosító intézmény előírt szakmai gyakorlattal rendelkező ápolási-gondozási szakembere, valamint a városi jegyző által kijelölt szociális ügyintéző. A tagok megbízatása egy évre szól, de ismételten kijelölhetőek. A bizottság elnöke a szociális ügyintéző, aki előadó szakértőként is eljárhat, e tevékenységi körében helyszíni vizsgálatot végez az igénylőnél, valamint elkészíti az értékelő adatlapot és a szakvéleményt. A szakértői bizottság megvitatja az előadó szakértő által előkészített tervezeteket, értékeli a vizsgálat eredményét, és ezek alapján dönt a szakvélemény tartalmáról. A tagok szavazata egyenlő, a bizottság üléséről jegyzőkönyv készül. A jogszabály az előadó szakértő feladatai közé sorolta a háziorvossal és a gyámhivatallal történő kapcsolatfelvételt is.

---

[45] Az 1993. évi III. törvény 68 § (4) a 2005. évi CLXX. törvény 31 § -ának megfelelően módosított szöveg Hatályos: 2006. 01. 01.

[46] 2007 évi CXXI. törvény Általános indoklása

[47] 213/2007. (VIII. 7.) Kormányrendelet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetről, valamint eljárásának részletes szabályairól

[48] 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.

Lehetőség van - kiegészítő szakértői díj ellenében - a szakvélemény felülvizsgálatára, amelyet az ORSZI elsőfokú szakértői bizottsága folytat le, amelynek egy tagja szociális szakértő.[49]

Időskorúak bentlakásos intézete

Hogyan határozta meg a 2008. év január 1-én hatályba lépett és a szakmában nagy vihart okozó módosítás az idősek otthonának kliensкörét? Az intézmény elsősorban a rendszeres gyógyintézeti kezelést nem igénylő nyugdíjkorhatárt betöltött személyek gondozására szolgált. Kiegészítő szabály nyújtott lehetőséget az idősek otthonában a gondozási szükséglettel rendelkező 18. évét betöltött - betegsége vagy fogyatékossága miatt - önmagáról gondoskodni képtelen személy ellátására, amennyiben az ellátás más típusú ápolást-gondozást nyújtó intézményben nem biztosítható.[50] Az új szabályozás bevezette annak a lehetőséget is, hogy a bentlakásos intézménybe a gondozási szükséglettel rendelkező személlyel együtt a vele minimum egy éve együtt élő házastársa, élettársa, testvére és fogyatékos közeli hozzátartozója is beköltözhessen anélkül, hogy a hozzátartozó gondozási szükségletét vizsgálni kellene.[51]

Az idősotthoni ellátás iránti kérelem alapján az intézményvezető az igénylő gondozási szükségletének vizsgálatát kezdeményezi az ORSZI illetékes kirendeltségénél. Ha az ellátást igénylő kérelmét több intézményhez is beadta, a gondozási szükséglet vizsgálatát az elsőként beadott kérelem szerinti intézmény vezetője kezdeményezi. A gondozási szükséglet fennállását igazoló szakvélemény valamennyi idősotthoni ellátást nyújtó intézménynél, a gondozási szükséglet újabb vizsgálata nélkül felhasználható.[52]

Az előírt gondozási szükséglet hiányában az ellátás nem nyújtható, illetve a szakosított ellátás abban az esetben vehető igénybe, ha az ellátást igénylő az alapellátásban nem gondozható megfelelően. Egy ellátást igénylő csoport helyzetét nem szabályozza a törvény: vajon mi történik azokkal, akiknek 4 órán túli gondozási szükséglete megállapításra kerül, de mégsem kívánnak az idősek otthonába beköltözni. Házi segítségnyújtásban részesülhetnek - papíron 4 órában, a valóságbn ennél kevesebb időtartamban.

A vizsgálatot az ORSZI elsőfokú szakértői bizottsága végzi, amelynek legalább egy tagja szociális szakértő. A szociális szakértő előadó szakértőnek kijelölhető.[53] A szakvélemény felülvizsgálatát a szolgáltatást igénylő, illetve törvényes képviselője - a kiegészítő szakértői díj megfizetésével egyidejűleg - kezdeményezheti az ORSZI regionális igazgatóságánál.

Bizonyos feltételek igazolása esetén az ORSZI szakértőjének nem kell helyszíni vizsgálatot végeznie, a szakvélemény kiállítása a benyújtott iratok alapján történik. A vonatkozó jogszabályban egyéb körülmények címszó alatt konkrétan meghatározottak azok a körülmények, amelyek igazolása esetén helyszíni vizsgálat nélkül történhet a szakvélemény kiállítása. Az első speciális körülmény a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az ORSZI vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia-centrum szakvéleménye igazol. Speciális körülménynek minősül az a tény is, hogy

---

[49] 340/2007. (XII.15.) Korm rend a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre,szakértői szervekre

[50] Az 1993. évi III. törvény 68 § (1)-(2) bekezdése a 2007. évi CXXI. törvény 30 § (1)-(2) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01.

[51] Az 1993. évi III. törvény 68 § (5) bekezdéssel egészül ki a 2007. évi CXXI. törvény 30 § (5) bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01.

[52] 340/2007. (XII. 15.) Korm rend a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre, 3. § (1) bek..

[53] 340/2007 (XII. 15.) Kormányrendelet 3. § (2) bekezdése a 340/2008 (XII. 30) Kormányrendelet 22. §-ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2009. 01. 01.

az ellátást igénylő egyedül él, itt azonban különböző feltételeknek kell megfelelnie. Egyik feltétel a nyolcvanadik év betöltése és ehhez társul annak a ténynek az igazolása, hogy a települési önkormányzat részére - gondozási szükséglete ellenére - házi segítségnyújtást nem biztosít. Úgyszintén speciális körülmény a hetvenedik évet betöltött személy esetében a közműves víz-, vagy a villamosenergia-ellátás hiánya. Egészen más típusú indok, ha az igénylő fogyatékossági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül. E körbe tartoznak az I. rokkantsági csoportú rokkantsági nyugdíjasok, a baleseti rokkantsági nyugdíjasok, illetve a rokkantsági járadékban részesülők, valamint a legalább 80 %-os mértékű egészségkárosodást szenvedett személy, akinél az önkiszolgálási képesség hiányát megállapították. Az életkor személyi igazolvány másolatával igazolható, a települési önkormányzat jegyzője igazolja a házi segítségnyújtás biztosításának, valamint a közmű meglétének a hiányát. A nyugdíj és a járadékok a jogerős határozattal/bankszámlakivonattal igazolhatóak, az egészségkárosodás fokozatát az ORSZI, illetve jogelődjének - Országos Orvosszakértői Intézet - szakvéleménye bizonyítja.[54]
A bentlakásos intézménybe beutaló határozatnak minden esetben tartalmaznia kell a vizsgálati eredményt.

Minthogy az idősotthoni ellátás csakis napi négy órát meghaladó mértékű gondozási szükséglet esetén nyújtható, ennek hiányában - amennyiben a gondozási szükséglet kisebb mértékben ugyan, de fennáll - a házi segítségnyújtás vehető igénybe. Ebben az esetben a házi segítségnyújtás igénylése során az ORSZI szakvéleménye igazolja a gondozási szükségletet.

Lehetőség nyílt arra is, hogy az idősotthoni ellátást igénylő egészségi állapotára vagy egyéb körülményeire tekintettel az intézményvezető gondozási szükséglet vizsgálata nélkül is határozott időre felvehesse a sürgős ellátást igénylőt, legfeljebb három hónapos időtartamra.[55]

Jövedelemvizsgálat[56]

Az igénybe vevő jövedelmi helyzetének - étkeztetés, házi segítségnyújtás és bentlakásos idősotthoni ellátás esetében történő - vizsgálatára a törvény új - de a pénzbeli ellátások terén már alkalmazott szabályokra is építő - eljárási szabályokat fogalmazott meg. Ezek egyik eleme a jövedelem vizsgálata. A jövedelem mértéke továbbra sem az ellátás igénybevételének feltétele, hanem a térítési díjak mértékét befolyásoló tényező.

A jövedelmet a települési önkormányzat jegyzője vizsgálja, és arról igazolást állít ki. A szolgáltatások igénybevételének megkönnyítése érdekében étkeztetés és házi segítségnyújtás esetében az igazolást az igénylő közeli hozzátartozói is felhasználhatják. A jövedelemvizsgálatot étkeztetés esetében a szolgáltatást igénybe venni kívánó személy az ellátás igénylését megelőzően, a házi segítségnyújtás esetében a gondozási szükséglet megállapítását követően, [57] míg az idősotthoni ellátás esetében a szolgáltató intézmény vezetője a gondozási szükséglet kezdeményezésével egyidejűleg[58]kérelmezi a jegyzőnél.

Étkeztetés és házi segítségnyújtás esetében az ellátást igénylő családjában az egy főre

[54] A 36/2007. (XII.22) SZMM rendelet 4. § Hatályos: 2008. 01. 01.
[55] Az 1993. évi III. törvény 68/B §- a a 2008. évi CVII. törvény 10. § -ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2009. 01. 01.
[56] Az 1993. évi III. törvény 119/C. § a 2007. évi CXXI. törvény 54.§ -ának megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01.
[57] Az 1993. évi III. törvény 119/C (5) bekezdésének b) pontja a 2008. évi CVII. törvény 12.§-ának megfelelően kiegészített szöveg. Hatályos: 2009. 01. 01.
[58] Az 1993. évi III. törvény 119/C (5) bekezdésének c) pontja a 2008. évi CVII. törvény 12.§-a iktatta be. Hatályos: 2009. 01. 01.

jutó jövedelmet, míg idősotthoni ellátás esetében az ellátást igénylő havi jövedelmét kell megvizsgálni. Annak érdekében, hogy a vagyonnal rendelkező ellátott lehetőség szerint nagyobb részt vállaljon ellátásának költségeiből, az idősotthoni ellátás esetében a jövedelemszámítási szabályok kiegészültek a vagyonvizsgálat szabályaival. A vagyoni helyzet a jövőben sem zárja ki ellátás igénybevételét, azonban a vagyonnak az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének harmincszorosát meghaladó részét az átlagos gondozási időre számított jövedelemként kell figyelembe venni, ilyen módon tehát a térítési díj mértéke emelkedhet. Vagyonként kell figyelembe venni az ellátás igénylésének időpontjában az ellátást igénylő tulajdonában álló ingatlant és járművet, valamint az őt illető hasznosítható vagyoni értékű jogot, sőt - az ellátásban korábban tapasztalt hozzátartozói viselkedésmintákra való reagálás eredményeként - az ellátás igénylését megelőző 18 hónapban ingyenesen átruházott ingatlant is.[59]

A 36/2007. (XII.22.) SZMM számú, a gondozási szükséglet valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló rendelet előzményei és végrehatásának története

1999 Gondozási szükségletvizsgálat korábban is volt. Ezt szolgálta az előgondozás az idősotthoni beköltözés előtt és a HSG igénybevétele előtti előzetes látogatás (Lásd: 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről)

1999-től az Szt. változtatásainak céljai a következők voltak: a szociális szolgáltatások célzottá tétele, területi ellátás súlyának növelése a bentlakásos intézmények súlyának csökkentése, a szociális ellátások fenntarthatóságának javítása (költségeinek csökkentése, de úgy, hogy a rászorultak megkapják a szükséges ellátást), a szolgáltatások hatékonyságának, szakmaiságának és minőségének növelése. 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 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 kidolgozója, 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 idősek bentlakásos ellátásában a gondozási szükségletek mérésére, a változások követésére. A felmerülő további kérdések kapcsán, a munka fókuszát kitágították: a vizsgálatba bevonták részben a házi segítségnyújtás körét, részben 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

[59] Az 1993. évi III. törvény 119/C - 119/D. §-a és megelőző IV. Címe a 2007. évi CXXI. törvény 54. §-ának megfelelően beiktatta. Hatályos: 2008. 01. 01.

tevékenységek normaidejét, javaslatot tett az ápolási, gondozási kategóriák meghatározására, illetve modellkísérlet hajtott végre). A HGCS2 jelenleg is folyik, eredményei még nem hozzáférhetők.

2007 második féléve A 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól című rendelet kidolgozása

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.** sz. rendeletet), míg a szakminiszter – megelőző egyeztetés után – 2007 decemberében hozta meg a **36/2007. (XII.22.) SZMM számú rendeletét** a gondozási szükséglet valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól, aminek rendeltetése a végrehajtás szakmai megalapozása volt. A jogszabály mellékletei tartalmazzák az eljárásban használandó kérvényeket és 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 a legfontosabb szakmai közreműködő és szakértő szervezet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, illetve az annak keretében dolgozó szakértői bizottság.

2007. novemberben Juhász dr., az ORSZI vezetője jelezte, hogy a rendelet végrehajtásának előkészítését nem tudja elkezdeni, 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 hátterének biztosítása (állami költségvetési feladat, aminek lebontása minden év elején zökkenőkkel jár).

2008. január 1. a rendelet hatályba lép, ekkor kezdődik meg az ORSZI Szociális Főosztályának megszervezése, a GSZV-t végző szakértők felkérése, illetve a szakértői bizottságok felállítása.

2008. 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 db kérelmet vett nyilvántartásba az ORSZI, majd 170 szakértővel kezdték el a munkát. Nehézséget jelentett az idősotthonok „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 idősotthonba, 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-én 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 olyan mértékű volt, amely indokolta volna az idősek otthonába való bekerülést.

2008. január 1-től az idősotthonok vezetői és az intézményfenntartó önkormányzatok jelzik, hogy üres férőhelyek vannak az idősotthonokban, mivel a bizottságok még nem álltak fel, és a GSZV nélkül nem lehet újabb lakókat felvenni. Így a normatíva igénylése lehetetlenné vált, veszély a működés ellehetetlenülése.

További feszültséget keltett, hogy az állami fenntartású intézmények kötelesek azokat **várólistán** szerepeltetni, 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. márciusig az ORSZI Bizottságok felálltak.

7 regionális igazgatóság alakult, ezek kirendeltségeket működtetnek, általában megyénként egy-egy kirendeltséget. Kivétel Közép-Magyarország, ahol van egy kirendeltsége a fővárosnak és egy Pest megyének.

> „A munka nagyságát jellemzi, hogy **a mai nap adatai szerint** az **Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézethez több mint 7200 fő gondozási szükségletének elbírálási igénye érkezett. 5351 esetben már elkészült a pozitív irányú szakvélemény** és folyamatban vannak a helyszíni vizsgálatok." (Forgó Györgyné szakállamtitkár. Tapasztalatok az idősotthoni ellátásban. Sajtótájékoztató, SzMM, 2008. május 5.)

Az intézethez kezdetben hetente 1700-2000 kérelem érkezett be és 5-600 szakvélemény kiadására került sor.

2008. márciustól a házi-segítségnyújtók jelzik, hogy nem tudják GSZV által meghatározott gondozási óraszámokat biztosítani

2008 második félévtől – Egyes idősotthonok adaptív intézkedésként ágyaik egy részét átmeneti gondozásra jelölték ki és regisztráltatták, hogy ezekre felvehessék a sürgős elhelyezésre szoruló felhasználókat, még a GSZV elkészülte előtt, így az üresen álló férőhelyek problémáját megoldották.

2008. szeptember – az SZMM (Kovárik Erzsébet szakállamtitikár) egyeztető munkacsoportot hozott létre a gondozási szükséglet vizsgálattal kapcsolatos tapasztalatok és érdekellentétek megtárgyalására. A szociális intézményekbe történő elhelyezés, valamint a házi segítségnyújtás jogi szabályozását áttekintő munkacsoport 2008. szeptemberében kezdte meg tevékenységét. Tagjai:

SZMM részéről: Dr. Kovarik Erzsébet szakállamtitkár; a Családi és Szociális Szolgáltatások Főosztálya részéről: Serafin József, főosztályvezető, Cziráki Andrea főosztályvezető helyettes, Druskóczi Tünde főtanácsos; Államtitkári Titkárság: Csillik Gabriella szakértő; Szociális Jogi Osztály: dr. Somkúti László;

ORSZI részéről: Dr. Juhász Ferenc főigazgató, dr. Füzi István főigazgató helyettes, Kiss Györgyi főosztályvezető, dr. Balogh Edit főosztályvezető helyettes;

Szociális Klaszter részéről: dr. Egervári Ágnes igazgató, Pesti Györgyné szociális szakértő, Czibere Károly az Református Egyház szociális szolgáltatásainak vezetője, Skultéti József, a Fővárosi Polgármesteri Hivatal Szociális Osztályának vezetője;
Szociális Ellátók és Szociális Ellátottak Egyesülete (SZESZE) részéről: Dr. Pósfai Gábor alelnök;
SZMI részéről: Kozma Judit főosztályvezető, Dögei Ilona tanácsos.
A Munkacsoport tevékenységének jellege: A GSZV eljárásrenddel, értékelőlappal kapcsolatos problémák módosítási, kiigazítási javaslatainak kidolgozása szakmai konszenzus alapján.
Megtárgyalt kérdések/javaslatok a szabályozással kapcsolatban:

- 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 intézményvezetője döntése alapján 3 hónapos időtartamra GSZV nélkül is felvehesse indokolt esetben a szolgáltatást igénylő személyt és kezdeményezze ezzel egyidejűleg 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.

Sztv. módosítási javaslatainak kidolgozása, különös tekintettel a 20-20/A. § (1) bekezdése, 68/A.§ (3), (4), (5), (7) bekezdésekre és a 119/D§ tartalmára.

Az értékelő lappal kapcsolatosan megvitatott problémák: az Értékelő lapban az egyes szempontok egyenlő értékkel veendők számításba, nincs súlyozás, nincs egyetlen olyan indikátor sem, amely önmagában indokolná az intézményi felvételt. Az egyes gondozási tevékenységek normaideje nem került meghatározásra, a tevékenységek normaidejét definiálni kell.

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

2009. január 1. 3 hónapos azonnali, átmeneti felvételi lehetőséget kaptak az intézményvezetők, hogy a sürgős elhelyezésre szorulókat még a GSZV előtt felvehessék az otthonokba (2008, évi CVII. törvény 10.§)

2009. januártól 70 %-ra emelkedett az egyházi idősek 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 utolsó sorban társadalmi vitára került a Nemzeti Idősügyi Stratégia, mely azonban nem váltott ki tömegkommunikációs visszhangot.

2008. februártól- parlamenti interpellációk:

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 került jóval később idősotthonba az elhúzódó ügyek miatt.

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

Szociális és Munkaügyi Minisztérium
Miniszter

5689-2/2008.

Országgyűlés Hivatala
Iktatószám: K/5053/1
Érkezett: 2008 MARC 06.

Borsos József úrnak
országgyűlési képviselő

Fidesz-Magyar Polgári Szövetség
Képviselőcsoportja

Budapest

Tisztelt Képviselő Úr!

Az Ön által **K/5053**. számon, **„Újabb szegénységi bizonyítvány, avagy a szociális otthonokba várakozó idős embereket megalázzák?"** címen benyújtott írásbeli kérdésre az alábbi tájékoztatást adom.

Az idősek otthona elsősorban olyan idős emberek ápolását-gondozását kell, hogy elvégezze, akik otthonukban biztonságosan már nem gondozhatók. A szociális szolgáltatások közül ez a legösszetettebb ellátást nyújtó és egyben a legköltségesebb ellátási forma.

A korábbi évek tapasztalatai alapján elmondható, hogy igen gyakran olyan személyek is bekerültek idősek otthonába, akik – az alapszolgáltatások igénybevételével – saját otthonukban is elláthatók lettek volna. A szolgáltatás fenntartója abban volt érdekelt, hogy a jelentkezők közül a legkevesebb ápolásra szoruló, de leginkább fizetőképes idős emberek jussanak be az intézményekbe. Az elhelyezésre várakozók magas száma is feltehetően ezt a korábbi rossz gyakorlatot igazolja.

Az ilyen helyzet igazságtalan, torz ellátási struktúrát eredményez és hosszú távon nem finanszírozható. Szükséges a célzottabb, a valódi rászorultságot figyelembe vevő szolgáltatási rendszer kialakítása éppen azok érdekében, akik eddig hosszú éveket vártak.

A szociális törvény 2008. január 1-jétől hatályba lépett módosítása a szolgáltatások célzottabbá tételét szolgálja, s azt kívánja elősegíteni, hogy intézményi elhelyezésre csak valóban indokolt esetekben kerüljön sor. Akinek az egészségi állapota, önkiszolgáló- és önellátó képessége még lehetővé teszi, az saját otthonában, a szociális és az egészségügyi alapszolgáltatások keretében kapjon szakszerű segítséget.
A Szociális törvény tavalyi módosítása azokat a legszükségesebb és azonnali lépéseket tette meg, amellyekkel biztosítani lehet a magas gondozási, ápolási szükséglettel rendelkező, alacsony jövedelmű és legkisebb érdekérvényesítési képességgel bíró emberek szociális szolgáltatásokhoz történő hozzáférését. Tehát azoknak az embereknek biztosít esélyegyenlőséget, akik ugyan egészségügyi és szociális helyzetük révén rászorulnának a szociális gonodskodásra, azonban idáig esélyük sem volt erre.

1054 Budapest, Alkotmány utca 3. • ✉ 1243 Budapest, Pf: 580
☎ (36-1) 473-8184 (36-1) 302-1373
e-mail:miniszter@szmm.gov.hu
Internet: www.szmm.gov.hu

A gondozási szükséglet megállapítását, azaz annak eldöntését, hogy otthoni vagy intézményi ellátásra van-e szükség, csak egy független szakértői szerv végezheti. Ez az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, amely a hazai társadalombiztosítási és szociális szakértés vezető intézménye: közel 30 jogcímen végez komplex szakértői tevékenységet és ad ki szakvéleményt.

Az idősotthoni elhelyezést kérők gondozási szükségletének megállapítása során az ORSZI szakértői bizottságának csak egy tagja, a szociális szakember végez helyszíni vizsgálatot. A jogszabály részletezi azokat az egyéb körülményeket is, amelyek megléte esetén nem kell a lakóhelyen (vagy tartózkodási helyen) vizsgálni a gondozási szükségletet.

Az igénybevételi eljárás új rendje és az ORSZI tevékenységének megfelelő ütemezése szempontjából igen fontos, hogy az ellátást igénylők várólistája aktuális és naprakész legyen. Annak érdekében, hogy a gondozási szükségletek szakvéleményezése ütemezetten és jól szervezetten történjen, az idősek otthona vezetőit felkértük a felvételre várakozók listájának gyors aktualizálására, hiszen az ebben lévő pontatlanság felesleges munkát és jelentős időcsúszást eredményezhet az ellátás igénybevétele szempontjából.

A szakértői tevékenység zavartalan lebonyolítása és a Szakértői Intézetnek a vizsgálatokra való megfelelő felkészülése érdekében az intézményvezetőknek a – szociális törvény 20/A §-ában meghatározott – nyilvántartást frissíteniük kellett. Ezeket az adatokat valamennyi intézményvezető jogszerűen tartja nyilván, mivel törvényben előírt kötelezettsége a nyilvántartás vezetése. A minisztérium tehát olyan adatokat kért (aktualizált formában) az intézményvezetőktől, melyek törvényben meghatározott feladatába tartoznak, s nem a vele jogviszonyban nem álló idős embereknek tett fel kérdéseket.

Célunk éppen az volt, hogy elősegítsük a megüresedő férőhelyek gyors feltöltését, elkerülve a fenntartók, az intézmények érdekeinek sérelmét. A bekért adatokat az ORSZI kizárólag a szakvélemények elkészítésének céljából használja fel.

Az ORSZI szakértői bizottságai valamennyi megyei kirendeltségen megkezdték működésüket. 25 szociális szakértővel megbízási szerződés keretében létesített jogviszonyt az ORSZI főigazgatója. A Szakértői Intézet Regionális Igazgatóságain, megyei kirendeltségein több mint 60 köztisztviselő és egyéb jogviszonyban dolgozó szakértő kezdi meg munkáját. A városi jegyzők által működtetett bizottságokba több mint száz szociális szakértőt delegálunk.

Eddig a Szakértői Intézethez a szociális intézményektől több mint 1500 fő elbírálási igénye érkezett be, melyek feldolgozása folyamatban van. 400 esetben az elhelyezésről pozitív irányú vélemény született, csaknem 300 esetben helyszíni vizsgálatot végeztek, számos igénybejelentést pedig hiánypótlásra kell visszaküldeni.

Tájékoztatom Képviselő Urat, hogy a törvénymódosítás végrehajtása nem akadozik, minden tevékenység a jogszabályi előírásoknak megfelelően folyik, az új rendszer működőképes.

Budapest, 2008. március „6.„.

Üdvözlettel

Dr. Lamperth Mónika

Országgyűlés Hivatala
Irományszám: I/6353/1
Érkezett: 2008 NOV 13.

Az Országgyűlés
Ifjúsági, szociális és családügyi
bizottsága

Jelentés

Dr. Zombor Gábor (Fidesz) képviselő által „**Hány idős ember maradt ki, illetve került később idősotthonba a késlekedés miatt?**” címmel I/6353. számon benyújtott interpelláció tárgyában folytatott bizottsági tárgyalásról és döntésről

Az Országgyűlés 2008. október 6-ai ülésén 183 igen szavazattal, 182 nem ellenében, 2 tartózkodás mellett nem fogadta el az interpellációra Szűcs Erika szociális és munkaügyi miniszter által adott választ.

Az Országgyűlés elnöke az interpellációt megtárgyalásra kiadta az Ifjúsági, szociális és családügyi bizottságnak.

A bizottság 2008. október 28-ai ülésén a tárgyalást lefolytatta és 15 igen, 11 nem szavazattal, tartózkodás nélkül meghozott döntésével a Házszabály 117.§ (4) bekezdés b) pontja alapján javasolja, hogy

az Országgyűlés fogadja el az interpellált által kiegészített választ.

Az interpellált minisztert helyettesítő Korózs Lajos államtitkár által szóban előadott, kiegészített válasz:

Az elmúlt két évben hosszas várólisták alakultak ki a bentlakásos idősotthonokban, melynek alapvetően az az oka, hogy számos idős ember szociális biztonságának biztosítása végett jelentkezett ilyen intézményekbe. A rászorulók sok esetben az önkormányzatok által nyújtott szociális alapszolgáltatások – szociális étkeztetés, házi segítségnyújtás – hiánya miatt igényelték az intézményi elhelyezést. A bentlakásos intézményben egy férőhely finanszírozásából négy-öt alapellátási szolgáltatás is biztosítható. A szabályozás értelmében a települési önkormányzatoknak elsősorban a magas gondozási-ápolási szükséglettel rendelkezők vonatkozásában van ellátási kötelezettsége.

Az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (továbbiakban: ORSZI) ez év februárjában kezdte meg a gondozási szükséglet felülvizsgálatát. A felülvizsgálatok megkezdésének időpontja január és február hónapban is kieső gondozási napokat jelenthetett, mivel a helyszíni vizsgálatok elvégzése a bizottság ülése és a szakvélemény kiadása is időt vesz igénybe – fűzte hozzá Kiss Györgyi, az ORSZI főosztályvezetője.
Az intézethez kezdetben hetente 1700-2000 kérelem érkezett be és 5-600 szakvélemény kiadására került sor.
Az interpellációban említett Kecskemét városával kapcsolatban elmondható, hogy 162 a beérkezett és feldolgozott vizsgálati kérelmek száma, melyből 151 esetben került sor szakvélemény kiadására.

Az ORSZI feladatköre kapcsán elhangzott amellett, hogy az ápolási-gondozási szükséglettel kapcsolatos szakvéleményt ad ki, hatáskörrel rendelkezik a komplex rehabilitációs feladatok meghatározásában. Az intézet által több mint harminc jogcímen végzett vizsgálatok többsége a szociális ellátásokat érinti.

Az interpellációs kérdések a jegyzői szakértői bizottságok létrehozását is érintették. Ez év májusáig 272, augusztus 31-ig további 11, tehát valamennyi bizottság megalakult.

Az interpelláló képviselő elmondta, fenntartja, hogy valósak a kecskeméti idősotthonokkal kapcsolatban az Országgyűlés ülésén általa ismertetett adatok.
A fő problémának a rendszer igazságtalanságát látja; az idős emberek nem ok nélkül igénylik az állami, önkormányzati gondoskodást. Felhívta továbbá a figyelmet, hogy számos férőhely marad üresen, az intézmények nem képesek kihasználni kapacitásaikat. A közelmúltban jelent meg a bentlakásos intézmények kiegészítő támogatását szolgáló pályázat, amely a finanszírozás problémáira mutat rá. Jelezte, hogy a választ továbbra sem tudja elfogadni.

A férőhely-kihasználtsággal kapcsolatban Kiss Györgyi elmondta; az ORSZI felé is jelzik az intézmények, hogy betöltetlen férőhelyeik vannak, miközben ez a kiadott szakvélemények számával nem magyarázható. Indokolt lehet megvizsgálni, hogy miért nem foglalják el a szakvéleménnyel rendelkező idősek a számukra biztosított férőhelyet.
Az ORSZI a jövőben, hogy kétség se férjen adatai hitelességéhez, régiónként és intézményenként közzé teszi honlapján a feldolgozott és kiadott szakvéleményeket.
Az idősotthoni üres és betöltött férőhelyek, illetve a várakozók számát a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal adatbázisa tartalmazza, mely az intézmény-fenntartók adatszolgáltatásán alapul.

Dr. Iván László az ápolási-gondozási szükséglet kapcsán azon véleményét fejezte ki, hogy az idősellátásnak a bentlakásos intézményekhez kötődő tennivalói alapvetően más megközelítést igényelnek, ezért nem tartja elfogadhatónak a választ. Kiemelte, valójában nem tudjuk, hogy ténylegesen milyen mértékű szükségletek kielégítésére van igény.

Béki Gabriella ugyancsak a férőhely-kihasználtság kapcsán a rászorultság mérésének nehézségére mutatott rá. Hangsúlyozta, előre látható volt, hogy az ápolási-gondozási szükséglet bevezetése átmeneti nehézségekkel fog járni. Konkrét kérdése a kapacitás-kihasználtság aktuális adataira vonatkozott. Az államtitkár úr válaszában elmondta, hogy november-december hónapban a szociális tárca országosan áttekinti a férőhely-kihasználtságot, valamint az ellátási forma teljes szabályozását és ha szükséges, javaslatokat fog tenni módosítására.

A bizottság előadója: Lombos István

Budapest, 2008. november 13.

Országgyűlés Ifjúsági, szociális és családügyi bizottság

Dr. Vidorné dr. Szabó Györgyi
elnök

Általános problémák az idősellátás területén

A GSZV bevezetése 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. Ezek a problémák mind megjelentek a GSZV-vel kapcsolatos jelenségekben és vitákban.

Kihívások a keresleti oldalon

A társadalom elöregedésének 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).

Magyarországon 2001-ben a lakosság több mint egyötöde volt 60 éven felüli (1. sz. táblázat). A demográfiai korfa, illetve a halálozási arányszámok alapján teljes körű adatfelvétel híján is valószínűsíthető, hogy az idősellátásban 2009-re a keresleti oldal további növekedésével kell számolni.

1. sz. táblázat: 60 év feletti népesség aránya településtípusonként (2001) [60]

Településtípus	Települések száma (db) a településtípuson	Lakónépesség összesen (fő) a településtípuson	60 év feletti lakónépesség a településtípuson (fő)	60 éven felüliek aránya a településtípuson
20 000 fő felett	63	4 946 116	1 007 020	20,4%
10 000-19 999 fő között	79	1 098 962	204 327	18,6%
3 000-9 999 fő között	336	1 708 082	336 978	19,7%
2 999 fő alatt	2 657	2 445 155	533 234	21,8%
Összesen	***3 135***	***10 198 315***	***2 081 559***	***20,4%***

Kihívások a szolgáltatások kínálati oldalán

A szolgáltatóknál és a finanszírozó önkormányzatoknál forráshiány mutatkozik, miközben folyamatos és erőteljes politikai nyomás nehezedik a szakminisztériumra a költségek csökkentése érdekében.

- *A bentlakásos intézmények költségvetési lehetőségei bizonytalanok*, ezért az előrelátó tervezés, fejlesztés lehetetlen, a munkáltatói jogok, kötelezettségek nehezen érvényesíthetőek. A kistelepülések önkormányzatai állandó forráshiánnyal küzdenek, ezért több helyen a HSG-t nem tudják működtetni. A helyzetet javította a kistérségi társulások számára juttatott kiegészítő finanszírozás, de több helyen a szolgáltatási

[60] A területi adatok a 2001-es népszámlálásból származnak www.nepszamlalas.hu

terület kiterjesztése a gondozónők túlterheltségét fokozta, és az időhiány rontja a szolgáltatás minőségét.[61]

- 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, vagy a gondozónők túlterheltségét, stb. Ez a probléma jelenik meg például az ideiglenes működési engedéllyel dolgozó intézmények viszonylag magas számában. Ezek a problémák a fenntartók helyzetével (az önkormányzatok forráshiányával) függenek össze. A forráshiány következtében romlik a szolgáltatás minősége. A házi segítségnyújtásban érintett felhasználók átlagos állapota emiatt romlik, így később rosszabb állapotban jelentkeznek idősotthoni ellátásért, ami az ellátottakon kívül az államnak is egyértelmű hátrányt jelent.

- *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 713000 Ft jutott egy ellátottra, addig 2009-ben 689000 Ft. Ez fenyegeti az ellátás biztonságát, és bizonyosan rontja a minőségét. A szociális szféra érdekérvényesítési képessége gyenge, a PM takarékossági intézkedései a szakmai, szolgáltatásfejlesztési szempontokat felülírják

- *Ezt a helyzetet a gondozási díj megállapításának szabályaiban bekövetkezett változások sem javítják*, mivel az idősotthonok ugyan a vagyonvizsgálat alapján magasabb térítési díjakat is megállapíthatnak, mint amire korábban, a nyugdíj figyelembe vételével 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 (jóléti-mix)

- A bentlakásos idősellátás szolgáltatásainak 64,4%-a továbbra is *állami, illetve önkormányzati* fenntartású, és ez az arány a házi segítségnyújtó szolgáltatások esetében még magasabb (94 %).

[61] Az SzMI korábbi, Mélyszegény családok és szociális szolgáltatások a hátrányos helyzetű kistérségekben c. kutatás tapasztalatai szerint.

A KSH-tól származó adatok szerint 2007-ben 45957-en vették igénybe a HSG-t, térítési díjat 62.6, 2%-uk fizetett (saját számolás szerint), a KSH 2009 júniusi gyorsjelentése szerint 2008-ban 48000 fő részesült HSG szolgáltatásban. Térítési díjat 58%-uk fizetett. Az ellátottak számának növekedését nem csak a GSZV bevezetése okozhatta, hanem a társulásoknak juttatott kiegészítő támogatás is, amelynek következtében olyan területeken is létrejött a szolgáltatás, ahol korábban nem volt.

A bentlakásos és a területi ellátást fenntartók szerint, együttesen vizsgálva (lásd 1. és 2. táblázat) megállapítható, hogy mindkét szociális szolgáltatási típusban a legmagasabb az önkormányzati fenntartású szolgáltatók aránya, ill. a legtöbb igénybe vevő önkormányzati keretek között részesül ellátásban. Kovács-Papházi [62] a következőket állapítják meg: „A házi segítségnyújtás esetében is az önkormányzati fenntartású szolgáltatók egyértelmű túlsúlya látszik, csökkenéssel (2000: 96,4%; 2006: 94%). Ez részben a törvényi előírásokkal is magyarázható, hiszen minden települési önkormányzat számára kötelező (lenne) ezen szolgáltatások megszervezése. A nem önkormányzati szolgáltatók aránya elenyésző, de összhangban az ellátottak számának emelkedésével, összességében emelkedő tendenciát mutat. Az egyházi fenntartású szolgáltatók által étkeztetésben részesítettek aránya az összes fenntartó arányában elenyésző, de folyamatos növekedést mutat (2000: 0,3%; 2006: 1,1%). Az alapítványok, közalapítványok által fenntartott intézmények révén ellátottak száma 2006-ban volt a legmagasabb (1,5%), hasonló tendencia mondható el az egyesületi fenntartású intézmények által gondozottak arányáról is (1,1 %). Egyéni, vagy társas vállalkozás által működtetett intézmények a vizsgált időszakban csak 2003-ban jelentek meg szolgáltatóként, s akkor is csak az összes házi segítségnyújtásban részesülő 0,1%-át látták el.”(6-8 o.)

2. táblázat

Ellátottak aránya (%) az idősek bentlakásos ellátásában tárgyév XII. 31-én							
Megnevezés	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Önkormányzat*	75,5	73,8	72,4	71,1	68,9	67,4	64,4
Egyház, egyházi intézmény	11,2	11,2	11,1	12,1	13,4	13,6	13,9
Alapítvány, közalapítvány	4,7	5,2	5,8	5,4	5,9	6,3	6,6
Egyesület, társadalmi szervezet	0,3	0,7	0,6	0,7	0,9	1,5	1,7
Egyéni vagy társas vállalkozás	1,8	2,0	2,3	1,9	0,5	0,3	0,2
Közhasznú társaság, központi költségvetési intézmény	5,9	7,1	7,8	8,8	10,4	10,9	13,3
Egyéb intézmény	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

[62] Kovács Martina - Papházi Tibor (2008): Idősek a szociális ellátórendszerben, 2000-2006. Kapocs VII. évfolyam, 2008 évzáró szám

3. táblázat

Házi segítségnyújtásban részesültek aránya tárgyév XII. 31-én intézményfenntartók szerint (%)

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

2008-évre vonatkozóan a KSH [63] 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 for-profit, non-profit és egyházi szolgáltatókat (arányukat lásd az 2. és 3.számú táblázatban). A piaci szolgáltatók jellemzően az új vagy magasabb színvonalú szolgáltatások iránti igényt igyekeznek kielégíteni, mint amilyenek a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, melynek hívórendszerét for-profit vállalkozások telepítik és az emelt szintű magán-, és egyházi idősotthonok. Ugyanakkor – mint korábban is – van a szociális szolgáltatásoknak informális (fekete) piaca is. 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-k esetében, miközben igyekeznek kihasználni a szolgáltatásokra rendelkezésre álló állami forrásokat. A költségek növekedése miatt a szakminisztérium ez esetben is igyekezett visszafogni a növekvő költségeket.

  Az átlagot jóval meghaladó minőségű elhelyezési körülményeket - egy-vagy kétszemélyes lakrész önálló konyhával és fürdőszobával - és szolgáltatásokat biztosító emelt szintű tartós bentlakásos intézményben a személyi térítési díj mellett az intézményi elhelyezéskor egyszeri hozzájárulás, vagy az intézményi ellátás során személyi térítési díj pótlék is kérhető volt.[64] 2008. januártól nem lehetett új működési engedélyt kiadni emelt szintű intézményre, illetve férőhelyre. Az intézmények fenntartói kezdeményezhették az emelt szintű

[63] http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2008.pdf 30-31 o., megjelenés dátuma: 2009.06.09

[64] A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet 43. §-a

idősotthoni ellátásban részesülő személyek gondozási szükségletének vizsgálatát.[65] A napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglet megállapítása esetén az ellátott után 2009. évtől nem emelt szintű normatív hozzájárulás vehető igénybe, ebben az esetben azonban az ellátott jövedelemvizsgálatát is el kellett végezni.

A GSZV bevezetését megelőzően egyes szakemberek véleménye szerint általános tendencia volt, hogy „az emelt szinteket elkezdték nyomni. A lakóparki program lecsengett, ezért egyre többen építettek emelt szintű intézményt. Valamiért mindenki a tartós bentlakásost fejleszti, és rengetegen kerülnek be olyanok a rendszerbe, akik nem is rászorultak, nem is jogosultak, csak megfizetik az emelt szintű ellátást, és elveszik a többiektől a helyet. Erre találták ki a GSZV-t, hogy legyen egy eszköz, amivel ki lehet szűrni, hogy ki rászorult és ki nem. Ezért próbálták az emelt szintet folyamatosan visszavágni, sokfajta eszközzel. Ezért egyre inkább visszafejlesztették ezt az intézmény-fajtát, és ezzel párhuzamosan fejlesztették ki a GSZV-t" (idősellátási szakértő).

- Az *informális gondozás* természetes alternatívája az idősotthoni ellátásnak. Az informális gondozás támogatása és a (főleg női) munkanélküliség kezelése indokolta az ápolási díj bevezetését. Megoldatlan viszont az ápoló hozzátartozók támogatása szolgáltatásokkal, bár a gyakorlatban a HSG 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 létszámot[66], bár – a SZIA által végzett kutatás és a szakértői interjúk tanúsága szerint – több területen nagy hatékonysággal működtetnek társadalmi gondozó hálózatot.

  „Szegeden, a kistérségben, a falvakban társadalmi díjas gondozónőket alkalmaznak (84 fő), akik 15.000Ft/hó tiszteletdíjat kapnak. A kérdezett szakemberek véleménye szerint korábban 350 tiszteletdíjas dolgozott ugyanezen a területen. Ha a korábbi létszámban foglalkoztathatnának tiszteletdíjas munkatársakat, az színvonalasabbá tenné a szolgáltatást, több embert, magasabb óraszámban lennének képesek a szociális munkások irányításával ellátni." [67]

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 idősek 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 feketepiac 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

[65] Az 1993. évi III. törvény68/A. § (3) bekezdése a 2007. évi CXXI. törvény31.§ (2 bekezdésének megfelelően módosított szöveg. Hatályos: 2008. 01. 01.

[66] (1/200(I.7.) SZCSM rendelet 27.§ (3) bekezdése a 2/2006.(IV.14.) ICSSZEM rendelet 18.§ (1) bekezdésének mrgfelelően módosított szöveg.

[67] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 199.o.

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

- Tisztázatlan az állam és a különböző szereplők szerepe, felelőssége, egymáshoz való viszonya, illetve az öngondoskodási képesség támogatásának kérdése.

  Ez utóbbiban több kezdeményezés született: erre jöttek létre a különböző előtakarékossági biztosítások és felmerült az ápolás-biztosítás bevezetésének javaslata is, ezek azonban a prevenció lehetőségei, nem (vagy legalábbis kis mértékben) azt a réteget érintik, amely az idősellátás szolgáltatásait ma igénybe veszi.
- Bizalmatlanság és érdekütközések tapasztalhatók a szolgáltató rendszer egyes szereplői között.

  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 gondozási idő-szükségletét” [68]

  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 szeretnének 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, fillérekért dolgozó gondozónők.

  A finanszírozó leginkább a civil szolgáltatókkal szemben bizalmatlan, amit a lenti keretes újságcikkrészlet indokol. Viszont fel kell hívnunk az érdekeltek figyelmét arra, hogy a nyugati uniós országokban egyre kevésbé az állami szolgáltatók elégítik ki 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.

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

Házi segítségnyújtás mint üzlet

Vészjelzések

A szociális ellátás is lehet biztos üzlet –bizonyítja egy cégcsoport, amelynek folyton átalakuló egyik társasága a jogszabályi útvesztők közt lavírozva évek óta költségvetési százmilliókhoz jut

„Simán lopás, szebben mondva pénzmaximalizálás" – az egyik legnagyobb magyarországi egyházi segélyszervezet vezetője kommentálta így a HVG-nek azt a hírt, miszerint a közelmúltban egyházi fenntartásúvá alakult a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás piacának legnagyobb szereplője, a 2006-ban létrejött Megmentő Kht. A mindössze hároméves, de igen dinamikusan fejlődő társaságtól az Alvinczi Péter Szeretetszolgálat május végén vette át a 750 településen jelen lévő kht csaknem 20 ezer ügyfelét. A szeretetszolgálat mögött a Horvátországi Magyar Református Keresztény Egyház áll, amely 2005-ben szociális célokra megalapította a magyarországi Kálvin János Presbiteri Missziót. Háborgást azért keltett a Megmentő átalakulása, mert az egyházi fenntartó vagyonáért a szolgáltatásért 70 százalékkal több állami támogatást kaphat, mint a versenytársai. (A teljes cikk olvasható: HVG, 2009. július 4., 27. szám, 16-17.o.)

- Megjelent a szakértői interjúkban 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. Ezek 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 a 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 közül (szám szerint 20 db) 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 (lásd 4. melléklet: HSG szolgáltatást nyújtó fenntartók adatai) Ezek a szolgáltatók az állami szolgálatok riválisaiként jelennek meg a településeken. Ez 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-est a hatályba lépés éve óta 172-szer módosították, a szociális törvény pedig hatályba lépése után 52-szer változott.

A szolgáltató rendszer belső arányai

A szolgáltató rendszerben a *bentlakásos intézmények* 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: a gondozók utaztatásának problémáit).

2007-ben 1290 tartós és 362 átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményben összesen több mint 85 ezer gondozott élt, többségük tartós gondozásban. Közülük 51 ezer volt a nyugdíjas, 16 ezer fogyatékos, 8 ezer pszichiátriai beteg és 2 ezer valamilyen szenvedélybeteg. Házi segítségnyújtásban 2007-ben 46 ezren részesültek és 93%-uk 60 év feletti volt.

2008-ban a felnőttek tartós és átmeneti elhelyezését szolgáló intézményekben, több mint 84 ezer ember élt, 13%-uk csak ideiglenes jelleggel, legfeljebb 1 évig. A gondozottak 60%-a időskorúaknak, ötöde fogyatékosoknak, tizede pszichiátriai betegeknek, 3%-a szenvedélybetegeknek, 9%-a pedig hajléktalanoknak fenntartott otthonban, gondozóházban volt ellátva. A férőhely-kihasználtság szinte valamennyi intézménytípusban 90% fölötti volt, a legmagasabb a pszichiátriai betegek (99,0%) és a fogyatékosok (96,3%) intézményeiben. Az intézmények több mint kétharmadát önkormányzatok tartották fenn.

4. táblázat

A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben ellátottak száma								
Területi egység	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Budapest	10 044	10 518	10 546	10 825	11 004	11 561	16 032	15 672
Közép-Magyarország	16 442	17 484	17 966	18 529	18 937	19 693	24 086	23 959
Közép- Dunántúl	7 579	7 657	7 676	7 901	8 026	8 378	7 937	8 208
Nyugat-Dunántúl	8 118	8 314	8 612	8 573	8 865	8 958	7 612	7 748
Dél-Dunántúl	8 064	8 327	8 546	8 664	7 899	8 714	8 890	9 105
Észak-Magyarország	8 741	8 760	8 704	9 006	9 375	9 601	9 805	9 924
Észak-Alföld	10 939	11 153	11 302	11 796	12 130	12 555	12 708	13 013
Dél-Alföld	12 300	12 643	12 735	12 917	13 230	13 526	13 095	13 326
Ország összesen	72 183	74 338	75 541	77 386	78 462	81 425	84 133	85 283

5. táblázat

Házi segítségnyújtás keretében ellátottak száma								
Területi egység	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Budapest	9 522	9 670	8 700	8 581	7 516	5 834	5 460	4 727
Közép-Magyarország	13 044	13 026	11 865	11 686	10 336	8 162	7 930	7 130
Közép- Dunántúl	5 439	5 098	5 119	5 252	5 366	4 742	5 202	4 311
Nyugat-Dunántúl	5 660	5 551	5 486	5 418	5 672	4 091	4 492	4 695
Dél-Dunántúl	4 492	4 639	4 540	4 904	4 607	5 200	5 815	6 023
Észak-Magyarország	8 945	9 102	9 512	9 544	9 266	7 619	7 974	7 285
Észak-Alföld	9 893	10 159	10 613	10 634	10 247	8 571	8 970	7 956
Dél-Alföld	8 386	8 285	8 067	8 284	8 369	6 745	7 705	8 589
Ország összesen	55 859	55 860	55 202	55 722	53 863	45 130	48 088	45 989

A fenti táblázatokból kitűnik, hogy a tartós és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben ellátottak száma a 2000 évtől kezdődően folyamatosan nőt, átlagosan 1500-2000 fővel 2007-ig, ekkor több, mint 85 ezer volt az ellátottak száma. A KSH 2008-as gyorsjelentésében (2009.06.29) 84 ezer fős ellátotti számot adott meg (ez a szám azonban nyersadatnak tekinthető, mert pontos számot még nem közöltek). A rendelkezésünkre álló adatokból így valószínűsíthetjük, hogy 2008-ban – a kormányzati szándékkal összhangban – nem növekedett a tartós és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben ellátottak száma.

A *házi segítségnyújtásban* részesülők száma jelentős ingadozásokat mutatott az elmúlt években. Mint a korábban bemutatott európai összehasonlító adatok jelzik, összehasonlítva más uniós országokkal, meglehetősen magas. Házi segítségnyújtásban 2008-ban 48 ezren részesültek.

A házi segítségnyújtás keretében ellátottak száma 2000-től vizsgálva 2004-ig stagnál. 2004-ben mintegy 2000 fős, 2005-ben pedig nagyarányú, 8500fős csökkenés figyelhető meg. 2006-ban a kismértékű növekedést 2007-ben ismét csökkenés követi. A 2008-as KSH nyersadatok (nem tartalmaz részletese területi bontást, illetve pontos számadatokat) az előző évhez viszonyítva ismét növekedést mutatnak, bár nem haladják meg a 2006-os ellátotti létszámot. Az ellátotti létszám ingadozása miatt nem lehet egyértelmű tendenciát jelezni a házi segítségnyújtással kapcsolatosan. A KSH – az adatelemzésünk időpontjában – még nem közölt 2008-ra érvényes részletes, megyei, régiós bontású adatokat. Ezért nem vizsgálható, hogy a 2007-es adatokhoz viszonyított országos ellátotti szám növekedés mely területeken, térségeken bekövetkezett ellátotti szám bővüléséből adódik. Az adatok területi bontásának hiánya azért is fontos, mert pl. a 2008–as

közép-magyarországi adatok bemutatásánál (jelenleg csak ezt tette közzé a Statatisztikai Hivatal) a KSH munkatársai a következő megállapítás tették: „2008 végén Közép-Magyarországon szociális étkeztetésben közel 16 700 személy, házi segítségnyújtásban majdnem 6900 rászoruló részesült. Mind az étkeztetésben, mind a házi segítségnyújtásban részesülők száma csökkent egy év alatt."[69]

A SZIA által 8 térségben (‚Dél-kelet, Dél-nyugat, Észak-kelet, Észak-nyugat Magyarország; 4 nagyváros, 4 kistérség) megkeresett szolgáltatóktól gyűjtött adatokból általánosan az ellátotti létszám stagnálása olvasható ki. Tapasztalataink szerint azokon a területeken bővült az ellátotti létszám, ahol vagy jelzőrendszeres házi segítségnyújtás szolgáltatás működött, s a jogszabály a normatíva folyósításának feltételéül szabták a „hagyományos" házi segítségnyújtás szolgáltatás bővítését, vagy ahol a többcélú társulási forma keretében olyan településeken is elindították a házi segítségnyújtás szolgáltatást, ahol azt megelőzően nem volt elérhető, igénybe vehető.

Ugyanakkor a *nappali ellátás* feltételei nem javultak, pedig ez az ellátási forma nyújtja a legkomplexebb prevenciós szolgáltatást az időseket ellátó rendszerben.

Bár a 2007.évi CXXI. törvény 35. §-ban az idősek nappali ellátása önálló kategóriaként jelent meg, s a 3000 fő állandó lakos felett tette kötelezővé az önkormányzatnak annak biztosítását, az intézkedés mindazonáltal továbbra is hátrányosan érinti a kistelepüléseken élő rászorulókat. A 6.. táblázat mutatja, 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.

A nappali szolgáltatások közül legnagyobb igény az idősek klubjára van, ami csak a települések 32%-án érhető el. 2008-ban 38 ezren töltötték ilyen klubokban az időt napközben, ahol étkezést kaptak, és társas kapcsolatokra leltek. Számuk évek óta alig változik, 2007-hez képest mintegy ezer fővel csökkent: a KSH 2007-es jelentése szerint az ország 1224 nyugdíjas klubjában 39 ezer idõs embert láttak el, a kihasználtság 96%-os volt.

[69] http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/regiok/bpsze/bpsze08.pdf megjelenés dátuma: 2009.06.26

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 felettiek 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%
2 999 fő alatt	533 234	25,6%
Összesen	***2 081 559***	***100,0%***

A szolgáltató rendszer hiányai

Az informális gondozást és gondozókat támogató és tehermentesítő szolgáltatások, valamint a tiszteletdíjas gondozók hiányáról a tanulmány előző részeiben már beszéltünk, így ezekről itt már nem ejtünk szót.

A szükségletekhez viszonyítva hiány mutatkozik az olyan *átmeneti intézménytípusokban*, mint amilyen a nyugdíjasház és az átmeneti elhelyezést biztosító gondozóház. Ez utóbbiakban 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 idősotthon „előszobájának" tekinthető)."* jegyzik meg a SZIA kutatói.[70]
>
> Így azután nagyon nehéz az olyan krízishelyzetekre megoldást találni, amilyet például a kórházból való kikerülés okoz abban az esetben, amikor az idős embernek a lábadozás idején még szüksége van gondozásra. A nyugdíjasház hasonló típusú intézmény, mint amit a nyugati országokban támogatott lakásnak mondanak. Ez az intézménytípus olyan időseknek 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 – bár 25 ilyen intézményt számoltam össze – is sokat kell várni az intézménybe való bekerülésre.

[70] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 249.o.

Az egészségügyi és szociális szektor közti kapcsolat

Csillik Gabriella egyik előadása nyomán mutatjuk be az egészségügyi és szociális szektor közötti eltéréseket, melyekre a GSZV bevezetését követően azért kell felhívnunk a figyelmet, mivel a rendelet bevezetését követően egyértelműen megváltozott az idősotthonokba 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 – mint a lenti összehasonlításból kiderül – 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 idősotthonokban 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 idősotthonok között.

- **Egészségügy**
- Kapacitásbővülés: 31%
- Finanszírozás növekedés: 72,9%
- Kiadás növekedés: 21,9%
- Egy ápolási nap központi támogatása 16 százalékponttal növekedett (inflációt meghaladó mértékben)
- Szakápolás 30% - alapápolás 70%

- **Szociális**
- Kapacitásbővülés: 15,4%
- Finanszírozás növekedés: 11,2%
- Kiadás növekedés: 26,7%
- 1 napra eső ellátási költség átl. 40%-al kisebb ráfordítást igényelt
- Egy gondozási nap központi támogatása 11 százalékponttal csökkent
- Szakápolás 40% - alapápolás 60%

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

A GSZV által érintettek köre

1. A szolgáltatás felhasználói, ill. igénylői
2. A szolgáltatók: államiak és nem államiak
3. A finanszírozó önkormányzatok
4. A szakminisztérium döntéshozói

A hatás elsősorban az *állami szolgáltatók* oldalán jelentkezik, de a rendelet hatással van a nem állami szolgáltatókra is.

Bentlakásos idősellátás

A szolgáltatások célzottsága (hatásosság) – a felhasználói oldalon mutatkozó hatás

Az idősotthoni szolgáltatások célzottsága javult. A GSZV következtében 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."*[71] *(Győr, idősotthon vezető)*

A várólistákon szereplő várakozók száma – úgy tűnik – *nem változott jelentősen*.

- A bizottságok a becslések szerint kb. az idősotthoni felvételre jelentkezők 10 %-át utasítják el.
- A statisztikai adatok egymásnak ellentmondóak. A várakozólistákon szereplők számáról több vélekedést hallottunk a kutatás során, 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."* [72] *(idősellátási szakértő egyházi szolgálat vezetője)*
- Az idősotthonok várólistáiról legutóbbi KSH adatunk 2000-ből van. Eszerint az idősotthoni elhelyezésre várók száma akkor 9674 volt (arányaiban a legtöbben 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

[71] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 80.o.

[72] SZMI GSZV kutatócsoport (2009) fenntartói interjúk

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 (2003): 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.

- Az FSZH adatai szerint idősotthoni elhelyezésre jelenleg kb. 9300 fő várakozik. A várólisták nagyobb mértékű csökkenésének elmaradására többféle hipotézist hallottunk.
    1. megjelentek olyanok is a szolgáltatást igénylők között, kiknek korábban nem volt reményük arra, hogy idősotthoni ellátást kapjanak, mivel az intézmények kapacitáshiány miatt elutasították a túl nagy gondozási terhet jelentő igénylőket,
    2. máig is fennmaradt az előzetes jelentkezés szokása,
    3. maguk az idősotthonok is érdekeltek abban, hogy nagy várakozólistát tartsanak fenn, mert ezzel egyrészt saját érdekérvényesítési esélyüket javíthatják, másrészt fenntartják a válogatás lehetőségét,
    4. a várakozó listán vannak olyanok is, akiket az informális gondozók, illetve a szociális szolgáltatás informális piacának szereplői ellátnak, 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 más magyarázat is kínálkozik, 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 igénybevételével – lássák el a gondozásra szorulót,
- 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.

Az idősotthoni ellátás a felhasználóknak, illetve tartásra kötelezhető hozzátartozóiknak többe kerül

Ezt támasztja alá a SZIA kutatásának azon megállapítása, mely szerint a felhasználót terhelő térítési díj valamennyi vizsgált területen növekedett.

Hatékonyság – a szolgáltatói oldalon jelentkező hatás *(mely áttételesen hatással van a felhasználóra is, hiszen befolyásolja a szolgáltatás minőségét)*

- Mivel a korábbiaknál rosszabb egészségügyi állapotban lévő idősek kerülnek be az idősotthonokba, megnövekedett a bentlakásos forráshiányos intézményekben a gondozási teher, növekedett a gondozónők korábban is meglévő túlterheltsége.
- A felhasználók egészségügyi szükségleteinek kielégítése válik a mindennapi szakmai munka központi kérdésévé, amit elősegít 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. Így csökken(het) a szolgáltatás minősége. Az idősotthonok vezetői mindig is büszkék voltak arra, hogy jobb gondozást/ápolást nyújtottak az erre rászoruló időseknek, mint az egészségügyi intézmények. A GSZV következtében 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."*[73]

- Csökkent az intézményvezetők képessége arra, hogy szabályozzák a beáramlást, és ezzel egyensúlyt teremtsenek az intézményi kapacitás és a feladatokból fakadó teher között. Korábban az intézményvezetőknek lehetősége volt a jelentkezők közül a kevésbé súlyos állapotúakat, illetve a csak szociális indikációval rendelkezőket kiválogatni, ez tette lehetővé a kapacitás és a feladatteher közötti egyensúly megteremtését. Ennek a problémának a kezelésére mára már 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 – szabályozni tudják a beáramlást.
- Az idősotthonokban sokkal gyakrabban halnak meg a bentlakók, ami potenciálisan megváltoztatja az intézmények képét a közgondolkodásban, közelíti azt az „elfekvőnek" minősített kórházi ápolási osztályokéhoz.

> *„…olyan rossz állapotú embereket engedtek csak felvenni, hogy a 15 beköltözött közül 5 még abban az évben meghalt, 4-en 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."* [74] *(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*

[73] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 151.o.

[74] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 23.o.

gyakorolt az új beköltözők leromlott állapota."[75] (*Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, Győr)*

- Az idősotthonok 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 idősotthonokba, 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."[76]
- A bentlakásos idősotthoni 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

Önkormányzati szolgáltatók

- Az ellátási felelősséget viselő önkormányzatokra is 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."[77] *(idősellátási szakértő, intézményfenntartó önkormányzati vezető)*

  „A szakképzettségi követelmények szigorú rendszere, mely roppant nehézzé 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." [78] *(idősellátási szakértő, intézményfenntartó önkormányzati vezető)*

  „Nagy segítség lenne, hogyha lennének standardok és protokollok. Ez fontos lehetne a finanszírozás és az ellenőrzés oldaláról is."[79] *(idősellátási szakértő, intézményfenntartó önkormányzati vezető)*

[75] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 85.o.

[76] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 209.o

[77] SZMI GSZV kutatócsoport (2009) fenntartói interjúk

[78] SZMI GSZV kutatócsoport (2009) fenntartói interjúk

[79] SZMI GSZV kutatócsoport (2009) fenntartói interjúk

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

Nem állami szolgáltatók

- A GSZV bevezetése lehetővé teszi számukra, 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."*[80]
> *(Szakértő, egyházi szolgálatok 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 gyakorlatától [81] , ami elsősorban az önkormányzatok teherbíró képességével függ össze. (1. általánosan 0 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 igénybevevőket, eloszlatják félelmeiket.

  A SZIA vizsgálatában a következők állnak*: Egyes vélemények szerint a környezet-, és vagyonvizsgálatot a potenciális igénybevevők a HSG tekintetében elutasítják. Teljesen felesleges, hiszen a növekedés helyett a csökkenés irányába mozdult emiatt a*

[80] SZMI GSZV kutatócsoport (2009) fenntartói interjúk

[81] Összességében elmondható az ahány ház(i segítségnyújtás), annyi szokás (térítési díj 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 minden településen figyelembe. Az önkormányzati kiegészítési gyakorlat is területenként, településenként eltérő. Ennek illusztrálására kigyűjtöttük a SZIA kutatásából a térítési díj különböző területeken dívó formáit, ezt közöljük a 4. mellékletben.

jelentkezők száma. A kiszolgáltatottság érzését növelte az idősekben." [82] (*Szegedi 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 8 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 normatíva csökkenés nem befolyásolta." [83] *(Encsi kistérség, HSG)*

- A HSG szolgálatok abban az esetben sem tudják kielégíteni a magas gondozási szükségletet, ha azt a felhasználó állapota és szociális helyzete (támogató háló hiánya, elmagányosodás, fizetőképesség hiánya, az idősotthoni felvétel késedelmes volta) azt indokolná.

- A gondozási szükségletvizsgálat nem okvetlenül növelte a gondozásba vételi igény megjelenésétől a tényleges gondozásba vételig eltelő 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

Önkormányzati szolgáltatók

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

- A HSG nyújtó szolgálatok körében elterjedt a szükségletekhez igazodó, de a hatályos törvényeknek nem megfelelő gyakorlat: több személyt látnak el, mint amennyire a normatívát igénylik, illetve amire a normatíva kiterjed.

- Az GSzV értékelőlap nem azt méri, hogy mire lenne az ellátottnak szüksége. Mivel az ellátottak nagy részének csak a mindennapi életvitelt segítő tevékenységekre van szüksége

[82] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 207.o.

[83] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 278.o

(bevásárlás, gyógyszerkiváltás, tüzelő behordás, fűtés, takarítás, stb.), a képzett gondozónők gyakran látnak el, képzettséget nem igénylő feladatokat, amelyeket tiszteletdíjas gondozókkal lenne célszerű ellátni.

A SZIA vizsgálatának eredményei: „A GSZV bevezetését a HSG szolgáltatás működésére vonatkozóan a szegedi munkatársak úgy értékelték, hogy, sok munkát ad és ugyanakkor kapacitáshiány következtében az igényeket nem tudják kielégíteni."[84]

- 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 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 idősotthoni 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.

Nem állami szolgáltatók

- Úgy tűnik, hogy a nem állami szolgáltatók – 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 nagy mértékben megnövekedett 2009 első félévében, ami miatt az erre a tevékenységre szánt éves költségvetés már az első félévben elfogyott. Okok:
  1. a 2007-ben orvosi javaslat alapján HSG-ben részesülők esetében most járt le a javaslat érvényének 2 éves időtartama,
  2. egyházi és civil szolgáltatók jelentek meg országos ellátási regisztrációval, ők – piaci szolgáltatók lévén – megkeresik a potenciális felhasználókat (pl. Tevékeny Szeretet Közössége).
  3. a jelzőrendszernek a HSG-vel való összekapcsolását előíró jogszabály,
  4. kistérségi plusznormatívák miatt olyan térségekben is létrejön a szolgáltatása, ahol eddig nem volt

[84] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 207.o.

„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." [85] *(Encs* HSG vezetője)

- A fenntartók is a jegyzői GSZV-vel kapcsolatban vetnek fel kritikai észrevételeket, megkérdőjelezik, hogy arányos-e a kapott érték a befektetéssel:
    1. A területek nagy részén gyakorlatilag ugyanazok csinálják a látogatást és az értékelő lapok kitöltését, akik korábban is csinálták az előgondozást, az ORSZI szakértők csak az adminisztrációban vesznek részt.
    2. Gyakorlatilag nincs olyan, akit a jogosultság megállapításánál kiszűrnének (1%).

Pártoló álláspontokat is hallottunk:

A jegyzők GSZV pozitívumaként említették egyes területeken, hogy a gondozást végző szakemberek konzultációs lehetőséget kaptak a GSZV bizottságok bevonásával.

„R*endszeresebbé 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 érdekképviselete." [86] *(idősellátási szakértő)*

[85] Szociális Innováció Alapítvány: (2009) A Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősotthoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra, Budapest, 280.o.

[86] SZMI GSZV kutatócsoport (2009) fenntartói interjúk

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

A pozitív eredményeket (+) jellel, a negatívokat (-) jellel jelöltük. Az összefoglalás egyben az érdekcsoportokat is kijelöli.

Ellátottak

(+) A legnehezebb helyzetűek bekerülnek egy olyan intézménybe, amely még mindig jobb minőségű szolgáltatást nyújt, mint az egészségügyi intézmények ápolási osztályai („elfekvők").
(-) Úgy tűnik, hogy nem, vagy nem jelentősen csökken a várakozók száma.
(-) A HSG nem tud megfelelő mennyiségű szolgáltatást nyújtani azoknak, akiknek esetében 4 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.[87]

Bentlakásos idősellátás szolgáltatói

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

Nem állami szolgáltatók
(+) A 4 órán túli gondozási szükségletet jelező GSZV eredmény legitimálja az állami normatíva iránti igényüket. Ezzel részben ellensúlyozhatják a korábbi, számukra hátrányos intézkedések miatti veszteségeiket, stabilizálhatják szolgáltatásaikat.

[87] Lásd: 5. melléklet

Házi segítségnyújtás szolgáltatói

Állami szolgáltatók

(+) Eszközt kaptak a GSZV-vel, amivel növelhetik a szolgáltatási területüket (a térségi integrációval is).

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

(+) A szakértői munkáért megfelelő díjazást kapnak a szakértők.

Nem állami szolgáltatók

(+) A GSzV-tal legitimálják a működésüket és az állami normatíva iránti igényüket.

A szakminisztérium döntéshozói

(+) 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 idősotthonokban (miközben a bentlakásos idősellátás normatívája tovább csökkent 2009-ben) azt mutatja, hogy ez esetben is sikeres a finanszírozó költségcsökkentési 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 idősotthonok finanszírozásának megszüntetése is közrejátszott.)

(-) 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 kavar. (Bár látva az egészségüggyel kapcsolatos viharokat, és azok teljes eredménytelenségét, ez nem olyan nagy probléma.)

(-) A szakminisztérium megfelelő főosztálya is túlterhelődik, mert a rendelettel kapcsolatos érdekütközések folyamatosan kereszttüzében 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 gyűjtenek fogyasztókat.)

Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet

(+) Az intézmény szociális feladatellátása felépült, működési köre kibővült.

(-) Az ORSZI is az érdekütközések kereszttüzébe került, és bűnbakká vált.

Alternatívák

A jelenlegi akut probléma, a jegyzői GSZV költségvetési kerettúllépésének kezelése

Alternatívák

1. A jegyzői GSZV megszüntetése

Előnye: a döntéshozó „meghallja" a szociális szakma szinte egyöntetű véleményét, amely szerint a jegyzői GSZV értelmetlen, ellenben drága (az általa nyújtott érték nem arányos a bekerülési költséggel). Ez a leginkább költségtakarékos megoldás.

Hátránya: Politikai szempontból káros, ha a döntéshozó beismeri, hogy tévedett. Továbbá dönteni kell arról, hogy mi lesz azokkal az NGO szolgáltatókkal, akik saját tevékenységüket a GSZV-vel legitimálták.

Lehetőségként felmerül még, hogy bár a jegyzői GSZV-t megszünteti az SZMM, de elrendeli, hogy ORSZI bizottság ellenőrizze szúrópróbaszerűen az egyébként is meglévő gondozási szükségletvizsgálatot (előgondozást).

2. Jegyzői GSzV módosítása

Például

- Leszállítja a 80 év feletti életkort, amelynek elérése után már szükségtelen a GSZV, 75 évre, így a GSZV-k iránti kérelmek száma csökken.
- A Szociálpolitikai Tanács javaslatai: A szakértő bizottság működtetése kerüljön átalakításra: a városi jegyző helyett az ORSZI kapja meg a szakértői bizottság felállítására és működtetésére vonatkozó hatáskört. A városi jegyző feladata ez esetben módosulna, csak két helyi szakértő kijelölésére és a bizottságba delegálására lenne a kötelezettsége.

Előnye: Az első javaslat nyomán valamelyest csökkenteni lehet a GSZV-re kiáramló költséget.

Hátránya: nem lehet elkerülni a további kritikai megjegyzéseket.

3. Változatlanul hagyni

Előnye: Fenntartja az SzMM illetékes főosztálya a kontrollt a szolgáltatásokat érintő kérdésekben, nem enged a nyomásnak.

Hátránya: Többletforrást kell keresni, és továbbra is van muníciója az érdekcsoportoknak a kereszttűz fenntartására. Bár ez általában a tapasztalatok szerint alább szokott hagyni, mivel az érdekcsoportok megtalálják az adott feltételek között a megfelelő túlélési stratégiákat (erről fentebb már írtunk), továbbá az újabb botrányok (most éppen az egyházi normatíva iránti igény megnövekedése, a feketepiaci szereplők megjelenése) elfedik, háttérbe tolják a korábbiakat.[88]

Távlatibb megoldások

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.

- Támogatni az egészségügyi és szociális ellátások integrációját a győri jó gyakorlat mintájára.

[88] A tanulmány elkészülte után a szakminisztérium egy olyan alternatívát választott, amelyre akkor nem gondoltunk, ugyanis a szolgáltatókat kötelezte a gszv. költségének kifizetésére. Ez természetesen a szolgáltatók egyöntetű felháborodását váltotta ki. KJ

„Az egészségügyi és szociális ellátást Győr város önkormányzata egységes integrált rendszerben valósítja meg."[89]

- Az idősellátásban nyújtott egészségügyi ellátáshoz OEP támogatást kellene biztosítani.
- A normatíva differenciáltságának növelése (tehát növekvő gondozási, ápolási szükséglet - növekvő normatíva), azaz visszatérés a HGCS-modellhez.
- Az informális segítőhálók támogatása a tiszteletdíjas gondozók számkorlátozásának megszüntetésével (a szolgáltatás fejlesztésének legolcsóbb módja).
- Egységes adminisztrációs rendszer létrehozása TAJ-szám alapján, mint az egészségügyi rendszerben (TÁMOP 541-ben létrejön a lehetősége!), ami átláthatóbbá tenné a szolgáltató rendszert.
- A szociális szolgáltatások feketepiacának kifehérítése szolgáltatási utalványok bevezetésével.
- Az esetmenedzsment szolgáltatás létrehozásával elősegíteni a szociális szolgáltatások különböző szereplőinek integrált működését.

Saját javaslatunk

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

Ez a jegyzői GSzV átalakítását jelenthetné oly módon, hogy egyfajta esetmenedzsment tevékenységet indítson el. Természetesen ez után az esetmenedzsment tevékenységet hozzáértőknek kellene ellátniuk.

A vizsgálat fókuszában az a kérdés állna, hogy miképp lehet az igénylő környezetét oly módon átalakítani, hogy biztonságban otthonában maradhasson. Ilyen 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.

[89]Részletesen lásd: Szociális Innováció Alapítvány: (2009) id mű. 55.o.

1. melléklet: Az interjúalanyok kiválasztási szempontjai

Az interjúk alanyai a kutatás kiválasztott helyszínein, a településeken, kistérségekben működő szolgáltatási struktúra alapján:

I. típusú (Szolgáltatási struktúra alapján):

1. önkormányzati interjú (amennyiben társulás, akkor a gesztortelepülés önkormányzata, (mind a három ellátás adatait legyűjteni) amennyiben önállóan működik, akkor az önkormányzathoz);
2. HSG Gesztor intézményvezető;
3. Gondozónő (kistelepülésen);
4. A kistérséghez tartozó legközelebbi bentlakásos idősotthon vezető (átmeneti otthon vezetőjével is) vagy;

4/b Civil vagy egyházi fenntartású bentlakásos idősotthon vezetőjével (legalább egy ilyen interjú készüljön);

5. kliensi interjú.

II. típusú (Szolgáltatási struktúra alapján):
Önállóan működő HSG kistelepülésen, van a kistelepülésen vagy a közelében Idősek Gondozó háza.

1. Kistelepülés önkormányzata;
2. önálló HSG vezetőjével interjú;
3. ha az önkormányzat említ olyan gyakorlatot, hogy gondozóházba kerül olyan kliens, akinek megállapított, de ki nem elégített gondozási szükséglete van, akkor az említett gondozóház vezetőjével interjú;
4. bentlakásos idősotthon vezetője, olyan idősotthon, amely az adott kistelepülés vonzáskörzetében található;
5. kliensi interjú.

III. típusú (Szolgáltatási struktúra alapján):
Önállóan működő HSG kistelepülésen, nincs a kistelepülésen vagy a közelében Idősek Gondozó háza.

1. Kistelepülés önkormányzata;
2. önálló HSG vezetőjével interjú;
3. ha az önkormányzat említ olyan gyakorlatot, hogy gondozóházba kerül olyan kliens, akinek megállapított, de ki nem elégített gondozási szükséglete van, akkor az említett gondozóház vezetőjével interjú;
4. bentlakásos idősotthon vezetője, olyan idősotthon, amely az adott kistelepülés vonzáskörzetében található;
5. kliensi interjú.

IV. típusú Nagyvárosban készített interjúk (Megyei jogú város):

1. Megyei Önkormányzattal;
2. Megye által fenntartott idősotthon;
3. gondozóház (amennyiben van ilyen);
4. HSG segítségnyújtást végző szolgáltatóval, véletlenszerűen kell kiválasztani, nem azt amit ajánlanak, ennek vezetőjével és hívjon be egy gondozónőt is;
5. kliensi interjú.

2. melléklet: A GSZV bevezetését követő tapasztalatok, problémák - az interjúk kérdéskörei

1. Házi segítségnyújtás alapszolgáltatásra vonatkozó kutatási kérdések, dilemmák:

A 2008-as adatok szerint a HSG- re vonatkozó szakvéleménnyel rendelkezők száma nem ismert.

Kérdések:

- a GSZV bevezetésének van-e hatása a HSG szolgáltatás működésére, ha igen, milyen hatása van és a hatás mit jelent a

1. szolgáltató szempontjából

2. szükséglettel rendelkező szempontjából?

- Hogyan alakul a HSG-re vonatkozó szakvélemények száma, és az alakulás (növekedés, stagnálás, hullámzás) mivel magyarázható?
- Hogyan alakult a házi segítségnyújtó szolgáltatásba való bekerülés folyamata az ellátottak szempontjából a gondozási szükséglet bevezetését követően?
- Amennyiben van a településen házi segítségnyújtó szolgáltatás, van-e szerepe, és ha igen milyen szerepe van a szolgáltatóknak abban, hogy a szükséglettel rendelkezők valóban beadják-e kérelmüket?
- A szükséglettel rendelkezők, de a GSZV-t nem kérők, a szolgáltatás igénybe vételét elutasító magatartása mivel magyarázható?
- Hányan részesültek a gondozási szükséglet vizsgálattal rendelkezők közül az ellátásban, azaz hányan kaptak házi gondozást azok közül, akik kértek és kaptak gondozási szükséglet szakvéleményt?
- Összességében hogyan alakult a házi segítségnyújtásban ellátottak száma a GSZV bevezetése után, 2007. év adatihoz viszonyítva?
- Van-e várólista a házi segítségnyújtásnál?
- Az ellátásba bekerülők esetében a szolgáltató tudja-e biztosítani a szakvéleményben megállapított óraszámot, vagyis a kapacitás tud-e igazodni a tényleges szükséglethez?
- Amennyiben az ellátásba bekerülők nem a szakvéleményben megállapított óraszámban kapják az ellátást, ez az eltérés mivel magyarázható? (Kapacitáshiány a szolgáltató részértől, a humánerőforrás bővítésének lehetetlensége finanszírozási problémák vagy a bővítést elutasító helyi, politikai vezetési koncepció miatt, vagy az

igénybevevő részéről fizetési nehézség, aki a számára megállapítottnál kevesebb gondozási órát tud megfizetni, vagy egyáltalán nem tud fizetni a szolgáltatásért, stb.)?

- Hogyan alakul a személyi térítési díj összege: hányan fizetnek térítési díjat, akik fizetnek milyen összeget és hányan vannak, akik nem?
- Amennyiben nincs a településen házi segítséget nyújtó szolgáltatás. Mivel magyarázható ennek a hiánya?
- A GSZV vizsgálatoknak van-e olyan hatása, amiről nem lehet tudni pontosan, hogy negatív vagy pozitív hatásnak bizonyul-e; intézmények szervezeti átalakítása: telephelyek összevonása, különböző szolgáltatástípusok integrált intézménybe való összevonása, stb.?

2. Az idős otthonokra vonatkozó kutatási kérdések, dilemmák:

A 2008-as adatok szerint a szakvéleménnyel rendelkezők száma 22 000 volt. 2009. első negyedévében annyi szakvéleményt adtak ki, mint tavaly egész évben. [90]

- A GSZV bevezetésének van-e hatása a szolgáltatás működésére, ha igen, milyen hatása van és a hatás mit jelent a
  1. szolgáltató szempontjából
  2. szükséglettel rendelkező szempontjából?
- Hogyan alakul az Idősotthoni bentlakásra vonatkozó szakvélemények száma, és az alakulás (növekedés, stagnálás, hullámzás) mivel magyarázható?
- Hogyan alakult az Idősek otthonába, illetve Gondozóházába való bekerülés a az ellátottak szempontjából a gondozási szükséglet bevezetését követően?
- Hogyan alakul az Idősek otthonában, illetve a Gondozóházban ellátottak száma?
- Vannak- betöltetlen férőhelyek?
- Az ellátásba bekerülők esetében a szolgáltató tudja-e biztosítani a szakvéleményben megállapított gondozási, ápolási szükségleteket, vagyis a kapacitás tud-e igazodni a tényleges szükséglethez?
- A GSZV bevezetését követően az idősellátást kérők közül, a napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkezők közül milyen azoknak az aránya, akik várólistára kerültek?

[90] Beszámoló az ORSZI 2008. évi szociális szakértői tevékenységéről

- A várólistára kerülők ellátása hogy történik addig az időpontig, amikor bekerülnek az idősotthonba? (Van a kérelmező lakóhelyén, illetve attól elérhető távolságra átmeneti ellátást nyújtó Idősek Gondozóháza, és a várólistán lévők a tartós otthonban történő elhelyezésig a Gondozóházban kapnak ellátást, vagy van házi segítségnyújtást biztosító szociális szolgáltatás, amely biztosítja számukra a gondozást, esetleg ellátás nélkül maradnak?
- Előfordul-e, hogy az idősellátást kérők, a 4 órát meghaladó gondozási szükségletet megállapító szakvélemény ellenére nem veszik igénybe az idősotthoni elhelyezést? Ha igen, mivel magyarázható ez? Azaz visszavonták a kérelmüket?
- Hogyan érintette a szociális intézmények működési körülményeit, feltételeit a GSZV bevezetése?
- Hogyan érintette a szociális intézmények működési körülményeit, feltételeit a normatívák változása?

3. melléklet: A témával kapcsolatos jogszabályok

- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról;
- 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól (Mellékletei tartalmazzák azokat a nyomtatványokat, amelyeken a gondozási szükséglet megállapítását kérelmezni kell, továbbá az Értékelő adatlapot, a Szakvélemény nyomtatványát;
- 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről;
- 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról;
- 11/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet;
- 340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról
- 213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetről, valamint eljárásának részletes szabályairól;.

1999. évi LXXIII. évi törvény a szociális törvény módosításáról

2001. évi LXXIX. törvény a szociális törvény módosításáról

2003. évi IV. törvény az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról

2004. évi CXXXVI. törvény egyes szociális tárgyú törvények módosításáról

2005. évi CLXX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosításáról

2006. évi CXVII. törvény az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról

2007. évi CXXI. Törvény egyes szociális tárgyú törvények módosításáról

2008. évi CVII. törvény a szociális törvény módosításáról

Záró rendelkezések 81.§ (4), (5), (9), (10);

- 2006. évi CXXVII. törvény a Magyar Köztársaság 2007. évi költségvetéséről;

-2007. évi CLXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetéséről (a differenciált állami normatív támogatás igénylése a törvény 3. sz. melléklete szerint);

- 2008. évi CII. Törvény a Magyar Köztársaság 2009. évi költségvetéséről.

4. melléklet: Új szolgáltatók a házi segítségnyújtás területén 2009.

HSG szolgáltatást nyújtó fenntartók adatai, melyek ellátási területe fővárosi, megyei, régió szintű, országos (2009.05.20. állapot szerint, Regiszter alapján)					
Fenntartó neve	**Ellátási terület**	**Gazdasági forma**	**Fenntartó típus**	**Kapcsolattartó neve**	**Elsőfokú Hatóság Neve**
1.A Tevékeny Szeretet Közössége	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	egyház	Egyházi	Mile Ferenc	Vásárosnamény Város Önkormányzata
2.Békés Megyei Jobb Jövőért Alapítvány	Békés megye	alapítvány	Nem állami	Dr. Vándor György	Békéscsaba Megyei Jogú Város Önkormányzata
3.Megmentő Szociális Segélynyújtó Közhasznú Társaság	országos	közhasznú társaság	Nem állami	nincs adat	Érd Megyei Jogú Város Önkormányzata
4.Szent József Kolping Család Egyesület	Hajdú-Bihar megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	egyéb egyesület	Nem állami	nincs adat	Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzata
5.Támasz a Családnak Egyesület	Baranya megye	egyéb egyesület	Nem állami	Lőcsei Attila	Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata
6."REMÉNYSUGÁR Alapítvány a DOWN-kórral és a Fogyatékkal Élőkért	Bács-Kiskun megye, Békés megye, Csongrád megye	alapítvány	Nem állami	Bartáné Patkás Ibolya	Gyula Város Önkormányzata
7.Alberti Evangélikus Egyházközösség	országos	egyház önálló szervezete	Egyházi	Szmolár Attila	Közép-magyarországi Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala
8.Alétheia Szociális Szolgáltató Központ	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	egyház önálló szervezete	Egyházi	Zakar Ferenc	Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzata

9.Baktalórántháza Református Egyházközség	országos	egyház önálló szervezete	Egyházi	Dr. Kovács Kálmán	Baktalórántháza Város Önkormányzata
10.Budapest 07. ker. Erzsébetvárosi Önkormányzat	Főváros	helyi önk. végrehajtó ktgv. szerv	Állami	Juzáné Szabó Ágnes	Közép-magyarországi Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala
11.Edelény Város Önkormányzata	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	helyi önk. végrehajtó ktgv. szerv	Állami	nincs adat	Észak-magyarországi Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala Borsod-Abaúj-Zemplén
12.Észak-Alföldi Regionális Szociális Szolgáltató Központ	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	egyház önálló szervezete	Egyházi	Szűcs Kornél Balázs	Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzata
13.Evangéliumi Pünkösdi Közösség Országos Cigány Misszió	Bács-Kiskun megye, Baranya megye, Békés megye, Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Fejér megye, Főváros, Hajdú-Bihar megye, Heves megye, Komárom-Esztergom megye, Nógrád megye, Pest megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, Tolna megye	egyház önálló szervezete	Egyházi	Durkó Albert	Békés Város Önkormányzata
14.Fertőszentmiklós Város Önkormányzata	Győr-Moson-Sopron megye	helyi önk. végrehajtó ktgv. szerv	Állami	Török Melinda	Nyugat-dunántúli Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala

15.Közösség Misszió	Békés megye	egyéb adóalany	Nem állami	Gyaraki Henriette	Sarkad Város Önkormányzata
16.Lónya Község Önkormányyzata	országos	helyi önk. végrehajtó ktgv. szerv	Állami	Király Edit	Észak-alföldi Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatalának Szabolcs-Sz-B megyei Ter
17.Magyarországi Református Egyház	Zala megye	egyház	Egyházi	Czibere Károly	Zalaegerszeg Megyei Jogú Város Önkormányzata
18.Misszió Alapítvány	Főváros	alapítvány	Nem állami	Varga Sára	Közép-magyarországi Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala
19.Providus Alapítvány	Békés megye	alapítvány	Nem állami	nincs adat	Békéscsaba Megyei Jogú Város Önkormányzata
20.Út és Erény Közössége Egyház	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	egyház	Egyházi	Szűcs Kornél Balázs	Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzata

5. melléklet: A házi segítségnyújtás térítési díjának kiszámítása a vizsgált kistérségekben

1. **GYŐR**:

HSG:Díj: 2007 egységes, 2008 differenciált, 2009 nőt a díj.

2. **CSORNA**

HSG:Díj: jelenleg ingyenes. előtte :Az óránként 322Ft térítési díjat nem tudták, vagy nem akarták fizetni az idősek.

3. **KAPOSVÁR**

HSG:Díj: A szociálisan rászorulók aránya úgy alakult, hogy 2008-ban nem volt olyan ügyfél, akinek az 1 főre jutó jövedelme nem érte el a nyugdíjminimum 150%-át (42.750.- Ft). A maximális térítési díjat kevés ellátott fizeti. 2009-ben az ellátás önköltsége 929 Ft óránként.
2009-ben a nyugdíjminimum 150%-a alatti jövedelemmel rendelkezők 199 Ft-ot fizetnek óránként. A 150%– 300% (max. 85.500 Ft/hó/fő) jövedelemmel rendelkezőktől az Önkormányzat legfeljebb jövedelmük14%-ának megfelelő összegben számítja fel a térítési díjat. (199-399 Ft/óra). Az öregségi nyugdíjminimum 300%-a felett a jövedelem legfeljebb 20%-ának megfelelő összeget számít fel a szolgáltató, ekkor a térítési díj 550-1173 Ft/óra között alakul.
Működési költség/ normatíva: 2007-ben és 2008-ban a HSG működési költségeinek körülbelül a fele származott az állami normatívából (2007: 25 millió Ft/ 46 millió Ft; 2008: 22 millió Ft/ 45 millió Ft); azonban míg 2007-ben a normatíva-bevétel a költségek több mint felét adta; 2008-ban már kevesebb, mint felét. A működési költségekben tapasztalható csökkenés oka az intézmények gazdasági integrációja által eredményezett megtakarítás.
Az Önkormányzat 2007. és 2008 években a szociálisan rászorulók HSG térítési díjait 86%-ban átvállalta

4. **KADARKÚT**

HSG:Díj: Az ellátásba bekerülők általában a nyugdíjminimum 150%-át meghaladó egy főre eső jövedelmi kategóriába tartoznak. A GSZV bevezetése óta sem anyagi helyzetük, sem egészségi állapotuk alapján nem változott az ellátásba kerülők összetétele.
A térítési díjak mindegyik vizsgált szolgáltatás esetében jelentősen megnövekedtek. A HSG esetében 2007-hez képest a díjak megduplázódtak 2008-ra.
178 Ft/ óra /472 Ft /

5. **MÓRAHALOM**:

HSG: Gondozási díj: 2007-2008-ban egységesen 295 Ft, 2009-ben öregségi nyugdíj 150 % alatt 0 Ft 6 fő veszi igénybe, 150% felett 440 – 26 fő.

6. **SZEGED**:

HSG: Díj:
2007-ben 518 ellátottból 409 fő fizetett, egységesen 300Ft óradíjjal.
2008-ban ez a szám 492-ből 412 fizető és 80 ingyenes ellátott volt, a térítési díj szintén egységesen 300 Ft óradíjjal.
2009.I negyedévben- az ellátotti létszám 483 fő, melyből csupán 55 fő kapott ingyenesen HSG-t. Ugyanakkor a térítési díj 300 Ft-ról 195 Ft-ra csökkent. Ennek oka a 325/2006 Korm. Rendelet alapján előírt térítési díj - számítás volt, amely a tényleges önköltség és normatíva figyelembe vételével írta elő a térítési díj megállapítását. A Humánszolgáltató Központ vezetője elmondta, hogy a fenntartó felé jelezték korábban is a térítési díj megállapításának előírását, de ezt a fenntartó csak 2009-ben vette figyelembe.

7. **MISKOLC**:

HSG: Díj: 2007-ben és 2008-ban 11 térítési díj-kategóriájuk volt, és magasabb térítési díjat kellett fizetni az ellátottaknak, mint 2009-ben. Az ellátottak megtartása érdekében azonban csökkentették a térítési díjakat.
Jöv.: 0-42750 Ft – 175 Ft (20fő) 42751-74000 Ft – 300 Ft (135 fő) 74001 Ft-tól – 515 Ft (249 fő)
Ha csak arra hivatkoznak, hogy magas a térítési díj, de a központ úgy látja, hogy nagy szükség van az ellátásra, méltányosságot alkalmaznak a térítési díj megállapításánál.
Szeretnék a térítési díjat csökkenteni, mert ezzel növelni lehetne az ellátottak számát, de ez egyelőre nem megy. A normatíva és a térítési díj nem elég a szolgáltatás fenntartására, azt az önkormányzat kiegészíteni kényszerül

8. **ENCS**:

HSG: Díj: 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 8 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.