

Zárol Evelin

Az idősek helyzete, időügy Magyarország

2. rész

A tanulmány első részében (KAPOCS, 2014/3, XIII. évf. 62. lapszám 2–13. oldalain) bemutattam a magyarországi idősek helyzetét, demográfiai adatait, a magyarországi időspolitika jellemzőit, jelen fejezetben pedig ismertetem az idősek ellátását biztosító szociális ellátórendszer főbb jellemzőit, az alap-, illetve szakosított ellátási formákat. Megfogalmazom az idősellátás, időspolitika igényeit, kihívásait, illetve javaslatokat teszek a lehetséges fejlődési irányvonalakra.

A magyarországi idősek szociális ellátórendszerének főbb jellemzői

A mai magyar személyes jellegű szociális szolgáltatások körét egy településközpontú, alapvetően normatív finanszírozáson alapuló, önkormányzat-centrikus rendszerként írhatjuk le (Hoffmann 2011, 35).

A rendszer gyökereit a tanácsrendszerig vezethetjük vissza. Az első tanács törvény, a helyi tanácsokról szóló, 1950. évi I. törvény még nem szólt az egységes államigazgatás részét képező tanácsok szociális jellegű feladatiról. Arról csak a második tanács törvény, a Nagy Imre-féle reformok során elfogadott, 1954. évi X. törvény 6. § (2) bekezdés d) pontja tett említést, valamint ugyanezen törvény 22. paragrafusa írta elő, hogy a tanácsok kötelesek szociális állandó bizottságot létesíteni. A fenti szabályozásnál részletesebb rendelkezéseket tartalmazott a harmadik tanács törvény, az 1971. évi I. törvény, és annak végrehajtási rendelete, a 11/1971. (III.31.) kormányrendelet. Ez utóbbiak kiemelik, hogy léteznek „a lakosságot érintő egyéb szociális ellátások”. A helyi jellegű szociális ellátásokért a községi tanácsok feleltek. A nagyobb községek és a nagyközségek a körzeti jellegű feladatokban voltak illetékesek.

A városkörzeti szolgáltatásokat a városi tanácsok nyújtották, míg a szociális tervezés összehangolásáért a megyei tanácsok feleltek. Bár a harmadik tanács törvény elismerte a tanácsok önkormányzati jellegét, azok továbbra is az egységes államigazgatás részét képezték. Mindezek alapján a szociális ellátórendszer egy településcentrikus ellátórendszert képezett. A pénzügyekről szóló 1979. évi II. törvény viszont a tanácsok finanszírozásával egy többlépcsős, decentralizált modellt épített fel. Azaz: az állam megyénként meghatározta az egyes feladatok ellátására rendelkezésre álló működési és fejlesztési kereteket, majd a megyei tanács ezeket a kereteket lebontotta az egyes települési tanácsokra. Az egyes települések szolgáltatási rendszerének finanszírozása azon múlt, hogy a megyei tanács miként ítélte meg a települési-körzeti szociális szükségleteket, és milyen forrásokat rendelt azokhoz. A harmadik tanács törvény és a pénzügyekről szóló 1979. évi II. törvény említette a szociális feladatokat, de az 1970-es és 1980-as években nem volt egységes törvényi szintű szabályozás a szociális szolgáltatások köréről. Az 1980-as években – rendeleti szinten – kezdtek szaporodni a személyes jellegű szociális ellátásokat szabályozó rendelkezések, amelyek nyomán elkezdett körvonalazódni a szolgáltatási rendszer. Az 1990. évi rendszerváltás átalakította a magyar helyi-területi igazgatás rendszerét. Az 1990. évi LXV. törvény (Ötv.) az államigazgatási és az önkormányzati igazgatás alrendszereire épülő közigazgatási rendszert hozott létre. Az Ötv. látszólag nem hozott jelentős változást akkor, amikor a szociális és egészségügyi alapellátásokat a települési önkormányzatok kötelező feladataként, míg a szociális szakellátásokat a megyei, megyei jogú városi és a fővárosi önkormányzatok kötelező feladataként határozta meg. Ezzel gyakorlatilag a tanácsrendszer szabályozását vette át (Hoffmann 2011, 43–44).

A szociális védelem megszervezéséért (a szociálpolitikai kerekasztal létrehozásával, illetve a szolgáltatástervezési koncepció eszközeivel) adott területen elsődlegesen a települési és megyei önkormányzat volt felelős. Majd a 2000-es évek közepétől a szakellátás, valamint a pályázati úton finanszírozott szolgáltatások esetében az állami felelősségvállalás erősödése figyelhető meg.¹

A magyarországi szociális szolgáltatások kiépülése az 1990-es, rendszerváltás utáni évekre tehető.

Nevesítésük az 1993. évi III. törvény (továbbiakban Sztv.) a szociális ellátásokról és szociális szolgáltatásokról történt. Fontos nyomatékositani (fentebb írottakra való tekintettel), hogy egyes szolgáltatástípusok már a törvény megjelenése előtt is léteztek, ugyanakkor nem biztosítottak országos lefedettséget. Az 1990-es éveket Krémer Balázs megfogalmazása szerint (Krémer 2009, 151) a szociálpolitika intézményesülési időszakának tekinthetjük.

Az Sztv.-ben nevesített, idősellátást érintő szociális szolgáltatások az alábbiak:

- étkeztetés
- házi segítségnyújtás
- nappali ellátást nyújtó intézmény: idősök klubja
- átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény: időskorúak gondozóháza
- ápolást-gondozást nyújtó intézmény: idősök otthona.

Később az alapszolgáltatások köre kibővült a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatással, valamint a jelzőrendszeres házi segítségnyújtással.

Az egyes alap- és szakosított ellátási formák

Alapszolgáltatások

Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás

A falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás célja az aprófalvak és a külterületi vagy egyéb belterületi, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányából eredő hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása, továbbá az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése.

A szolgáltatás hatszáz lakosnál kisebb településen működtethető. Amennyiben a fa-

lugondnoki szolgáltatás létesítését követően a település lakosságszáma tíz százalékot meg nem haladó mértékben emelkedik hatszáz lakos fölé, a szolgáltatás tovább működtethető. A tanyagondnoki szolgáltatás legalább hetven és legfeljebb négyszáz lakosságszámú – külön jogszabályban meghatározott – külterületi vagy egyéb belterületi lakott helyen működtethető. Amennyiben a helyi sajátosságok alapján a tanyagondnoki szolgáltatás több tanyagondnok közreműködésével valósítható meg, a tanyagondnokok által ellátandó körzetek határait – figyelemmel a lakosságszám-korlátra – a fenntartó települési önkormányzat rendeletében határozza meg azzal, hogy új tanyagondnoki szolgáltatás négyszáz lakos fölött szervezhető. Amennyiben a tanyagondnoki szolgáltatás létesítését követően a külterületi vagy egyéb belterületi lakott hely lakosságszáma tíz százalékot meg nem haladó mértékben emelkedik négyszáz lakos fölé, a szolgáltatás tovább működtethető.

Étkeztetés

Az étkeztetés keretében azoknak a szociálisan rászorultaknak a legalább napi egyszeri meleg étkezéséről kell gondoskodni, akik azt önmaguk, illetve eltartottaik részére tartósan vagy átmeneti jelleggel nem képesek biztosítani, különösen: koruk, egészségi állapotuk, fogyatékságuk, pszichiátriai betegségük, szenvedélybetegségük vagy hajléktalanságuk miatt.

Házi segítségnyújtás

A házi segítségnyújtást minden településen a szolgáltatást igénybe vevő személy saját lakókörnyezetében kötelező biztosítani, lakosságszámtól függetlenül. A szociális törvény szerint az alapvető gondozást és az alapápolás körébe tartozó feladatokat foglalja magában. Ezen kívül segítséget nyújt az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiéniai körülményeinek megtartásában, valamint prevenció szerepet tölt be a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, azok elhárításában való segítségnyújtással. A szolgáltatás ma elsősorban időskorú személyek ellátását biztosítja. A házi segítségnyújtást a megállapított napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában kell biztosítani. A szolgáltatás térítésköteles, de a térítés mértékét személyre szabottan állapítják meg.



Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékkal élő személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás.

A szolgáltatás keretében biztosítani kell: az ellátott személy segélyhívása esetén az ügyeletes gondozónak a helyszínen történő haladéktalan megjelenését, a segélyhívás okául szolgáló probléma megoldása érdekében indokolt azonnali intézkedések megtételét, szükség esetén további egészségügyi vagy szociális ellátás kezdeményezését. A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása állami feladat.

Időskorúak nappali ellátása

Többek között az idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyeknek biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra,

valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére. A szolgáltatások körébe tartozik többek között a szabadidős programok szervezése, szükség szerint az egészségügyi alapellátáshoz és a szakellátásokhoz való hozzájutás segítése, közreműködés hivatalos ügyek intézésében, munkavégzés szervezése, életvitelre vonatkozó tanácsadás, életvezetés segítése. Ha az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni.

Szakosított ellátási formák

A szakosított ellátások a bentlakásos intézményrendszer tagjait ölelik fel. Két alaptípusát különböztetjük meg a bentlakásos intézményeknek: az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeket, amelyek körébe tartozik az időskorúak gondozóháza, illetve az ápolást-gondozást nyújtó, azaz tartós bentlakást biztosító intézményeket. Ebbe a körbe tartozik az idősek otthona.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények – a hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása kivételével – ideiglenes jelleggel legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak.

Az átmeneti elhelyezés különös méltánylást érdemlő esetben, orvosi szakvélemény alapján további egy évvel meghosszabbítható.

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények körébe tartozik az időskorúak gondozóháza (idősek átmeneti ellátása).

Ebbe az intézménytípusba olyan időskorúak, valamint azok a 18. életévüket betöltött beteg személyek vehetők fel, akik önmagukról betegségük miatt vagy más okból otthonukban időlegesen nem képesek gondoskodni. Az ellátást az intézményvezetőnél írásban kell kérelmezni. A szolgáltatás térítésköteles, a térítés mértékét személyre szabottan állapítják meg.

Ápolást, gondozást nyújtó, tartós bentlakást biztosító intézmények

Ebbe az intézménytípusba az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek kerülhetnek be. Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények kötelesek gondoskodni a bentlakók napi legalább háromszori étkeztetéséről, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátásáról, mentális gondozásáról, a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi ellátásáról, valamint lakhatásáról (a továbbiakban: teljes körű ellátásáról), amennyiben ellátásuk más módon nem oldható meg. Az intézmény feladata a komplex gondozási tevékenység biztosítása, ez folyamatos, 24 órás szolgálatot jelent. Külön gondozási egységben vagy csoportban látják el a demencia körébe tartozó közép súlyos vagy súlyos kórképpel rendelkező személyeket.

Ápolást, gondozást nyújtó intézmény többek között az idősek otthona. Itt meghatározott, napi 4 órát meghaladó, vagy a jogszabályban meghatározott egyéb körülményeken alapuló gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el. Az időotthoni ellátás iránti kérelem alapján az intézményvezető végzi el az ellátást igénylő gondozási szükségletének vizsgálatát. Beutaló határozat esetében a vizsgálatot a beutaló szerv kezdeményezi a határozat hozatalát

megelőzően az intézményvezetőnél. Az Sztv.-ben meghatározott intézménytípusok által biztosított szolgáltatás megszervezhető önálló, illetve integrált szervezeti formában is.

A szervezeti integráció megvalósulhat több ellátástípus egy intézmény keretein belül történő biztosításával, illetve alap, nappali, bentlakásos intézményi formák egymásra épülésével.

A bentlakásos intézményi szolgáltatás megszervezése az alábbi formákban történhet:

- egy ellátotti csoport részére azonos gondozási feladatok ellátása (tisztá profilú intézmény)
- több intézménytípus szolgáltatásainak biztosítása részleg kialakításával (részlegek)
- több intézménytípus egy bentlakásos intézményben történő megszervezése, kialakítása (vegyes profilú intézmény)
- több intézménytípus különálló szervezeti egységekben történő megszervezése (integrált intézmény).

Az Sztv. pontosan meghatározza, hogy mely ellátási formákat mikorra kell létrehozni. A jogszabály első változata 1997. december 31-ét jelölte meg a szolgáltatások létrehozásának határidejeként. Miután világossá vált, hogy határidőre nem jönnek létre a szolgáltatások, 1995-ben egy módosítás során a jogszabályalkotó kitolta a határidőt 1999. december 31-re. Az új határidő lejárt előtt az Állami Számvevőszék megvizsgálta a települési önkormányzatok szociális szolgáltatásainak helyzetét. Az 1998-ban készített jelentés (ÁSZ 0015) megállapította, hogy nemhogy új szolgáltatások nem jöttek létre, de az örökölt struktúra sem egészült ki országos lefedettségű hálózattá (Bugarszky 2004, 101).

„Az Sztv.-t sokszor és sokan bírálták az intézményrendszer kialakítása miatt, de összességében azt lehet kiemelni, hogy megalkotásának időszakában rendkívül előremutató volt, ugyanis az Ötv. adta korrekciós lehetőségeket megkísérelte beépíteni a szabályozásba. (...) Az Sztv. volt az első olyan törvény, amely a kötelező feladatok telepítése során következetesen érvényesítette a differenciált hatáskör telepítés elvét. (...) Az Sztv. egyik legfontosabb újítása az volt, hogy szakított a szociális ellátások biztosításának állami monopóliumával, és a szakmai feltételeknek megfelelő nem állami (for-profit és nonprofit), valamint egyházi fenntartású szolgáltatók is megkezdheték működésüket.” (Hoffmann 2011, 48)

A szociális és jóléti intézményi szolgáltatások tekintetében egy sajátos utat lehet feltérképezni. A rendszerváltás utáni időszak elején ez a terület alig kapott forrást, hiszen nem vagy alig voltak intézmények. A szociális törvény megalkotását követően a GDP-n belüli arány majdnem elérte a 3%-ot, 1994-től azonban ez visszaesett 1% körüli értékre, és – leszámítva a 2006-os évet, amikor újabb rövid idejű bővülést tapasztalhattunk – azóta is ezen a szinten áll.

A bentlakásos intézményi ellátás helyzete Magyarországon

Amikor az idős ember számára az önálló életvitel fenntartása saját lakókörnyezetében sem családi segítséggel, sem pedig az alapszolgáltatási formák egyes formáinak [falu-, illetve tanyagondnoki szolgálat, étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali intézmény (idősek klubja)] igénybevételével nem biztosítható, akkor válik szükségessé az idős személy bentlakásos intézményben történő elhelyezése.

Az engedélyezett férőhelyek száma 850 intézményben 57 017 férőhely (2011. július) – beleértve az időskorúak bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeit, valamint a szállást biztosító idősok nappali intézményeit. A férőhely-kihasználtság 96,3%-os, a lakók mintegy 8%-a 65 év alatti. A tartós bentlakást nyújtó intézmények közül több olyan van, ami nem tiszta profilú (...) (Dr. Egervári Ágnes – Czibere Károly – Panker Mihály 2011, 21).

Ma Magyarországon az idősellátás két terület: az egészségügyi és a szociális ellátórendszer kompetenciájába tartozik. A hatályos szabályozásban nagyon sok a két szféra közötti átfedés, párhuzamosság. A tartalmilag hasonló ápolási, gondozási feladatok jelenleg két eltérő ágazati logikába ágyazottan, minimumfeltételek, protokollok, hozzáférési rend és finanszírozási filozófia szerint valósulnak meg.

Az időseket gondozó intézmények sajátosságai

- Az intézmények többsége (ma már) állami (korábban önkormányzati) fenntartásban működik, emellett jelen vannak az egyházi, nonprofit és vállalkozási jellegű intézmények is (Czibere 2013).
- A meglévő intézmények vegyes profilúak, az

idősekkel együtt megtalálhatók a szenvedélybetegek és pszichiátriai betegek is.

- Az intézmények többsége nagyméretű.
- Az otthonok finanszírozása a normatív állami finanszírozáson, a lakók által fizetett térítési díjon és fenntartói támogatáson alapul.
- Az épületek többsége nem felel meg a korszerű ellátás követelményeinek.
- Az intézményekben meglévő technikai felszereltség általában elmarad az európai normától.
- Az ápolási, gondozási tevékenységek fizikailag aránytalanul nagy terhet rónak a dolgozókra.
- Az intézmények vezetői általában szakmailag jól felkészültek, de nem mindig rendelkeznek a korszerű menedzsmenttechnikák ismeretével.

A következő állítással mélyen egyetértek: „Az idősellátás jövőbeni struktúrája igen nehezen jelezhető előre, elsősorban azért, mert a társadalompolitika valamennyi olyan eleme, amely az időskori biztonság erősítését célozza (pl. nyugdíj, ápolás, gondozás stb.) erősen kitett a politikának” (Dr. Egervári Ágnes – Czibere Károly – Panker Mihály 2011, 25). Az idézett tanulmány azonban az alábbiakat prognosztizálja:

- az idősellátás szociális jellege jelentősen gyengül, és benne az ápolási és szakápolási tevékenység fölerősödik;
- eltolódik a hangsúly az egészségügyi szolgáltatások felé, miközben az intézmények dolgozói szakmailag, illetve képzettségüket tekintve nincsenek felkészülve a feladat szakszerű és maradéktalan ellátására;
- a tárgyi feltételek sem adottak a feladathoz;
- a munkaköri előírások sem engedik meg bizonyos egészségügyi feladatok elvégzését;
- a szociális, illetve gondozási tevékenység fentiek miatt háttérbe szorul.

A tanulmányban foglaltak szerint mindebből az következik, hogy a fejlesztési forrásokat a mostani gyengébb minőségű férőhelyek kiváltására, felújítására kell fordítani, és a magántőke újbóli visszaengedésével szükséges a következő 40 év alatt mintegy 20 000 új ágyat létrehozni úgy, hogy ezen többletférőhelynek a szolgáltatásstruktúrába való beépülése alapvetően 2035 körül kezdődjön el, hiszen akkoriban gyorsul majd fel az idősok részarányának emelkedése. Az ellátórendszer tulajdonosi szerkezete és finanszírozása is várhatóan változni fog. Ez utóbbi első lépésben a gondozási rászorultság mértékében differenciálódik. Második lépésben az önellátási képességhiányok mér-

tékéből és számosságából következően szolgáltatáscsomagok hozzárendelése történik a klienshez. Ekkor már nem a kliens után jár a finanszírozás, hanem a szolgáltatáscsomag után. Változik a szakember-követelmény, hisz ettől kezdve nincs értelme férőhelyre megadni a szakmai létszámot, hanem a gondozási rászorultsághoz rendelt szolgáltatáscsomagok megvalósításához kell keresni szakmai tudással, jártassággal, illetve tapasztalattal bíró munkaerőt.

Igények, kihívások az idősügyi, időspolitika területén

Részemről mindazok megváltoztatása, melyeket fentebb problémának említettem. Udvari Andrea pedig az alábbiakban foglalja össze (Udvari 2013).

- Az idősödés nem önmagában véve problematikus, hanem abból a szempontból, hogy sem a gazdaság, sem a társadalmi ellátórendszerek nem készültek fel átfogó reformokra az ellátórendszerek fenntarthatósága érdekében.
- A nyugdíjak, szociális és egészségügyi kiadások egyre nagyobb terhei a társadalomnak.
- A demográfiai változások és az individualizációs folyamatok azt is jelentik, hogy a családok egyre kevésbé töltik be a természetes védőháló szerepét, a gondozási funkciókat, ami az intézményes ellátások arányának és jelentőségének növekedését eredményezi. (A család instabilitása, válások, eltérő értékrend, a munka világának az átalakulása – preferált az egyedülálló munkavállaló, külföldi munka, stb. –, növekvő munkanélküliség).
- Munkanélküliség.
- A nyugdíjrendszer átalakítása válik szükségessé: nyugdíjkorhatárok felemelése és a járulékok növelése, az öngondoskodás előtérbe helyezése. Az öngondoskodó nyugdíjrendszernek nálunk nincsenek hagyományai, feltételei, félő, hogy konzerválná a meglévő társadalmi különbségeket.
- Veszélyezteteti a társadalmi szolidaritás fenntarthatóságát: a fiatalabb generációk úgy tekintenek a nyugdíjasokra, mint kiváltságos csoportra, akik a legtöbb hasznot húzzák a szociális költségvetésből, ellátórendszerből. A fiatalok közül és a gyermekes családokból kerülnek ki az új szegények, így elsősorban őket kellene támogatni, amit azonban az idősek számára nyújtott, egyre növekvő kiadások nem tesznek lehetővé.

- Az idősokkal kapcsolatos szemléletváltásra van szükség. A Nemzeti Idősügyi Stratégia (NIS) társadalomképének alapja, hogy minden korcsoportnak megfelelő esélye legyen teljes értékű aktív és méltó életre, az élet utolsó szakaszának humánus befejezésére.

Javaslataim az idősellátás, idősgondozás területére vonatkozóan

- Professzionizmus: kormányzati szinteken. Gondolok itt arra, hogy adott államtitkárságokban olyan szakemberek is tevékenykedjenek, akik maguk is dolgoztak az általuk képviselt területen, így tapasztalattal bírnak, képesek a valós szükségletek, problémák megfogalmazására.
- Nemzetközi véráramlatba való bekapcsolódás.
- Európai Unióra való „építés”, EU-tagsággal járó előnyök maximális kiaknázása (elsősorban pályázati források tekintetében).
- Európai uniós forrásoknak a szükségletekre reagáló felhasználása.
- Közös (kormányzati nyelven: „nemzeti”) felkészülés az előregedő társadalom problémáinak kezelésére.
- Közös gondozási módszerek kidolgozása (mely részben már megtörtént, és ennél fogva itt meg kell említenem az idősek bentlakásos ellátásának működését segíteni hivatott szociális sztenderdeket) (Dr. Egervári Ágnes – Czibere Károly – Panker Mihály 2011, 33–119), és ami még fontosabb: alkalmazásuk (!) az időseket gondozó intézményekben.
- Szociális szakképzési rendszer kompetencia alapú fejlesztése.
- Szociális bentlakásos intézmények modernizációja, korszerűsítése (felújítások).
- Megfelelő ápolói létszámfeltételek megteremtése (a folyamatos létszámleépítések helyett).
- Idősellátásban dolgozók anyagi megbecsülése (a szociális területen dolgozók szakmai életútmodelljének szükségét a Nemzeti Szociálpolitikai Konceptió 2011–2020 is elismeri, 54.o.).
- Idősellátásban dolgozók erkölcsi megbecsülése, támogatása (szupervízió – nem csak elméletben).
- Rugalmas (családbarát) foglalkoztatási modellek.
- Nagyobb szociális intézmények esetében intézményi óvoda, bölcsőde.
- Szakmai fejlődési lehetőség.

- Jobbiztonság a munkavállalók részére (a folyamatosan változó jogszabályi környezet helyett).
- Önkéntesség szerepének felértékelése (ösztönzés, szemléletváltás, DE ez csak akkor lehetséges, ha van az embereknek olyan munkájuk, amelyből napi megélhetésüket biztosítani tudják, családjukat ellátni képesek, vagyis ha egyfajta „biztonságos” létminimum biztosított).
- Szakmai szervezetek tényleges együttműködése.
- Rendszerek (pl. kórházak, idősek otthonai) közötti hatékonyabb kommunikáció.
- Ellátórendszerek (elsősorban az egészségügy és a szociális terület) párhuzamosságainak megszüntetése.
- Intézményekben élő idős személyek szempontjából: méltóság, lehető legnagyobb fokú önállóság biztosítása, megbecsülés, professzionizmus, szeretetteljes légkör biztosítása.

Udvari Andrea némileg más szempontokat figyelembe véve az alábbi irányvonalakat emeli ki az idősgondozás, idősellátás területén, melyeket magam is fontosnak és szükségszerűnek érzek:

- A jövőben felértékelődik az öngondoskodás elve az időskorúak jövedelembiztonsága szempontjából.
- Fontos, hogy az időskorú állampolgárok számára – településtípustól függetlenül – ugyanazok az ellátások egyénre szabottan és adekvát módon a számukra elvárt színvonalon és tartalommal legyenek elérhetőek.
- Az elérhető szolgáltatásokat és a szükségleteket összhangba kell állítani, azaz az idős emberek számára oly módon kell biztosítani a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, hogy azok leginkább igazodjanak a saját szükségleteikhez.
- A kirekesztődés megakadályozása érdekében a társadalmi befogadást segítő integrált szolgáltatásokat és programokat fejleszteni szükséges, és a működési feltételeket biztosítani kell hozzá.
- Pontos információkkal kell segíteni az időseket, hogy tudatosan választhassanak a különböző igényeket kielégítő lakhatási, ellátási formák között, beleértve a piaci alapon nyújtott szolgáltatásokat is. Számukra minőségi szempontok alapján ismereteket kell nyújtani a szolgáltatások biztonságáról, megbízhatóságáról, valamint hozzáférhetőségéről.
- Az időskorúak mentális és fizikai egészségének megőrzését, valamint a gyógyítást is az egyéni szükségletekhez kell igazítani.

- Olyan integrált ellátási formákat kell kialakítani és fejleszteni, amelyek lehetővé teszik azt, hogy az idős ember a saját lakókörnyezetében vegye igénybe az ellátást (erre jó példaként szolgál a házi segítségnyújtás és a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás), de több ilyen jellegű szolgáltatásra lenne szükség.
- Szükség lenne a geriátriai ellátórendszer és a demens betegek ellátásának fejlesztésére.
- Az élethosszig tartó tanulás elvét követve és szem előtt tartva életkor-specifikus oktatási és továbbképző programokat kell indítani.
- A magyarországi időspolitika egyik legfontosabb megoldandó kérdése az időskorúak diszkriminációjának megszüntetése, és esélyegyenlőségének megteremtése. Fel kell lépni az idősebb munkavállalókat érintő életkori diszkrimináció ellen.
- Fokozni kell az idősök családban végzett munkájának, valamint önkéntes munkájának társadalmi elismerését is. Támogatni kell az aktív közösségi életet, a bekapcsolódást a közösségi részvételbe, az aktív állampolgári létet.
- Fejleszteni kell az aktív életkortervezést (age management) a munkaerőpiacon, azzal a céllal, hogy megelőzzük az életkor gátló tényezővé válását.
- Meg kell őrizni az idős dolgozók kapcsolatát a munkaerőpiaccal, hogy ne veszítsék el a munkaképességüket.
- Ösztönözni kell a rugalmas nyugdíjba vonulást, hogy eltűnjön a merev határ a munkavállalás és a nyugdíjba vonulás ideje között.
- Segíteni kell a közegészségügyet az élet minden aspektusában és minden korcsoportban, különösen az aktivitás megtartásában, amely a fizikai és mentális egészség forrása.
- Javítani kell az elesettek hozzáférését a szociális támogatásokhoz, hogy képesek legyenek irányítani az életüket, és a családjuk ne legyen túlterhelve.
- Biztosítani kell, hogy a szociális ellátás minőségi ellátás legyen, és ne korlátozódjon a pénzbeli minimumtámogatásra.

Fentebb megfogalmazott javaslatokat az Időügyi Nemzeti Stratégia az alábbi „jövőképpel” egészíti ki:

- A születéskor várható élettartam közelítése az európai uniós átlaghoz.
- A társadalmi integráció erősítése.
- Az idősödési folyamat „menedzsmentjének” elterjesztése már fiatalokkorban.

- A társadalmi szemléletváltás az idősödés mind gazdasági, mind társadalmi megítélését és megélését illetően.

Összefoglalva, „a »hazai szociálpolitika paradigmaváltása« (Iván, 2013,12): vadonatúj kérdésekre kell új válaszokat adni, gyorsan, megfelelően, esélyközelítéssel, a megmaradt jó néhány szabályozó, rendeleti feltétel mellett. Ugyanakkor fenn kell tartani az ügyfél és rászoruló személyes önállóságát, erkölcsi méltóságát, jobbra kell tenni életfeltételeit, társadalmi bevontságát, adaptációját, kapcsolatrendszerét, és annak működtetését, rehabilitálását, megelőző esélyszükségleteit és igényeit, valamint a megelőzés módozatait.”

A személyes jellegű szociális szolgáltatásoknak az egyes országok igazgatási rendszereiben elfoglalt helyzetét több szempont alapján határozhatjuk meg. Az első szempontot az adott állam szociális rendszerének az általános modellje jelenti, a második a közigazgatási működése, a harmadik pedig a területbeosztása. Esping-Andersen három főbb modellt különít el:

- 1) Az univerzális ellátásokat nyújtó skandináv rendszerben a hangsúly az állami pilléren van. Az állam az univerzális ellátásokkal arra törekszik, hogy az egyént minél tovább a munkaerőpiacon tartsa. Fontos szerepe van az adórendszerből finanszírozott, univerzális jellegű személyes szociális szolgáltatásoknak, amelyek ellátásában az önkormányzatok játszanak központi szerepet.
- 2) A liberális jóléti modell jellemzője, hogy aktívan támogatják a piaci megoldásokat, illetve hogy a szociális juttatások és szolgáltatások terén az állam szerepe reziduális. A szolgáltatási rendszer működtetésében jelentős szerepe van az önkormányzati szociálpolitikának.
- 3) Az európai (kontinentális) jóléti modellbe a legtöbb európai állam, így Magyarország is besorolható. Erre az jellemző, hogy erőteljes a társadalombiztosítás dominanciája, és a szolgáltatások megszervezéséért a helyi önkormányzatok felelősek (Hoffmann 2011, 31).

Összegzés

Az elmúlt időszakban a magyarországi időseket ellátó szociális ellátórendszer jelentős változásokon ment keresztül.

- Fontos kiemelni az intézmények évről-évre csökkenő, illetve stagnáló költségvetési finanszírozását (ami nem ritkán az intézmények, szolgáltatá-

sok fenntartóváltását teszi szükségessé, de erről a későbbiekben még részletesen írok).

- Az intézményekben egyre rosszabb egészségi állapotban kerülnek be az idős emberek, akik mindjobban szakápolási ellátására szorulnak. Ehhez a megnövekedett szükséglethez azonban az intézmények sem a szakmai létszámfeltételek, sem pedig (szak)tudásuk tekintetében nem felelnek meg.
- A települések egyes szociális szolgáltatásokkal való lefedettsége országos szinten még mindig nagy egyenlőtlenségeket hordoz (nem biztosított az egyenlő esélyű hozzáférés elve).
- A folyamatosan változó jogszabályi környezet leginkább követhetlenséget, semmint következetességet jelent.
- Nincs egységes idősügyi törvény, holott arra nagy szükség lenne.
- Hiányzik az idősügy rendszerbe foglalt kommunikációja.
- Az Európai Unió tevékenységeiben nem elég erőteljes az idősek képviselése, leszámítva a tevékeny idősödés 2012. évét.
- Az idősellátás szakmai sztenderdjei gondos alaposággal elkészültek, de kerülnek-e ezek valaha is intézményi szinten alkalmazásra?

Korábbi munkám révén a Baranya Megyei Önkormányzat Kastélypark Módszertani Otthona által végzett szociális szolgáltatások és intézmények ellenőrzése kapcsán pontos képet kaptunk a nyújtott szolgáltatás minőségéről, illetve hiányosságairól.

A módszertani osztály tagjaként részt vettem Baranya Megye Szociális Szolgáltatástervezési Koncepciójának felülvizsgálatában 2006-ban, 2008-ban és 2010-ben. Feladatunk volt az idősek helyzetével foglalkozó részek aktualizálása (alapellátás, szakellátás, fejlesztési irányok meghatározása).

2010 áprilisában az alábbi – időseket ellátó intézményrendszerre vonatkozó – észrevételeket és fejlesztési irányokat emeltem ki és továbbítottam a Baranya Megyei Önkormányzat felé:

- A szociális és egészségügyi rendszer párhuzamos működése azt eredményezi, hogy a tartalmilag hasonló ápolási feladatok jelenleg két eltérő ágazati logikába ágyazottan, eltérő minimumfeltételek, protokollok, beutalási rend és finanszírozási forma alapján valósulnak meg.
- A kormányzati törekvések ellenére is az intézményi oldalon hiányoznak az átmeneti és vegyes ellátást nyújtó szervezeti formák. Az otthonápolás és

az otthoni szakápolás iránti szükségletek felmérése nem történt meg, az orvos által elrendelt otthoni szakápoláshoz való hozzáférés esetleges vidéken és a tízezer lélekszám alatti településeken.

- Az idősok intézményi ellátására vonatkozó hazai adatok alapján megállapítható, hogy az elmúlt években a tartós ápolásra igénybe vehető férőhelyek összesített száma az egészségügyi és a szociális ágazatban nem növekedett olyan mértékben, mint amilyen mértékben növekedtek a szükségletek.
- Az ellátórendszer kapacitása a hatékony működtetéshez túl nagy, területileg széttagolt.
- Az egyes intézmények közötti kapcsolat a betegút-szervezéssel kapcsolatban torz érdekelt-ségektől terhes.

Fentiekre tekintettel elengedhetetlen:

- Az akadálymentes környezet teljes körű megteremtése az intézményekben.
- Komplex és integrált, átmeneti és vegyes szolgáltatások ellátásainak átalakítása, fejlesztése.
- Szükséges megszervezni a demens és Alzheimer-betegek számára a megfelelő szakosított ellátást és a hozzátartozók támogatását.
- Nagyobb anyagi és társadalmi elismertség biztosítása a szociális szolgáltatások területén dolgozó szakemberek számára.
- Ápolók létszámának – jogszabályban rögzített – „hozzá igazítása” a megnövekedett ápolási szükséglettel rendelkező idősok kielégítő színvonalú, biztonságos ellátásához.

Tanulmányom 1., illetve 2. részében megfogalmazottak ellensúlyaként nyomatékot kell azonban adnom annak, hogy Magyarország kormánya az új Alkotmányban a következőképpen szól az idősok-ról: „Magyarország külön intézkedésekkel védi a családokat, a gyermekeket, a nőket, az idősoket és a fogyatékkal élőköt” (XV. cikk 5. bek.). Ugyanakkor az Alkotmány XVI. cikkének (4.) bekezdése az idősokkal kapcsolatos jövőbeli feladatok ellátását az alábbiakra redukálja:

(A szülők mellett, hogy kiskorú gyerekük-ről kötelesek gondoskodni...)

„A nagykorú gyermekek kötelesek rászoruló szüleikről gondoskodni.”

Úgy vélem, ebben a mondatban benne rejlik a kormány jövőbeli „időspolitikája”.

Irodalom

1993. évi III törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról [Letöltés: 2014. 03.10.]

81/2009. (X.2.) OGY határozat az Időügyi Nemzeti Stratégiáról

Bugarszky Zsolt: A szociális szolgáltatások újjászülése Magyarországon. *Esély*, 2004/4. 100–110. o.

Czibere Károly: *Jogszabályok és valóság 1993–2013. 20 év. Hogy is van ez?* IX. Országos Szociális Szakmai Konferencia Keszthely, 2013. november 7. Forrás: <http://www.szozsak.hu/index.php?page=menupont&oldal=35&nyelv=hu> [Letöltés: 2014. 03.17.] Forrás: http://www.esely.org/kiadvanyok/1998_5/idoskoruak_bentlakasos.pdf [Letöltés: 2014. 02. 10.]

Hoffman István: A helyi önkormányzatok szerepe a személyes jellegű szociális szolgáltatások megszervezésében. *Esély*, 2011/6. pp: 35–63. o.

http://baranya.hu/doksik/content/fejlesztési_konceptciok/sztk/konceptcio_2010.pdf

Iván László: Gondolatok az idősödés szemléletű szociálpolitikáról Magyarországon. *KAPOCS*, 2013. XII. évfolyam 1. szám. 10–17. o.

Szalai József: az Időskorúak bentlakásos ellátása – gondolatok a nyugat-európai tapasztalatok tükrében. *Esély*, 1998. kk. 5.

Területi Szakértői Csoport: *Bentlakásos Idősellátás*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. TÁMOP 5.4.1. Szakértők: Dr. Egervári Ágnes, Czibere Károly, Panker Mihály. 2011.

Udvari Andrea: *Az idősellátás helyzete Magyarországon* (kutatási jelentés) 2013. Forrás: ncsszi.hu/download.php?file_id=1676 [2014. február 11.]

Jegyzetek

- 1 2012-től recentralizáció: Megyei Intézményfenntartó Központok (MIK), 2013-tól recentralizáció: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF) (Czibere 2013).