



Belügyminisztérium

## TARTÓS ÁPOLÁS-GONDOZÁSRA VONATKOZÓ STRATÉGIA 2030

*A Tartós Ápolás-Gondozásra Vonatkozó Stratégia kiegészítésére elsősorban az Európai Regionális Fejlesztési Alapra, az Európai Szociális Alap Pluszra, a Kohéziós Alapra, az Igazságos Átmenet Alapra és az Európai Tengerügyi, Halászati és Akvakultúra-alapra vonatkozó közös rendelkezések, valamint az előbbiekre és a Menekültügyi, Migrációs és Integrációs Alapra, a Belső Biztonsági Alapra és a határigazgatás és a vízümpolitika pénzügyi támogatására szolgáló eszközre vonatkozó pénzügyi szabályok megállapításáról szóló (EU) 2021/1060 európai parlamenti és tanácsi rendeletben meghatározott 4.4 és 4.6 tematikus feljogosító feltétel kritériumainak való megfelelés érdekében került sor 2024-ben. A dokumentumban sárga szinkóddal jelölt részek jelzik az aktuális, 2024-ben tett módosításokat.*

*A Stratégia 2027. évben tervezett áttekintése keretében a statisztikai adatok és a szakterületen megtett intézkedések bemutatásra kerülnek.*

**Budapest, 2024.**

## Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés	6
1.1.	Előzmények	6
1.1.1.	A tartós ápolás-gondozás fogalma és alapelvei	6
1.1.2.	Indíttatás	6
1.1.3.	Stratégia készítés szervezeti keretei	7
1.2.	A stratégiai tervezés folyamata	7
1.3.	Lehatárolás és fogalomértelmezés	8
1.3.1.	Lehatárolás	8
1.3.2.	Fogalomértelmezés	9
2.	Helyzetelemzés	11
2.1.	Megközelítés	11
2.2.	Stratégiai terület bemutatása	11
2.2.1.	A tartós ápolás célcsoportjai	12
2.2.2.	Tartós ápolásra, gondozásra jogosultak köre	17
2.2.3.	A tartós ápolást nyújtók köre	18
2.2.4.	A tartós ápolást nyújtó intézmények struktúrája	20
	Szociális ellátórendszer	21
	Egészségügyi intézményrendszer	1
2.3.	Stratégiai területre ható főbb folyamatok, trendek	4
2.3.1.	Európai trendek a tartós ápolás területén	4
2.4.	Szabályozási környezet	5
2.5.	Tartós ápolásra vonatkozó stratégia előzményei és tapasztalatai	6
2.6.	Következtetések	9
3.	SWOT-elemzés	13
4.	Jövőkép, célok, feladatok	14
4.1.	Célfa	14
4.2.	Tartós ápolás-gondozás humán erőforrásának a fejlesztése	14
4.2.1.	A tartós ápolásban-gondozásban közreműködők tudásszintjének növelése	15
4.2.2.	A humán kapacitás fejlesztése	16
4.2.3.	Ösztönzők rendszerének megerősítése	18
4.3.	Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése	19

4.3.1.	Intézmény-rendszerek fejlesztése	21
4.3.2.	Intézmény-rendszerek működésének az összehangolása	23
4.3.3.	Krónikus ellátások átalakítása	23
4.3.4.	Hospice ellátás fejlesztése	25
4.3.5.	Szakápolási központok kialakítása, az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben szakápolást is nyújtó részlegek kialakítása és működtetése	26
4.3.6.	A családban maradás erősítése, támogatása	27
4.4.	Kommunikáció fejlesztése	28
4.4.1.	Szemlélet és attitűd-formálás	28
4.4.2.	Információátadás	29
5.	Pénzügyi terv	30
	Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése	31
	Kommunikáció fejlesztése	32
6.	Megvalósítás és monitoring	33
6.1.	Megvalósítási rendszer	33
6.2.	Monitoring rendszer	33
7.	Ex ante értékelés	34
8.	Mellékletek	36
	A tartós ápolásra szoruló személy végleges elhelyezésének lehetősége a jelenlegi ellátórendszerben	36

## Vezetői összefoglaló

Az „öszülő társadalom” problémája, a 65 éven felüli lakosok számának növekedése, az ápolás-gondozás iránti folyamatosan növekvő kereslet, komoly kihívások elé állítja a társadalmat, mind gazdasági, mind morális szempontból. A kihívás kezelését célozza az alábbi tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia, amelynek struktúráját a Kormányzati Stratégia-alkotási Követelményrendszer határozza meg.

A koncepció figyelembe veszi a kapcsolódó hazai és nemzetközi stratégiai dokumentumok iránymutatásait.

Az elemzések alapján a tartós ápolással és gondozással kapcsolatos problémák három fő kérdéskör köré csoportosíthatók:

- humánerőforrás
- intézményrendszeri struktúra és finanszírozás
- gondoskodás és a tartós ápolás megközelítése és szemléletváltása.

Az elemzés három fő megállapítására kíván rövid, közép és hosszú távon megoldásokat találni. A javaslatok három fő pillér és nyolc célkitűzés köré csoportosíthatóak:

1. A tartós ápolás-gondozás **humánerőforrásának a fejlesztése**. Ennek keretein belül az ellátást nyújtó szakemberek felkészültségének a növelését, a **gondoskodáspolitikát** és az egészségügyi ellátórendszer képzési tartalmainak összehangolását, a segítő hozzátartozók, önkéntesek felkészítését és az ehhez szükséges feltételek megteremtését tűztük ki célul.
2. A stratégia alapját az **intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése** képezi. A célkitűzéseink között szerepel az intézményrendszerek hatékonyságának javítása, az otthon igénybe vehető alapszolgáltatások és az intézményekben elérhető szakellátások fejlesztése. Alapvetően fontos feladat a rendszer finom hangolása (pl. a nappali intézmények hosszított nyitva tartása), az ellátási kapacitások növelése (pl. időotthoni férőhelyek bővítése).

Az intézmény rendszerek összehangolásához rendszer szintű beavatkozásokra van szükség. Elsődleges prioritásnak tekintjük, hogy a tartós ápolás-gondozás elsődleges helyszíne az ellátott otthona legyen. Előtérbe kívánjuk hozni egy integrált ellátási modell segítségével a hospice ellátás fejlesztését és az egynapos ellátások (pl. ambuláns rehabilitáció) kérdéskörét.

A tartós ápolás-gondozás intézményszintű ellátását az aktív kórházi ágyszámok krónikussá **alakításával, a kórházi krónikus ellátások átalakításával és az ápolási ágyak a gondoskodáspolitikai ellátórendszerben szakápolási központ formájában működő idősök otthonaivá** alakításával, a szakápolási központok működtetésével, a szociális ellátórendszer kapacitásának (pl. demens betegek, hajléktalanok) növelésével kívánjuk elérni.

3. A tartós ápolással és gondozással kapcsolatos **kommunikáció** elsődleges célja a jövő nemzedékének szemléletformálása, a gondoskodás, mint erkölcsi kötelesség

interiorizálása. Ennek alakítását már a középiskolai évek folyamán direkt és indirekt módszerekkel el kell kezdeni.

Az elérhető szolgáltatásokról a felnőtt lakosság tájékoztatását a hagyományos eszközökkel kívánjuk megoldani.

A koncepció megvalósítása interszektorális feladat, melynek koordinációjához az egészségügyi és a **gondoskodáspolitikai** szakterület szoros együttműködése szükséges.

## 1. Bevezetés

### 1.1. Előzmények

#### 1.1.1. A tartós ápolás-gondozás fogalma és alapelvei

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 98. § (1) bekezdése határozza meg az ápolás fogalmát: „Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése, fejlesztése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.”

A tartós ápolás meghatározása ennél jóval árnyaltabb: A hosszantartó gondozás-ápolás (long term care, LTC) alatt a tartós (félév, egy év, végleges) funkcióvesztéses állapot kialakulása miatt szükséges tevékenységek összességét értjük, a krónikus betegséggel vagy fogyatékossgal élők (idős személyek, demens személyek, fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek, hajléktalan személyek) egyénre szabott és összehangolt szociális és egészségügyi szükségleteinek kielégítését szolgálja.<sup>1</sup>

A palliatív és hospice ellátások a fenti definíciónál általában rövidebb időszakra szólnak, azonban ezek esetében is elképzelhető akár több hónapos, éves gondozási időszak, és az intézményrendszer, valamint az alkalmazott szolgáltatások tekintetében is jelentős hasonlóságok figyelhetők meg, így indokolt ezen ellátási formák megjelenítése jelen stratégiai keretek között. A továbbiakban a dokumentum általános megállapításai mindkét területre (tartós ápolás-gondozás, valamint hospice-palliatív ellátások) vonatkoznak, kivéve, ahol külön jelezzük a különbségeket.

Az Európai Bizottság a munkaerőpiacról kiszorultak aktív befogadásának elősegítéséről szóló 2008/876/EK ajánlásának c) pontja alapján a minőségi szolgáltatásokhoz való hozzáféréseken belül a tagállamoknak olyan szolgáltatásokat kell nyújtaniuk, *„melyek alapvetőek az aktív társadalmi és gazdasági integrációra irányuló politikában, többek között szociális segítségnyújtási szolgáltatások, foglalkoztatási és képzési szolgáltatások, lakhatási támogatás és szociális lakásprogramok, gyermekgondozási, a tartós gondozást támogató szolgáltatások, valamint egészségügyi szolgáltatások terén.”*<sup>2</sup>

#### 1.1.2. Indíttatás

##### Előregedő társadalom

Az európai tagországok demográfiai adatai előregedő tendenciát mutatnak. Az előrejelzések szerint az elkövetkező 30 évben a 65 évnél idősebbek száma 41%-kal fog

---

<sup>1</sup> Definitions of Common Terms Used in Long-Term Care and Culture Change <https://www.pioneernetwork.net/wp-content/uploads/2016/10/Definitions-of-Common-Terms-Used-in-Long-Term-Care-and-Culture-Change.pdf> (2020.10.23.)

<sup>2</sup> A BIZOTTSÁG AJÁNLÁSA (2008. október 3.) a munkaerőpiacról kiszorultak aktív befogadásának elősegítéséről (az értesítés a C(2008) 5737. számú dokumentummal történt) (2008/867/EK) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A32008H0867> (2020.10.26.)

növekedni (a 2020-as 92.079.878-ról 2050-re 130.164.174-re), míg a 80 év feletti emberek száma 88%-os növekedése várható (a 2020. évi 26.605.968-ról 2050-ben 49.929.987-re).<sup>3</sup>

Az előregedő tendenciák számos kihívás elé állítják az EU tagországait.

Egyik ilyen kihívás a demográfiai változások **gazdasági hatásai**. A várható élettartam növekedés a munkaképes korú népesség csökkenésével jár.

Várhatóan az ellátást igénybe vevők számának növekedése a tartós ápolásra fordítandó kiadások növekedését eredményezi. Az EU-ban átlagban a tagországok a GDP 1,6%-át fordítják a tartós ápolás finanszírozására. Az előrejelzések alapján ez a jövőben 2,7%-ra fog növekedni. A csaknem 70%-os emelkedés jelentős mértékben meg fogja terhelni az államháztartások kiadásait.

A fenti indokokra való tekintettel az EU fokozott figyelmet szentel a tartós ápolásra és gondozásra. Az Európai Parlament, és az Európai Bizottság 2017. november 17-én közösen hirdette meg a Szociális Jogok pilléreit, amelynek 18. pillére kimondja, hogy „mindenkinek joga van megfizethető, jó minőségű hosszú távú gondozási szolgáltatásokhoz, különös tekintettel az otthoni gondozásra és a közösségi alapú szolgáltatásokra”.

### **Mobilitás**

Az emberek szabad mozgásának köszönhetően jelentős a lakosság tagállamok közötti mobilitása, 2019-ben 13,3 millió uniós polgár élt egy másik uniós országban. Ezek a mozgások erősen kihathatnak az idős emberek ellátására, hiszen a távollévő családtagok kevésbé számíthatnak egymásra és komoly gondokat jelent (olykor lehetetlenné válik) az idősebb nemzedékek segítése, az informális ápolás kivitelezése.

#### **1.1.3. Stratégia készítés szervezeti keretei**

A stratégia szoros tárcaközi együttműködés keretében az Egészségügyért Felelős Államtitkárság szakmai irányítása az Európai Unió Fejlesztéspolitikáért Felelős Államtitkárság, a **Gondoskodáspolitikáért** Felelős Államtitkárság és a Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság együttműködésében készült el.

## **1.2. A stratégiai tervezés folyamata**

A stratégia tervezése négy lépésben.

### **1. Stratégia tervezésének előkészítése**

A stratégia létrejöttét két tényező alapozta meg, egyrészt a tartós ápolás-gondozáshoz kapcsolódó ágazatok szakpolitikai igényeinek kielégítése, másrészt a 2021–2027 közötti programozási időszak európai uniós forrásaihoz való hozzáférés feltételeinek teljesítése:

---

<sup>3</sup> European Commission (2020). Report on the Impact of Demographic Change, available at: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography\\_report\\_2020\\_n.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf)

- Az egészségügyi és a szociális szakterület szolgáltatásai és intézményrendszere szorosabb összehangolást, komplexitást és egymásra épülő fejlesztéseket igényel. Ezzel párhuzamosan erősíteni szükséges a családban történő tartós ápolás-gondozás feltételrendszerét, valamint az ismeretek átadását, az általános tájékoztatások célzottságát.
- A 2021–2027 közötti programozási időszakra horizontális és szakterületi feljogosító feltételeket határoztunk meg a kohéziós támogatások felhasználására vonatkozó szabályozásban, amelyeket a megvalósítás időszaka alatt teljesíteni kell. „Az egészségügyre és a tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégiai szakpolitikai keret” megnevezésű feljogosító feltétel a „Szociálisabb Európa” szakpolitikai célrendszer alatti fejlesztésekhez kapcsolódik, hozzájárulva ezzel a Kormány stratégiai céljainak eléréséhez.

## **2. A stratégiai tervezés folyamata - Elemző szakasz**

A helyzetértékelésben mérlegeltük azokat a hazai és nemzetközi trendeket és folyamatokat, amelyek hatással lehetnek a későbbi tervekre is.

Áttekintettük a fő folyamatokhoz, az irányítási- és az erőforrás-gazdálkodási folyamatokhoz, valamint a fenntarthatósághoz és esélyegyenlőséghez tartozó célokat, amelyek a mutatószámok kialakítására is alkalmasak, teljesítve ezzel a számszerűsített eredményekhez kapcsolódó elvárásokat.

## **3. A stratégiai tervezés folyamata - Tervezési szakasz**

Jövőkép alapú megközelítéssel a stratégia koncepcióját logikai mátrixban foglaltuk össze, amit az illetékes ágazati vezetők jóváhagyásával dolgoztunk ki részletesen.

## **4. A stratégia összeállítása**

Részletesen bemutattuk a tartós ápolás-gondozás szakpolitikai céljait, prioritásait, a tervezett beavatkozásokat és eszközöket, a megvalósításhoz szükséges forrásokat, az értékelési és monitoring rendszert. A konzisztencia értékelés keretében fennálló illeszkedési témaköröket is kidolgoztuk.

A stratégia jóváhagyását követően gondoskodni szükséges a nyilvánosság számára történő elérhetőségről, a minél szélesebb körben történő megismertetésről.

## **1.3. Lehatárolás és fogalomértelmezés**

### **1.3.1. Lehatárolás**

A jelen stratégiai dokumentum elsősorban a hazai tartós ápolás-gondozás témakörével és a hozzá szorosan kapcsolódó ellátási területekkel, így pl. a palliatív és hospice ellátásokkal foglalkozik.

Nem tér ki azokra az ellátási formákra, amelyekben a 2.2.1. pontban felsorolt célcsoportok megjelennek, de ellátásuk nem tartozik a tartós ápolás-gondozás 1.1.1. pontban megfogalmazott témaköréhez.



### 1.3.2. Fogalomértelmezés

Az alábbiakban található, a stratégiában leggyakrabban alkalmazott fogalmak értelmezése:

**Bentlakásos intézmény:** a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben meghatározott intézmény, amelyben biztosítani kell a napi huszonnégy órás szolgálatot, a folyamatos működéshez szükséges személyi és tárgyi feltételeket.

**Demencia:** A demencia kifejezés nem önálló betegséget jelöl, hanem összefoglaló névként használható minden olyan állapotra, amikor az idegsejtek pusztulása vagy működési zavara miatt a szellemi képességek hanyatlani kezdenek. Ezekre az állapotokra jellemző tünet a feledékenység, a gondolkodás és a beszéd zavara, a személyiség és a viselkedés megváltozása.

**Gerontológia:** A gerontológia az öregedés és öregkor élet- és kórtanával foglalkozó tudomány. Alap- és alkalmazott kutatásokkal vizsgálja az életfolyamatok időben előrehaladó változásait és megfogalmazza az öregedés és az öregkor jellemző törvényszerűségeit.

**Hospice:** A hospice a súlyos betegségük végstadiumában levő, elsősorban daganatos betegek humánus, összetett ellátását jelenti multidiszciplináris csoport segítségével. Az ellátás célja a betegek életminőségének javítása: testi és lelki szenvedéseik enyhítése, fizikai és szellemi aktivitásuk támogatása, valamint a hozzátartozók segítése a betegség és a gyász terheinek viselésében.

**Informális gondozó:** Családtag, barát vagy bármely más egészségügyi/szociális végzettséggel nem rendelkező személy, aki általában ellenszolgáltatás nélkül közreműködik az ellátásban.

**Non-formális gondozó:** Családtag, barát vagy bármely személy, aki tanfolyami keretek között elsajátított alapismeretekkel vesz részt a gondozott ellátásában.

**Palliatív ellátás:** A palliatív ellátás a terminális állapotú betegek tüneteinek enyhítésére irányuló támogató kezelések összessége. A palliatív ellátás magában foglalja a fájdalom, a szenvedés, a fizikai tünetek csillapítását, megelőzését, a pszichoszociális és spirituális támogatást, ami mind a beteg, mind hozzátartozók életminőségét javítja.

**Szakosított ellátások:** A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás alatt ápolást, gondozást nyújtó intézményt, rehabilitációs intézményt, lakóotthont, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményt és támogatott lakhatás szolgáltatást értünk.

**Szociális alapszolgáltatások:** Étkeztetést, falu- és tanyagondnoki szolgáltatást, házi segítségnyújtást, családsegítést, jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, a közösségi ellátásokat, támogató szolgáltatásokat, **utcai szociális munkát**, a nappali ellátásokat magában foglaló ellátási forma.

*Szociális intézmény:* a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben meghatározott nappali, illetve bentlakásos ellátást vagy támogatott lakhatást nyújtó szervezet.

## 2. Helyzetelemzés

### 2.1. Megközelítés

Hazánkban a családok többsége igyekszik minél tovább a megszokott környezetében, vagy a saját otthonában gondozni-ápolni az erre szoruló családtagot, ezzel elkerülve az intézménybe költözés nehézségeit, az ismeretlen környezet megszokásának akadályait. Egy tanulmány szerint az 55 és 69 év közötti idősödő lakosság külső segítségre való rászorultsága esetén a gyermekeivel való összeköltözést tartja a legkevésbé kívánatos megoldásnak (5%). 30%-uk elképzelhetőnek tartja, hogy ebben az esetben egy szakszerű gondoskodást nyújtó otthonban gondoskodjanak róla, míg 61%-uk saját otthonában szeretne maradni.<sup>4</sup> Magyarországi felmérések szerint a daganatos betegek közel 67%-a szeretne az otthonában meghalni családja körében, ezzel szemben ez a betegek mindössze 30%-ánál valósul meg.

2021-ben a szociális és jóléti intézményi szolgáltatásokra szánt költségvetési források összege közel 800 milliárd forint, amely mintegy 150 százalékos emelkedést jelent 2010 óta.

### 2.2. Stratégiai terület bemutatása

A lakosság születéskor várható élettartama folyamatosan növekvő tendenciát mutat. Az utóbbi néhány évtizedben kimutatható, hogy az európai országokban, köztük Magyarországon is a lakosság egészségi állapota javult, az idő előtti elhalálozások száma pedig jelentősen csökkent. A tartós ápolás-gondozásra szoruló elsősorban az idősök közül kerülnek ki, azonban nem hagyható figyelmen kívül a hosszan tartó gondozásra, ápolásra vonatkozó szükséglet a fogyatékos személyek, a pszichiátriai és szenvedélybetegek, valamint a hajléktalan személyek körében sem.

A kormány 2010 óta elkötelezett az ápolási díjak emelése mellett. 2010 és 2021 között több mint kétszeresére, 37 050 Ft-ról 74 405 Ft-ra nőtt a legsúlyosabb állapotú hozzátartozót gondozók ellátása. 2019. január 1-jétől 15 %-kal, 2020. és 2021. január 1-jétől további 5-5%-kal emelkedett, 2022-ben pedig további 5%-kal **emelkedett** a hozzátartozó otthon gondozása esetén folyósítható ápolási díj összege.

Emellett 2019. január 1-től bevezetésre került, akkor 100 000 forint bruttó ellátási összeggel az önmagukat ellátni képtelen gyermeküket ápolók számára biztosítandó „gyermekek otthongondozás díja” (GYOD) nevű ellátás, melynek összege 2021-ben a minimálbér 88%-a, és 2022-re **elérte** annak teljes összegét.

---

<sup>4</sup> A Századvég Politikai Iskola Alapítvány 2019 augusztusában, a felnőtt lakosság körében elvégzett közvélemény-kutatása szerint a válaszadók többsége a saját otthonában szeretné idős korában a szükséges támogatásokat megkapni.

### 2.2.1.A tartós ápolás célcsoportjai

#### Idős személyek

Magyarországon 1990 és 2015 között a 60 év felettek aránya közel 19 %-ról több mint 25 %-ra növekedett, és az előrejelzések szerint 2060-ra eléri a 29 %-ot. 2010-ben a férfiak átlagos életkora 38,7, a nők 43,0 év volt, ami 2022-re 40,8, illetve 45,0 évre nőtt. A 65 év felettek száma a 2022. évi népszámlálás adatai szerint 1,66 millióról 2,00 millióra nőtt 2010-ről 2022-re. Az idősek aránya 16,6%-ról 20,78%-ra nőtt. A roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma többség; előbbieken belül jóval magasabb a fiatal korosztály aránya és jóval alacsonyabb az idősebb korosztályok aránya, mint a nem roma népességben belül. A demográfiai változások vizsgálata során szembetűnő, hogy a hazai népesség folyamatos csökkenése a lakosság idősödésével párhuzamosan zajlik. A háztartások összetételének és a családok struktúrájának változásai ellenére a háztartások és a családok közötti segítő kapcsolatok pozitív mérleget mutatnak. A kapcsolatok fenntartását, valamint betegség esetén az ápolást-gondozást azonban megnehezíti az a tény, hogy egyre kevesebben élnek az idős szülők közelében.

Az idős korban jelentkező demencia problémájából fakadóan egyre nagyobb nyomás nehezedik az ellátórendszerre.

A súlyos anyagi és szociális nélkülözésben élők aránya Magyarországon és az EU-ban			
súlyos anyagi és szociális nélkülözésben élők aránya	2015	2021	csökkenés 2015-höz képest
EU	9,7%	6,3%	35%
MAGYARORSZÁG (KSH)	20,6%	10,2%	50%

- 2021-ben (az Eurostat szerint 2022-ben) a teljes magyar lakosság 10,2%-a élt súlyos anyagi és szociális nélkülözésben. Az európai uniós országok között az átlagot messze meghaladó javulás történt.
- 2015-höz képest több mint másfél millió fővel (1 664 000 fő) csökkent azok száma, akiknek a váratlan kiadások jelentős nehézséget okoznak.

A súlyos anyagi és szociális nélkülözésben élők aránya korcsoportonként (KSH)			
	2015	2021	csökkenés 2015-höz képest
a 18-64 év közöttiek esetében	20,4%	9,4%	54%
65 felettek esetében	12,7%	9,7%	24%

Az idősek között az Európa 2030 stratégia szegénységcsökkentési céljában definiált indikátor, vagyis a szegénységben vagy társadalmi kirekesztődésben (jövedelmi

szegénységben, vagy súlyos anyagi és szociális nélkülözés kockázatában, vagy kvázi-munkanélküli háztartásban) élők aránya nem változott Magyarországon 2015 és 2022 között, 18,3%, illetve 18,4% volt, azaz a világban zajló negatív gazdasági hatások (pl.: a COVID járvány) ellenére is szinte stagnál. Az összetett mutató alakulása mögött a következő változások húzódnak: a súlyos anyagi és szociális nélkülözésben élők idősök aránya 12,7%-ról 8,2%-ra csökkent, ugyanakkor a relatív jövedelmi szegénység kockázatának kitett háztartásokban élő idősök aránya a koronavírus világjárvány és az elhúzódó háborús konfliktus negatív hatásai miatt 6,8%-ról 13,4%-ra nőtt. (Az összetett mutató harmadik eleme, a kvázi-munkanélküliség az idősök esetében nem értelmezhető.)

Az Európai Unió Tanácsa által 2015 decemberében elfogadott „A demenciával élők támogatása: a gondozási intézkedések és gyakorlat javítása” című tanácsi következtetések szerint 47,5 millió ember él a világon demenciával, ebből becslések szerint 6,4 millióan az Európai Unióban. Pontos adatokkal nem rendelkezünk arról, hogy Magyarországon hány demenciával élő ember él, becslések szerint számuk 200-250 ezer főre tehető. A születéskor várható élettartam emelkedésével és a demencia gyakoriságának egyre nagyobb mértékű növekedésével a kapcsolódó egészségügyi és szociális kiadások olyan mértékűvé válhatnak, amelynek elkerülésére, illetve lehetőség szerinti mérséklésére mindenképpen törekedni kell.

A diagnosztizált esetek száma a becsült érintettséghez képest igen alacsony. Mivel a tünetegyüttes ritkán a halál közvetlen oka, a halálozási adatokból sem lehet a számukra következtetni. Magyarországon kevesebb a „tisztá” demencia, sok esetben más betegségekkel párhuzamosan van jelen. Azt ugyanakkor kijelenthetjük, hogy a demenciával érintettek számának emelkedő tendenciája Magyarországon és világviszonylatban is megfigyelhető.

**A háziorvosokhoz bejelentkezett, diagnosztizált Alzheimer-kórban érintett lakosság száma<sup>5</sup>**  
(19 éves és idősebbek)

Év	Alzheimer-kórban érintettek száma (fő)
1999.	5 663
2001.	5 685
2003.	5 888
2005.	7 033
2007.	7 361
2009.	8 011
2011.	8 800
2013.	9 434
2015.	12 672
2017.	13 137

<sup>5</sup> Forrás: KSH Statinfo. A háziorvoshoz bejelentkezettek nyilvántartásba vett főbb betegségei alapján. Adott betegségnél egy ember csak egyszer szerepelhet, viszont egy embernek több betegségét is nyilvántartásba vehetik.

2019.	13 749
2021.	13 061
2023.	12 964

A WHO (2002) a demenciát a jövő egyik halállal végződő lassú lefolyású „járványának” tekinti. Ilyen betegséggel 2009-ben még „csak” 35,6 millió ember élt a Földön, de a becslések alapján 2030-ra ez a szám 65,7 millióra, majd 2050-re 115,4 millióra emelkedik, ami 20 évenkénti duplázódással azonos. A WHO ezért a demenciát 2012-től kiemelt fontosságú egészségügyi problémaként kezeli.

### Fogyatékos személyek

A 2011. évi népszámlálás adatai szerint 490 578 fő vallotta magát fogyatékos személynek. Miután a fogyatékos személyek nagy része nem születésétől fogva sérült, demográfiai összetételükre jellemző az időskorúak magas száma: 41%-uk a 65 év feletti korcsoportba tartozik, és mindössze 28%-uk fiatalabb 50 évesnél. A tartósan beteg személyek 58%-a nő, akik egyébként mind egészségi problémát, betegséget, mind pedig korlátozottságot magasabb arányban jeleztek, mint a férfiak. A 2022. évi népszámlálás adatai szerint 273 003 fő vallotta magát fogyatékos személynek, 35,2%-uk a 65 év feletti korcsoportba tartozik, és 27,6 %-uk fiatalabb 44 évesnél.

A fogyatékos személyek ellátása során cél, hogy képességeikhez és szükségleteikhez illeszkedő szolgáltatásokkal támogatott, lehetőség szerint önálló életvitel kialakítását segítő, önrendelkezésüket figyelembe vevő szolgáltatás kerüljön kialakításra. Ezáltal képesé válhatnak a nem fogyatékos emberekéhez hasonló, egyenértékű életre.

### Pszichiátriai betegek

A központi idegrendszer megbetegedéseiről szóló statisztikák az egész világon meglehetősen bizonytalan képet festenek. A szervi panaszokkal járó, diagnosztikus eszközökkel felderíthető betegségekről realisabb a kép, mint az úgynevezett lelki, pszichés zavarokról. A pszichiátriai diagnózis még ma is a világ sok társadalmában stigmatizációt jelenthet, annak ellenére, hogy a lelki zavarok életminőségre gyakorolt hatása gyakran kifejezettebb, mint sok krónikus, szomatikus betegségé. Az Európai Bizottság és a WHO szerint kontinensünkön a mentális zavarok jelentik az egyik legsürgetőbb népegészségügyi problémát. A felnőttek 27%-a – 133 millió ember – szenved valamilyen mentális kórképben. Annak ellenére, hogy e betegségek költségei a GDP 3–4%-át is kiteszik, a 27 országból 10-ben még nincs a pszichiátriai betegségek kezelésére vonatkozó nemzeti stratégia. A közvetett költségek – becslések szerint – a közvetlen költségek 2–6-szorosát is eléri.

### Szenvedélybetegek

A szenvedélybeteg problémákkal küzdők (szerhasználók és viselkedési függőségben élők), életvitelükben, valamint szociális helyzetük javításában kérnek segítséget. A szenvedélybetegek terápiájában fontos, hogy a lehető legkönnyebben hozzáférhessenek a kezeléshez és ellátáshoz, illetve kerüljenek be a probléma közös

feldolgozásába, hogy érezzék saját felelősségüket a kialakult helyzet megoldásában. **Ezen a területen különös jelentőséggel bír az elfogadás.**

### **Hospice-palliatív ellátásra szoruló betegek**

Az elmúlt évek statisztikai adatai alapján megállapítható, hogy a magyar lakossági korfa 65 felett kiszélesedik, és a 65 év felettek aránya várhatóan 20% körülire nő 2030-ra, és a halálokok sorrendje jelentősen megváltozik. Mára az elhunytak harmadánál rosszindulatú daganatos betegségre vezethető vissza az elhalálozás. Folyamatosan növekszik az időskori krónikus betegségek aránya, és egyre több embert érintenek a tartós ápolást-gondozást és orvosi kezelést igénylő betegségek (pl. daganatos megbetegedések, demencia, légzőszervi, szív-érrendszeri betegségek). Ennek következményeként az egészségügyi rendszerben egyre nagyobb szükség mutatkozik a hospice-palliatív ellátásra.

Magyarországon jelenleg a hospice-palliatív ellátás 80-90%-ban terminális állapotú daganatos betegeket lát el, és nem jogosult az egyéb, ápolást igénylő krónikus betegek ellátására. A nemzetközi ajánlásokban és gyakorlatban egyértelmű, hogy a hospice palliatív ellátás már nem korlátozódik le a végstádiumú daganatos betegek ellátására, hanem egyre nagyobb arányban kerül sor kardiológiai (szívelégtelenség, infarktus utáni állapotok), neurológia (stroke utáni állapot), tüdőgyógyászati (előrehaladott állapotú COPD-s) betegek ellátására, terápiájuk palliatív célú támogatására.

### **Hajléktalan személyek**

**A hajléktalanság nem egyenlő a lakástalansággal, lakhatási szegénységgel, az ennél sokkal összetettebb, komplex probléma. Az ember egészségét, szociális, mentális, egészségi állapotát egyaránt érintő, a lakhatás elvesztésével együttesen járó összetett állapotról van szó. Fontos e komplex problémahalmazt együttesen kezelni. Ebből fakadóan a hajléktalan személyek többségének esetében csak a lakhatás elvesztésének a megelőzése, lakhatásuk újbóli biztosítása nem vezethet eredményre a hajléktalan létehez vezető összes kiváltó ok kezelése és az önálló életvitelre való képesség fejlesztése nélkül. Éppen ezért különös hangsúlyt kell helyezni a családi kapcsolatok újraépítésére, mentális, szociális, egészségügyi állapot javítására irányuló segítő tevékenységre, valamint reszocializációs folyamat elindítására, foglalkoztatásuk elősegítésére. Amennyiben mindekre az egyén szociális, mentális és egészségügyi állapotát figyelembe véve már nincs lehetőség, akkor szükség esetén élethosszig tartó gondozásuk feltételeinek megteremtése és megszervezése válik szükségessé.**

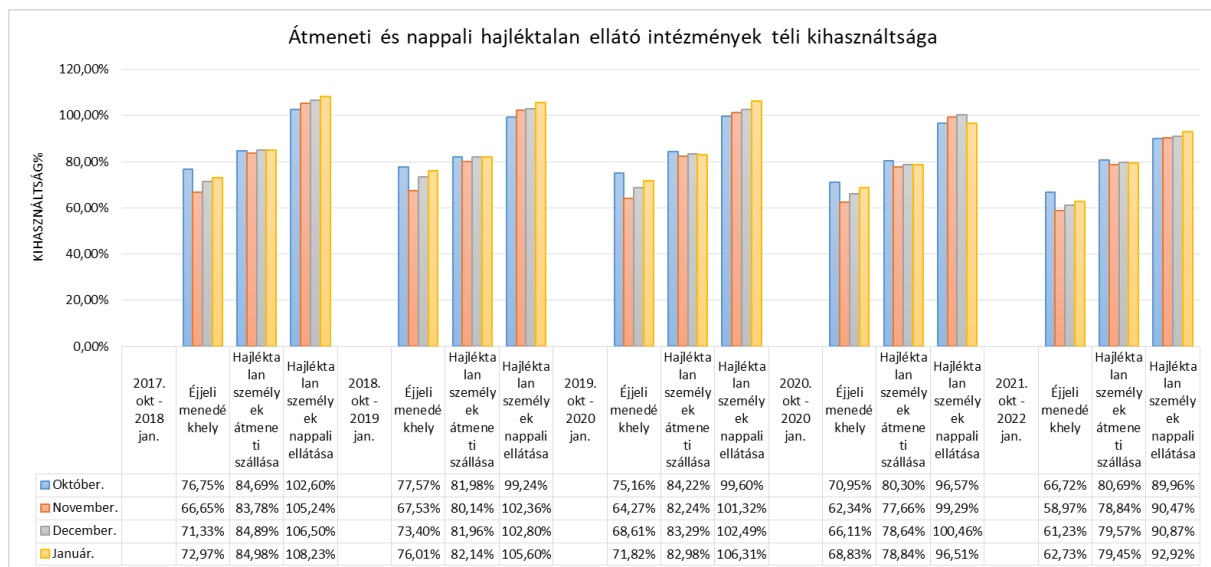
**Országsszerte összesen 108 szervezet foglalkozik hajléktalan-ellátással. A hajléktalan-ellátással foglalkozó szervezetek közül 51 állami, 17 egyházi és 40 civil fenntartású.**

Magyarországon **10** fenntartó **15** telephelyen működtet hajléktalan otthont **476** férőhellyel.<sup>6</sup> Emellett országosan több mint **7.800** nappali melegedő kapacitás áll rendelkezésre, a tartósabb ellátást igénylő személyek részére pedig **191** férőhellyel hajléktalanok rehabilitációs intézménye **működik**. Magyarországon közel 10.000 éjjeli

<sup>6</sup> MÜKENG, **2024.11.20.**

menedékhely és átmeneti szállás férőhely kapacitás áll a hajléktalanok rendelkezésére, ezeken kívül télen még további 1.495 többletférőhely biztosított.

Az életvitelszerű lakhatás és a tartós bentlakást biztosító intézmények telítettsége országosan az év folyamán 100% körül alakul, míg az éjjeli menedékhelyek kihasználtsága a nyári időszakban átlagosan 55-75% közötti nyugvópontonra tér vissza, de a téli időszakban gyakran meghaladja a 90%-ot. A téli kihasználtsági adatokban 2020 - 2021 között a COVID járvány miatt csökkenés volt megfigyelhető. A COVID járvány után a kihasználtság visszaállt a korábbi adatok szintjére.



A hajléktalan ellátórendszerben 2018 decemberében megfordulók átlagéletkora mintegy 56 év volt. Ez 10 éves növekedést mutat a 2010-es években mértekhez képest (46 év). 2020-ban a hajléktalan ellátás vonatkozásában az igénybevevők 75%-a volt férfi, és 25%-a nő.<sup>7</sup>

A hajléktalan személyek átlagéletkorának emelkedéséből és progresszív állapotromlásából fakadóan egyre többen szorulnak ápolásra, gondozásra, akiknek az egészségügyi, szociális és mentális állapota visszafordíthatatlanul károsodott és ebből fakadóan a többségi társadalomba való visszailleszkedésük, és az önálló életvitelre való felkészítésük nem megoldható. A Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei 2018-ban országos reprezentatív kutatást végzett, amelynek eredményéből kimutatható, hogy az ellátórendszert igénybevevők több mint 42%-a rendelkezik valamilyen egészségügyi és/vagy önellátási problémával, míg majd 18%-uk több egészségügyi és/vagy önellátási képességet érintő megbetegedéssel éli az életét.

Az adatokból jól látszik, hogy mind a rendszeresen szállást biztosító átmeneti szállások, mind pedig a tartós elhelyezést nyújtó bentlakásos intézmények kihasználtsága a jelenleg elérhető férőhelyek maximumán található. Bizonyos esetekben az önellátásra képes személyek ellátását biztosító, nem életvitelszerű lakhatásra fenntartott éjjeli menedékhelyek és az átmeneti elhelyezést nyújtó

<sup>7</sup> KENYSZ – igénybe vevői nyilvántartás, 2021.



intézmények is – a tartós bentlakást nyújtó férőhelyek alacsony volta miatt – önellátásra csak részben, vagy egyáltalán nem képes személyek ellátását is biztosítják annak érdekében, hogy minden rászoruló személy ellátása megoldott legyen.

Mindez egyértelműen igazolja a hajléktalanok számára létrehozott speciális ápoló-gondozó otthonok férőhelybővítésének szükségességét.<sup>8</sup> Figyelembe véve a fentiekben megfogalmazottakat a rendelkezésre álló kapacitások újragondolása mentén, azok racionalizálásával önellátási képességgel részben rendelkező, vagy önellátási képességgel nem rendelkező tartós ápolásra, gondozásra szoruló hajléktalanoknak a hajléktalanok otthonához való hozzáférés lehetővé tétele a férőhelyek számának növelésével az átmeneti ellátást nyújtó intézmények átminősítésével, funkcióváltással is megvalósítható.

Mindazok esetében, akik társadalmi reintegrációja megvalósítható, az ellátórendszerből való kivezetésükhöz szükséges feltételrendszer megteremtésére van szükség. 2017. január 1-jétől az átmeneti szálláson – és 2019. január 01-től bizonyos esetekben nappali melegedőhez kapcsolatosan – azoknak a hajléktalan embereknek, akiknek már nincs szükségük intenzív szociális segítségre, önmagában is biztosítható lakhatási szolgáltatás az ellátórendszerből történő fokozatos kivezetésük céljából. Az intézménytől független helyszínen, átmeneti jelleggel biztosított lakhatási szolgáltatás, ún. külső férőhelyek azon hajléktalan emberek számára nyújtanak lakhatási lehetőséget, akik önellátási képessége jó, szociális segítésük még szükséges, de már kisebb intenzitással, mint az intézményi keretek között. Ez a célcsoport rendelkezik rendszeres jövedelemmel (közmunka, nyugdíjszerű ellátás), amely piaci alapon lakhatásuk biztosítására még nem elegendő. Számukra a külső férőhely megfelelő alternatíva e célok elérésére, azonban e férőhelyek számosságát az eredményesség érdekében érdemben növelni szükséges.

A hajléktalan személyek egy részénél megfigyelhető, hogy életvitelükből, alapvető életkörülményeikből, és az életük során kialakult egyéb tényezők hatására olyan mentális betegségek alakulhatnak ki, mely az intézményekben biztosított szociális munka és mentális gondozás keretében már nem kezelhetők. Ennek megfelelően a férőhelyek biztosítása mellett - legyen szó az ellátórendszerből való kivezetésről, vagy a tartós ellátás biztosításáról - elengedhetetlen az egyének szakember által történő pszichés gondozása, célszerű kísérő intézkedésként pszichiáter, addiktológus, addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés szakember, orvos bevonása az ellátási folyamatba.

## 2.2.2. Tartós ápolásra, gondozásra jogosultak köre

A **gondoskodáspolitikai** ellátórendszer keretében valamennyi ápolásra, gondozásra szükséglettel rendelkező személyt jogosultnak tekintünk. Az egyes szolgáltatási formák esetében más-más feltételek kerültek előírásra a jogosultság megállapításához, ezek mindegyikének célja, hogy az ápolásra, gondozásra való szükséglet fennállását

<sup>8</sup> <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

alátámasszák. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben (a továbbiakban: Szociális törvény) meghatározott alapelv, hogy a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokért az ellátást igénybe vevő jogosult, vagy a Szociális törvényben nevesített tartásra köteles és képes személy térítési díjat fizet. Az alapszolgáltatások egy része - jogosultság esetén - jogszabályok által szabályozott módon, térítési díj fizetése mellett vehetőek igénybe. A jogszabály lehetővé teszi a jövedelemmel nem rendelkezők és az alacsony jövedelműek számára is a megfelelő minőségű szociális szolgáltatás elérését, függetlenül a fenntartó típusától. **A fenntartó ingyenes ellátásban részesíti azt az ellátottat, aki jövedelemmel nem rendelkezik.** Amellett, hogy számos alapszolgáltatásért nem kérhető térítési díj, néhány szolgáltatás esetén maximálisan a jövedelem 30%-a fizetendő. Kiemelve az öngondoskodást és a közeli hozzátartozók tartási kötelezettségének fontosságát, a tartós ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézmények esetén az alacsony jövedelmű és vagyonnal nem rendelkező ellátott jövedelmének legfeljebb 80%-a fizethető térítési díjként. A térítési díjakra vonatkozó részletszabályokat a Szociális törvény és végrehajtási rendelete tartalmazza.

Az állami fenntartó 2022-ben átlagosan 90.000 Ft/hó személyi térítési díjat szedett be, miközben az intézményi térítési díj összege átlagosan 113.000,-Ft/hó összeg volt. Ez is mutatja, hogy az ellátott esetleges alacsony összegű jövedelme nem befolyásolja a szolgáltatáshoz hozzáférést.

Fentiek alapján tehát minden ápolási, gondozási szükséglettel rendelkező személynek lehetősége van szolgáltatás igénybevételére, az ellátásokból senki sincs kizárva.

### 2.2.3.A tartós ápolást nyújtók köre

Szociális területen szakmai munkakörben foglalkoztatottak száma*	Összesen (fő)
Alapfokú végzettséggel rendelkezők száma	8111,6
Középfokú végzettséggel rendelkezők száma	45814,2
Felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma	20476,1
<b>Összesen</b>	<b>74401,9</b>

\*forrás: KSH 2023 (bölcsőde, családi bölcsőde, mini bölcsőde, munkahelyi bölcsőde, napközbeni gyermekfelügyelet ellátások nélkül)

Szociális területen technikai munkakörben foglalkoztatottak száma*	Összesen (Fő)
Egyéb munkakörökben dolgozó személyek számából: gazdasági, műszaki, ügyviteli	6562
Egyéb munkakörökben dolgozó személyek számából: alkalmazásban álló személyek száma összesen: kisegítő (fizikai)	11857
<b>Összesen</b>	<b>18419</b>

\*forrás: KSH 2023 (bölcsőde, családi bölcsőde, mini bölcsőde, munkahelyi bölcsőde, napközbeni gyermekfelügyelet ellátások nélkül)

A fenntartók által szakmai munkakörben engedélyezett álláshelyek 7,1%-a betöltetlen. (KSH 2023)

Az elmúlt években a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi területen dolgozók megbecsüléseként folyamatosan emelkedtek a bérek. A kormány 2020. január 1-jétől 14 százalékkal emelte a gondoskodáspolitikai szférában dolgozók bérét. A gondoskodáspolitikai ágazat bérjellegű kiadásaira 2021-ben 335 milliárd forintot biztosított a kormány, amely mintegy 120 százalékkal több, mint amit a 2010-es költségvetés fordított ugyanerre a célra.

2022. január 1-jétől a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban foglalkoztatottak bére további 20%-kal növekedett. A növekedés mértéke a 2021. évi szociális ágazati összevont pótlékkal növelt alapbéréhez képest jelent 20%-os növekedést. A bér összegét a végzettség és a munkában eltöltött évek határozzák meg.

Az intézkedés kiterjedt az állami, az önkormányzati, az egyházi és a civil szervezetek által fenntartott szolgáltatóknál, intézményekben foglalkoztatottakra is, mindösszesen 90 667 főt érintett.

A 2010 és 2022 közötti időszakban 168%-os bérfeljesztés történt a szférában.

2023. január 1-jétől a minimálbér és garantált bérminimum emelésének hatására a szociális ágazatban alkalmazott bér átlagosan 11,8%-al növekedett.

2023. december 1-jétől a minimálbér 15%-al, a garantált bérminimum pedig 10%-al került megemelésre. Az emelés eredményeként az ágazatban átlagosan közel 9%-al emelkedtek a bérek 2023 decemberében. A növekedés eredményeként 2023-ban az átlagbér bruttó 435.014 Ft volt.

A KSH adatai alapján 2024 első félévében a gondoskodáspolitikai ágazatban dolgozók átlagbére bruttó 473.977 Ft volt. 2010-hez képest a terület átlagbér több, mint bruttó 335.000 Ft-tal növekedett.

A minőségi tartós ápolási-gondozási feladatok ellátásához alapvető feltétel a jól képzett és megfelelő kompetenciákkal rendelkező munkatársak megléte. A szociális szolgáltatásokban foglalkoztatottak bérezési viszonyainak támogatása érdekében kiemelten kezelt, hogy az elvándorlás elkerülésének érdekében az egészségügyi szektorban elérhető béreket kaphassák meg. A szociális ágazatban egészségügyi végzettséghez kötött munkakörökben foglalkoztatott személyek bérhelyzetére külön szabályok vonatkoznak. Mindennek eredményeként került bevezetésre 2018. január 1-jétől az **egészségügyi kiegészítő pótlék**.

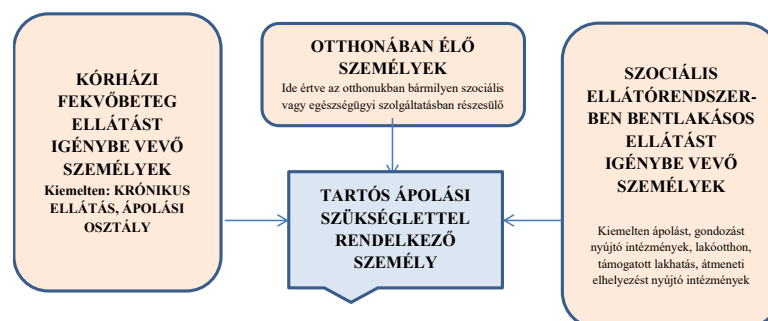
Az egészségügyi kiegészítő pótléknak köszönhetően az egészségügyi területen dolgozó és a szociális területen, jellemzően tartós ápolás, szakápolás területén dolgozó kollégák bére között nincs különbség, a foglalkoztatottak bére megegyezik a két ágazatban.

#### 2.2.4. A tartós ápolást nyújtó intézmények struktúrája

Az egészségügyi és a szociális ellátásban az ápolás, gondozás más-más szerveződési módban működő, szakmailag és szervezetenként eltérő feladat és tevékenységi körében hasonló elemeket tartalmaz. Az ápolási feladat az egészségügyi ellátáson belül a háziorvosi (körzeti) ápolók munkájában, az otthoni szakápolásban, valamint az aktív és krónikus kórházi ellátásban is megjelenik. A szociális ellátásban az ápolást az alap- és szakosított ellátások szintjén a beteg otthonához kötötten, vagy bentlakást nyújtó intézményben kapják meg az érintettek.

A betegségük tartós progresszív jellege miatt tartós ápolást-gondozást igénylő betegek ellátása az egészségügyi és szociális szakemberek folyamatos, koordinált együttműködését igényli.

A tartós ápolásra szoruló személyek számára a jelenleg elérhető szolgáltatások rendszere





## Szociális ellátórendszer

Az idős és rászoruló családtagjainkról való gondoskodás az Alaptörvényben rögzített alapelv. A Polgári Törvénykönyv a rokontartás szabályai között – a gyermekekről való gondoskodás mellett – elsődleges helyen kezeli a „szülőtartást”. A szülőkről való gondoskodás a törvényi szabályozáson túlmenően ugyanakkor erkölcsi elvárás is. A magyar állam biztonságot nyújt idős és rászoruló állampolgárainak, de az idős szülőről való gondoskodást nem vállalhatja át teljes egészében, annak első számú felelőse a család.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) a szociális biztonság megteremtéséhez és megőrzéséhez meghatározza az állam által nyújtott egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit. Az ehhez szükséges intézményesült háttérrel az állam az Szt.-ben foglalt alap és szakosított ellátást nyújtó intézményeken keresztül oldja meg. Az egyes ellátási altípusok részletszabályait a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza (a továbbiakban: szakmai rendelet). A személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások igénybevétele önkéntes, a szolgáltatás igénybevételére vonatkozó szóbeli vagy írásbeli kérelem benyújtását követően kerül sor a jogosultságvizsgálatra és a szolgáltatásnyújtásra.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások vonatkozásában elsődleges cél, hogy a sérülékeny csoportba tartozó rászorulóknak minél tovább élhessenek saját otthonukban, ezért a legfontosabb az, hogy a segítségre szorulókat saját, megszokott környezetükben, tehát az otthonukban támogassuk. Az idősek, a fogyatékos személyek és a többi célcsoport számára nyújtott alapszolgáltatások lehetővé teszik, hogy minél tovább fenntarthatassák önálló életvitelüket, a megszokott környezetükben élhessenek, és elkerülhető legyen, vagy későbbre tolódjon az intézményes ellátás igénybevétele. Amennyiben az alapszolgáltatások keretében igénybe vett tartós ápolás,

gondozás már nem elegendő a segítséget igénylő személy számára, akkor jöhet szóba a szakosított ellátás igénybevétele.

A stratégia szempontjából releváns szolgáltatások a következők:

- Az ellátást igénylő otthonában igénybe vehető szociális **alapszolgáltatások**.
- A saját lakókörnyezet elhagyásával járó **szakosított ellátások**:
  - átmeneti elhelyezést biztosító ellátások /a saját lakókörnyezet átmeneti jelleggel történő elhagyásával/,
  - tartós elhelyezést biztosító ellátások /a saját lakókörnyezet végleges elhagyásával járó ellátások/

Az Szt. az állam és a települési önkormányzatok feladataként határozza meg az egyes, szociális szolgáltatási formák működtetési kötelezettségét. Az állam a fenntartói feladatainak ellátásáról a Kormány rendeletében kijelölt szerv útján gondoskodik. A települési önkormányzatok esetében a feladatellátási kötelezettség a település lakosságszámától függően került meghatározásra.

Az állam a szociális szolgáltatások működtetéséhez állami támogatást biztosít. Az a fenntartó részesülhet központi költségvetési támogatásban, aki a szolgáltatói nyilvántartásba bejegyzésre került, és az általa nyújtani kívánt szolgáltatás a szociális szolgáltatások területi lefedettséget figyelembe vevő finanszírozási rendszerébe befogadásra került. A szociális szolgáltatások területi egyenlőtlenségének csökkentéséhez járul hozzá a finanszírozási rendszerbe történő befogadás intézménye. Az állami támogatás feltétele a miniszteri hatáskörben lévő befogadási eljárásról való sikeres részvétel. Az eljárás során szakmai és pénzügyi szempontok kerülnek mérlegelésre, köztük a területi lefedettség és a hiányzó szolgáltatások pótlása.

A személyes gondoskodást nyújtó ellátások igénybevételekor a legtöbb esetben térítési díjat kell fizetni. Az Szt. szerint a fenntartó minden év április 1-ig köteles meghatározni a tárgyév vonatkozásában az intézményi térítési díjat. Az intézményi térítési díj nem haladhatja meg az egy főre jutó szolgáltatási önköltséget, és a támogatott lakhatás kivételével a tárgyév során legfeljebb egyszer módosítható. Az intézményi térítési díj a szolgáltatás ellenértékéeként fizetendő legmagasabb díjat takarja, ha az igénybevevő a jövedelmi és vagyoni helyzete alapján ezt nem képes megfizetni, úgy számára ettől alacsonyabb mértékű térítési díj kerül megállapításra.

Alapszolgáltatások és átmeneti elhelyezést biztosító bentlakásos intézmények igénybevétele esetén az ellátott havi jövedelmét kell figyelembe venni. Az ápolást, gondozást nyújtó tartós bentlakásos elhelyezés, valamint támogatott lakhatás esetén az ellátott havi jövedelmét, pénzvagyont és ingatlanvagyont kell figyelembe venni a térítési díj megállapításához kapcsolódó jövedelemvizsgálat során. A tartós ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézmények esetén az alacsony jövedelmű és vagyonnal nem rendelkező ellátott jövedelmének legfeljebb 80%-a fizetendő térítési díjként. Kiemelve az öngondoskodás fontosságát, magasabb jövedelem és vagyon

esetén magasabb térítési díj fizetendő. Az igénybevevő nagykorú gyermekének tartási kötelezettsége érvényesíthető, amennyiben az igénybevevő nem tudja megfizetni a térítési díjat. A jövedelemmel nem rendelkező személy ellátását a szociális szolgáltató ingyenesen biztosítja.

A települési önkormányzat a személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatásokról, igénybevételük feltételeiről, és az igénybevétel esetén fizetendő térítési díjakról helyi rendeletet alkot, az állami fenntartó a honlapján teszi közzé erről szóló döntését.

### **Szociális alapszolgáltatások**

#### **Házi segítségnyújtás**

A házi segítségnyújtást minden települési önkormányzatnak biztosítania kell azon személyek részére, akik önálló életvitelük fenntartásához igényelnek segítséget. A szolgáltatás gondozási szükséglet vizsgálata után vehető igénybe, melynek során az önálló életvitel fenntartását biztosító készségek, képességek felmérésén túl, az egészségi és mentális állapot, valamint az önálló életvitel fenntartásához elengedhetetlen egyéb támogatási igény felmérése is megtörténik. A házi segítségnyújtás szolgáltatás alapfeladata az igénylő saját lakókörnyezetében megvalósuló önálló életvitelének segítése háztartási, gondozási és ápolási szolgáltatások nyújtásával.

A szolgáltatás igénybevételekor térítési díjat kell fizetni, a térítési díj összege órában kerül meghatározásra. A havonta fizetendő térítési díj nem haladhatja meg az igénybevevő havi jövedelmének a 20%-át.

A jelenleg a szolgáltatók legnagyobb része hétfőtől péntekig, napi 8 órában (8 órától 16 óráig) biztosítja támogatást a rászorulóknak.

2010-2023 között 75 054 főről 93 425 főre nőtt az ellátotti létszám. Ezzel párhuzamosan a házi segítségnyújtásban a szakmai munkakörben foglalkoztatottak létszáma is emelkedett 2023-ra 5 764 főről 13 394 főre.<sup>9</sup> Az egy főre jutó gondozási támogatás mértéke 145 000 Ft-ról 381 130 Ft-ra növekedett.

#### **Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás**

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás feltételeinek megteremtése állami kötelezettség, a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes személyek részére – az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárításához – nyújtott, napi 24 órában elérhető ellátás. A gondozónak 30 percen belül meg kell jelennie a jelzést adó személynél, és intézkednie kell a szükséges lépések megtételéről.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele szempontjából szociálisan rászorult:

- az egyedül élő 65 év feletti személy,
- az egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy

<sup>9</sup> KSH OSAP adatszolgáltatás 2010. év; 2023. év

- a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.

A pszichiátriai betegséget pszichiáter vagy neurológus szakorvos szakvéleményének bemutatásával kell igazolni.

A súlyos fogyatékoság fennállását:

- a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 23. § (1) bekezdése alapján megállapított fogyatékosági támogatásra, vagy

- vakok személyi járadékára, vagy

- magasabb összegű családi pótlékra

való jogosultságot és folyósítást igazoló határozattal vagy más okirattal, továbbá ezen ellátások megállapításának alapjául szolgáló, a fogyatékoság fennállását igazoló szakvéleménnyel lehet igazolni.

A szolgáltatás igénybevételekor térítési díjat kell fizetni, a térítési díj összege ellátási napra kerül meghatározásra. A havonta fizetendő térítési díj nem haladhatja meg az igénybevevő havi jövedelmének a 2%-át.

2023. december 31-én 16 970 fő önálló életvitelét segítette a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás szolgáltatás igénybevétele.<sup>10</sup>

### Támogató szolgáltatás

A támogató szolgáltatás a fogyatékos személyre irányuló, személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatás. Célja az elérhető legmagasabb fokú önálló életvitel támogatása a saját lakókörnyezetén belül személyi segítséssel (higiénés, életviteli és életfenntartási támogatás biztosításával) és speciális szállító szolgáltatás működtetésével a lakókörnyezeten kívüli tevékenységek végzéséhez (pl. munkavégzés, tanulmányok folytatása, szabadidős tevékenységek elvégzése, stb.), valamint egyéb szolgáltatások eléréséhez.

A támogató szolgálat kialakítására feladatellátási kötelezettség nem terheli sem az államot, sem a települési önkormányzatot. A szolgáltatás kialakítására a helyi támogatási igény felmérését követően, a fennálló szükségletek alapján van lehetősége a települési önkormányzatnak.

Az igénybevétel lehetősége a súlyosan fogyatékos személy számára biztosított.

A szolgáltatás igénybevételekor térítési díjat kell fizetni, a térítési díj összegét szolgálati órára és szállítási kilométerre vetítve kell meghatározni. A havonta fizetendő térítési díj nem haladhatja meg az igénybevevő rendszeres havi jövedelmének a 30%-át, kiskorú igénybevevő esetén a család egy főre jutó rendszeres havi jövedelmének 20%-át.

<sup>10</sup> forrás: KSH OSAP kérdőív 2021. év



2023. december 31-én 13 489 fő önálló életvitelét segítette a támogató szolgáltatás igénybevétele.<sup>11</sup>

### Nappali intézményi ellátások

A nappali ellátás a saját otthonukban élő vagy hajléktalansággal küzdő személyek számára biztosít támogatást. A nappali ellátási forma lehetőséget ad a napközbeni tartózkodásra, készségek és képességek fejlesztésére, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére, és igény szerint megszervezi az ellátottak étkeztetését.

A települési önkormányzatok feladata a nappali ellátás működtetése:

- 3000 fő lakosságszám felett idősek nappali ellátását,
- 10 000 fő lakosságszám felett fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek, valamint hajléktalan személyek célcsoport specifikus nappali ellátását biztosító intézményeket kell a szociális háló részeként kialakítani. Az idősek nappali intézményében demens személyek ellátása is történhet, amely megszervezhető idősek nappali ellátása részeként, vagy önálló nappali ellátást biztosító intézményben is.

Az egyes nappali ellátások igénybevitelére vonatkozó **jogosultsági feltételek**:

a) Idősek nappali ellátását a tizennyolcadik életévüket betöltött, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek vehetik igénybe.<sup>12</sup>

b) Fogyatékos személyek nappali ellátását a harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek vehetik igénybe. A fogyatékoság illetve az autizmus fennállását:

- a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleménye vagy
- a fogyatékoság jellege szerinti szakorvosi lelet vagy
- a fogyatékosági támogatás, a vakok személyi járadéka vagy a magasabb összegű családi pótlék megállapításáról szóló közigazgatási határozat, vagy egyéb okirat igazolja.

Indokolt esetben nappali ellátás olyan fogyatékos személyek részére is biztosítható, akire nézve szülője vagy más hozzátartozója gyermekgondozási segélyben, gyermekgondozást segítő ellátásban, gyermeknevelési támogatásban, gyermekek otthongondozási díjában vagy ápolási díjban részesül.

c) Pszichiátriai betegek nappali ellátását a tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek vehetik igénybe, amennyiben a betegség fenn állását a szakorvos szakvéleményével igazolja.

<sup>11</sup> forrás: KSH OSAP kérdőív 2023. év

<sup>12</sup> Az idősek nappali ellátásában az ellátottak legnagyobb része időskorú, de a szabályozás lehetővé teszi a fiatalabbak felvételét is, amennyiben az állapotuk alapján ez indokolt.

d) Szenvedélybetegek a tizenhatodik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő szenvedélybetegek vehetik igénybe, amennyiben a betegség fennállását a szakorvos szakvéleményével igazolja.

e) Demens személyek nappali ellátását az a személy veheti igénybe, akinél a demencia kórkép fennállását pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazolta.

f) Nappali melegedő a hajléktalan személyek számára biztosít napközbeni tartózkodási lehetőséget.

Nappali ellátás	Engedélyezett férőhelyek száma	Ellátottak száma	Engedélyezett férőhelyek száma	Ellátottak száma 2023. XII.31-én
	2010.XII.31.-én*		2023.XII.31.-én**	
Fogyatékos személyek nappali ellátása	6 485	6 116	10 309	9381
Időskorúak nappali ellátása összesen (időskorúak+demensek)	41 612	37 905	39 289	38 366
<i>Időskorúak nappali ellátása</i>			39 289	35 504
<i>Demens személyek nappali ellátása</i>				2 862
Pszichiátriai betegek nappali ellátása	1 929	2 131	6 235	6 171
Szenvedélybetegek nappali ellátása	1 867	2 010	6 528	6 351
Hajléktalan személyek nappali ellátása	7 521	10 499	7 765	8 119

\*forrás: KSH STADAT

\*\*forrás: KSH OSAP kérdőív

A demens személyeket ellátó nappali intézményben folytatott szakmai tevékenység célja a demenciával élő személy képességeinek, készségeinek megőrzése, javítása és a közösséghez tartozás érzésének erősítése. Ennek érdekében a nappali ellátást nyújtó szolgáltató folyamatosan kapcsolatot tart és együttműködik a területileg illetékes szakorvosi (pszichiátriai, neurológiai, geriátriai) ellátással, a személyes gondoskodás részeként pedig napi rendszerességgel speciális egyéni és csoportos foglalkozásokat szervez. A nappali ellátás a demenciával élő személyek esetében többszörös hatékonysággal bíró szolgáltatási forma. Egyrészt készségfejlesztő, -helyreállító, -megőrző foglalkoztatások színtere, ami a betegség progressziójának lassításához nélkülözhetetlen, másrészt a leghatékonyabb tehermentesítő szociális

**alapszolgáltatási forma** a saját otthonában élő demenciával élő személy családjának, hiszen a nappali ellátásban töltött idő lehetővé teszi a családtagok egyéb feladatainak ellátását, munkavállalását. Ebből a szempontból kijelenthető, hogy magas hatékonyságú, hiszen egyidejűleg több szereplő számára is kedvező hatású támogatást jelent. Amíg az idősök számára a nappali intézmények kiépítettsége országosan jónak mondható, addig ehhez viszonyítva kevés helyen működik speciálisan demenciával élő személyek számára kialakított intézmény vagy csoport.

Idősök nappali intézményében – 2023. decemberi adatok szerint – 2 862<sup>13</sup> demencia kórképpel rendelkező idős személyt láttak el országosan. Ez az összes férőhelyhez (39 289 férőhely) viszonyítva alacsony, annak mindössze ~7,2 százaléka.

A nappali ellátás igénybevételekor térítési díjat kell fizetni, a térítési díj összege ellátási napra kerül meghatározásra. A havonta fizetendő térítési díj nem haladhatja meg az igénybevevő havi jövedelmének a 15%-át, amennyiben a nappali ellátás keretében étkezés igénybevételére is sor kerül, az igénybevevő havi jövedelmének a 30%-át. Az idős személyek, a pszichiátriai betegek és a szenvedélybetegek nappali ellátása a gyakorlatban a legtöbb helyen térítésmentesen vehető igénybe. A hajléktalan személyek nappali melegedője jogszabálynál fogva térítésmentes szolgáltatás.

### **Szociális szakosított ellátások**

A szakosított ellátások azokra a célcsoportokra irányulnak, akiknek a személyes körülményeik, egészségi állapotuk, illetve szociális rászorultságuk miatt az önálló életvitel fenntartása még az alapszolgáltatások igénybevétele mellett is túlzott nehézséget jelentene.

### **A szakosított ellátást nyújtó intézmények működő típusai**

Az intézmények struktúráját és összefüggéseit az 1. számú mellékletben szereplő ábra szemlélteti.

#### **Ápolást gondozást nyújtó intézmények:**

Tartós ápolást, gondozást nyújtó intézmény az idősök otthona, a pszichiátriai betegek otthona, a szenvedélybetegek otthona, a fogyatékos személyek otthona, valamint a hajléktalanok otthona.

Időotthonok kialakítása az állam, a megyei jogú városok és a Fővárosi Önkormányzat feladata, a hajléktalanok otthona kialakítását a Fővárosi Önkormányzatnak, és amennyiben a lakossági szükségletek indokolják, a megyei jogú városok önkormányzatának kell biztosítania. A többi célcsoport tekintetében (pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek) a tartós elhelyezést és tartós ápolást biztosító otthonok kialakítását az Szt. az állam feladataként határozza meg. Demens személyek ellátását az időotthonok keretében kell biztosítani oly módon, hogy az intézményen belül külön gondozási egységet vagy csoportot kell kialakítani a demens személyek speciális ellátása érdekében.

<sup>13</sup> Adatforrás: KSH

Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben és az ápoló-gondozó célú lakóotthonokban (lsd. később) az ellátott **teljes körű ellátásban** részesül. **A teljes körű ellátás** részeként legalább napi háromszori étkezésről (szakorvos előírása alapján diétás étkezést), szükség szerint az évszaknak megfelelő alsó és felső ruházattal, illetve egyéb textíliával (pl. ágynemű) való ellátásról, mentális gondozásról, a szakmai rendeletben meghatározott egészségügyi ellátásról és a lakhatás biztosításáról **kell gondoskodni**. Az ápolási tevékenység eltér az egészségügyi ellátás részeként végezhető ápolástól, az intézmények csak a szükség szerinti alapápolás szolgáltatást végzik. **A teljes körű ellátást, ide értve** az alapápolási tevékenységet **is** jövedelmi és vagyoni helyzetre tekintet nélkül ugyanazon szakmai tartalommal kapják meg az ellátottak.

Annak érdekében, hogy a bentlakók szakápolási igényeinek felmerülése esetén a szakápolási tevékenység helyben megoldható legyen, a szociális bentlakásos intézmények közül egyes intézmények rendelkeznek egészségügyi tevékenység, jellemzően szakápolási tevékenység végzésére vonatkozó egészségügyi engedéllyel. Az intézmények külön NEAK finanszírozás nélkül, a szociális tevékenységhez kapott állami támogatás terhére látják el a szakápolási feladatokat.

– *Idősek otthona*

Tartós, határozatlan idejű elhelyezést nyújt azoknak az idős embereknek, akiknek ápolási-gondozási szükséglete saját otthonában már nem elégíthető ki.

**Jogosultsági feltételek:**

**A 18. életévét betöltött személyek<sup>14</sup> esetében az idősotthoni ellátás gondozási szükséglet vizsgálat elvégzését követően vehető igénybe, ha a vizsgálat megállapította, hogy az elhelyezési kérelmet benyújtó személy önálló életvitelének a fenntartása a saját lakókörnyezetében az alapszolgáltatások igénybevétele mellett sem biztosítható.**

**Pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazolt középsúlyos vagy súlyos stádiumú demencia fennállása esetén nem kell elvégezni a gondozási szükséglet vizsgálatot, a jogosultságot a betegség előrehaladott stádiuma alapján, fennállónak kell tekinteni.**

Az idősek otthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben **51 052 fő volt**, **2023-ban** ez a szám **57 995**, tehát az elmúlt években **6 943** új férőhely jött létre.<sup>15</sup> Míg 2010-ben 25 milliárd forint jutott az idősellátással foglalkozó intézmények támogatására, addig **2021-ben 86,3** milliárd.

<sup>14</sup> Az idősek otthonában az ellátottak legnagyobb része időskorú, de a szabályozás lehetővé teszi a fiatalabbak felvételét is, amennyiben az állapotuk alapján ez indokolt.

<sup>15</sup> KSH OSAP adatszolgáltatás 2010. év, **2023. év**

Idősek otthona szociális ellátást nyújtó intézményekben országosan 17 888<sup>16</sup> demenciával élő személyt láttak el a 2023. decemberi adatok szerint. Ez az összes férőhelyhez (57 995 férőhely) viszonyítva, annak 30,8 százaléka.

#### - Szakápolási központ

A szakápolási központ olyan idősek otthona, ahol szakápolást (pl. infúziós kezelés, sebellátás, sebkezelés, szondán keresztül történő táplálás, gyógytorna, stb.) is nyújt a szociális intézmény. Ezekben az intézményekben a betegségéből adódóan szakápolást igénylő, de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szoruló időseket látják el. Az ápolási idő fél év, ami a szakápolási szükséglet fennállásától függően bárhányszor meghosszabbítható. A szakápolási központok feladatait szakmai rendelet rögzíti, mely szerint a szakápolási központnak a szakápolási feladatok ellátásához szükséges feltételeken túl rendelkeznie kell az idősek otthonára vonatkozó személyi, tárgyi és szakmai feltételekkel, működése során biztosítania kell az idősothonok által nyújtott szolgáltatásokat. A szakápolási központ az igénybevevő otthonaként funkcionál, ezért szolgáltatásai túlmutatnak az egészségügyi fekvőbeteg ellátó intézmények által biztosított ellátáson.

#### Jogosultsági feltételek:

A 18. életévét betöltött személyek számára biztosítható ellátás, ha a kérelmező az idősothoni ellátásra gondozási szükséglettel rendelkezik, és a betegségéből adódóan szakápolást igényel, de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szorul. A szakápolási szükséglet fennállását a kezelőorvos igazolja.

#### – Fogyatékos személyek otthona

A fogyatékos személyek otthonába az a fogyatékos személy vehető fel, akinek oktatására, képzésére, foglalkoztatására, valamint gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség. A fogyatékos személyek otthonában elkülönítetten szervezik meg a kiskorúak és a felnőttek, valamint az enyhe értelmi fogyatékos személyek és a középsúlyos, illetve súlyos értelmi fogyatékos személyek ellátását azzal, hogy enyhe értelmi fogyatékosággal rendelkező kiskorú személy csak rendkívül indokolt esetben helyezhető el ilyen típusú intézményben.

#### Jogosultsági feltételek:

A nagykorú fogyatékos személy fogyatékos személyek otthonában történő elhelyezésének feltétele a benyújtott orvosi dokumentáció felhasználásával lefolytatott alapvizsgálat elvégzése. Az alapvizsgálatot az intézményvezető kezdeményezi az elhelyezésre vonatkozó kérelem beérkezését követően. Az alapvizsgálatot Budapest Főváros Kormányhivatalának szakértői bizottsága végzi, melynek tagjai: orvos szakértő, szociális szakértő, a fogyatékoság jellege szerinti szakgyógy pedagógus. A fogyatékos személyek otthonában elhelyezett kiskorú ellátott esetén a vizsgálatot a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság végzi.

<sup>16</sup> Adatforrás: KENYSZI

Fogyatékos személyek otthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 13898 fő volt, 2023-ban 11 073 fő elhelyezésére volt lehetőség. A csökkenés oka az 50 fő feletti nagylétszámú fogyatékos személyek otthona ellátásban működő férőhelyek kiváltása, ezek helyett korszerű, családi körülmények között működő, az önálló életvitelt segítő támogatott lakhatás szolgáltatások kerültek kialakításra. Támogatott lakhatásban 2023-ban 3214 férőhely állt rendelkezésre fogyatékos személyek részére.

– *Pszichiátriai betegek otthona*

A pszichiátriai betegek otthonába az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes. A pszichiátriai betegek otthona a krónikus pszichiátriai betegek számára nyújt ellátást, azonban kivételes esetben – ha az intézmény az alapteregségével összefüggésben is szolgáltatást képes nyújtani – felvehető azon ellátást igénylő is, akinek a kezelőorvos által meghatározott alapteregségén túl időskori vagy egyéb szellemi leépülés, súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar vagy szenvedélybetegség került megállapításra.

**Jogosultsági feltétel:**

Pszichiátriai betegek otthonába történő felvételhez a területileg illetékes pszichiátriai gondozó szakorvosának, illetve – ha az ellátás igénylése időpontjában kórházi kezelésben részesül – a fekvőbeteg-gyógyintézet pszichiátriai osztálya vezetőjének – az intézménybe történő felvételt megelőző – három hónapnál nem régebbi szakvéleménye szükséges.

Pszichiátriai betegek otthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 8 333 fő volt, 2023-ban 7 867 fő elhelyezésére volt lehetőség. A csökkenés oka az 50 fő feletti nagylétszámú pszichiátriai betegek otthona ellátásban működő férőhelyek kiváltása, ezek helyett korszerű, családi körülmények között működő, az önálló életvitelt segítő támogatott lakhatás szolgáltatások kerültek kialakításra. Támogatott lakhatásban 2023-ban 898 férőhely állt rendelkezésre pszichiátriai betegek részére.

*Szenvedélybetegek otthona*

A szenvedélybetegek otthonában annak a személynek az ápolását, gondozását végzik, akik szomatikus és mentális állapotát stabilizáló, illetve javító kezelést igényelnek, önálló életvitelre időlegesen nem képesek, de kötelező intézeti gyógykezelésre nem szorulnak. A szenvedélybetegek otthona a kábítószer használó, a gyógyszeres káros mértékben fogyasztó, valamint egyéb hasonló függőséget okozó anyaggal (szerrel) visszaélő személyek gondozását végzi, akik önálló életvitelre időlegesen nem képesek, és gyógyintézeti kezelést nem igényelnek.

**Jogosultsági feltétel:**

Szenvedélybetegek otthonába történő elhelyezéshez a területileg illetékes fekvőbeteg-gyógyintézet pszichiátriai osztályának vagy pszichiátriai gondozó addiktológusának, ennek hiányában a területileg illetékes pszichiátriai osztály vagy pszichiátriai gondozó pszichiáter szakorvosának - intézménybe történő felvételt megelőző - három hónapnál nem régebbi szakvéleménye szükséges.

Szenvedélybetegek otthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 1 403 fő volt, 2023-ban 1 164 fő elhelyezésére volt lehetőség. A csökkenés oka az 50 fő feletti nagylétszámú szenvedélybetegek otthona ellátásban működő férőhelyek kiváltása, ezek helyett korszerű, családi körülmények között működő, az önálló életvitelt segítő támogatott lakhatás szolgáltatások kerültek kialakításra. Támogatott lakhatásban 2023-ban 483 férőhely állt rendelkezésre szenvedélybetegek részére.

#### *Hajléktalanok otthona*

A hajléktalanok otthonában olyan hajléktalan személy gondozását kell biztosítani, akinek az ellátása átmeneti szálláshelyen, rehabilitációs intézményben nem megoldható, és kora, egészségi állapota miatt tartós ápolást, gondozást igényel.

#### **Jogosultsági feltétel:**

Hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye a hajléktalan szállás, vagy aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti.

Hajléktalan személyek otthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 402 fő volt, 2023-ban 476 fő elhelyezésére volt lehetőség.

#### **Lakóotthonok:**

Az ápoló-gondozó célú lakóotthon fogyatékos személyeknek (ide értve az autista személyeket is) nyújt teljes körű ellátást. Ezek az intézmények kis létszámú, családi környezetet teremtenek legfeljebb 14 főnek.

#### **Jogosultsági feltétel:**

Az ápoló-gondozó célú lakóotthonba a fogyatékos jellegétől és súlyosságától függetlenül az a fogyatékos személy helyezhető el, akinek ellátása családi környezetben nem biztosítható, önellátásra legalább részben képes, képességeinek fejlesztése lakóotthoni körülmények között megvalósítható, és a lakóotthonban létesített intézményi jogviszonya keletkezésekor a tizenhatodik életévét betöltötte. A nagykorú fogyatékos személy fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában történő elhelyezésének feltétele a benyújtott orvosi dokumentáció felhasználásával lefolytatott alapvizsgálat, valamint a komplex szükségletfelmérés elvégzése. Intézményi ellátásban részesülő személy fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában az egyéni fejlesztési terv eredményei és állapotának felülvizsgálata alapján helyezhető el.

Fogyatékos személyek ápoló-gondozó lakóotthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 1 099 fő volt, 2023-ban 1 204 fő elhelyezésére volt lehetőség.

#### Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények ideiglenes jelleggel, határozott idejű elhelyezés mellett, teljes körű ellátást nyújtanak. Ez alól kivétel a hajléktalanok átmeneti ellátására szolgáló éjjeli menedékhely és a hajléktalanok átmeneti szállása, e két átmeneti intézmény speciális szabályok szerint működik önellátási képességgel rendelkező hajléktalan személyek számára. Főszabályként az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátásra – hajléktalan személyek átmeneti szállása kivételével – **legfeljebb egy évig** kerülhet sor, azonban az átmeneti elhelyezés különös méltányosságot érdemlő esetben az intézmény orvosa szakvéleményének figyelembevételével, **egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható**.

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények:

##### – *időskorúak gondozóháza*

Idősek gondozóházába azok az időskorúak, valamint azok a 18. életévüket betöltött beteg személyek vehetők fel, akik önmagukról betegségük miatt vagy más okból otthonukban időlegesen nem képesek gondoskodni.

Időskorúak gondozóházában az engedélyezett férőhelyszám 2010-ben 3 510 fő volt, 2023-ban 2 094 fő elhelyezésére volt lehetőség.

##### – *fogyatékos személyek gondozóháza*

Fogyatékos személyek gondozóházában azok a fogyatékos személyek helyezhetők el, akiknek ellátása családjukban nem biztosított, vagy az átmeneti elhelyezést a család tehermentesítése teszi indokolttá.

Jogosultsági feltétel:

A fogyatékoság tényét megállapító szakorvosi vélemény, közigazgatási határozat vagy okirat.

Fogyatékos személyek gondozóháza engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 262 fő volt, 2023-ban 220 fő elhelyezésére volt lehetőség.

##### – *pszichiátriai betegek átmeneti otthona*

Pszichiátriai betegek átmeneti otthonában az a pszichiátriai beteg helyezhető el, akinek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése nem indokolt.

Jogosultsági feltétel:

A pszichiátriai betegség fennállását igazoló szakorvosi szakvélemény.

Pszichiátriai betegek átmeneti otthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 88 fő volt, 2023-ban 101 fő elhelyezésére volt lehetőség.

##### – *szenvedélybetegek átmeneti otthona*

Szenvedélybetegek átmeneti otthonában az a személy helyezhető el, akinél szakorvosi (addiktológus, pszichiáter) szakvélemény alapján szenvedélybetegség került



megállapításra, és ellátása átmeneti jelleggel családjában vagy lakókörnyezetében nem oldható meg.

Jogosultsági feltétel:

A szenvedélybetegség fennállását igazoló, addiktológus vagy pszichiáter szakorvos által kiállított szakvélemény.

Szenvedélybetegek átmeneti otthona engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 179 fő volt, 2023-ban 74 fő elhelyezésére volt lehetőség.

– *hajléktalanok éjjeli menedékhelye*

Az éjjeli menedékhely az önellátásra és a közösségi együttélés szabályainak betartására képes hajléktalan személyek éjszakai pihenését, valamint krízishelyzetben éjszakai szállás biztosítását lehetővé tevő szolgáltatás.

Jogosultsági feltétel:

Hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye a hajléktalan szállás, vagy aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti.

Hajléktalanok éjjeli menedékhelye ellátás engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 3 188 fő volt, 2023-ban 4 025 fő elhelyezésére volt lehetőség.

– *hajléktalan személyek átmeneti szállása*

Hajléktalan személyek átmeneti szállása az önellátásra képes hajléktalan személyeknek biztosít lakhatási szolgáltatást. Szükség esetén a lakhatási szolgáltatás az önálló életvitel fenntartása érdekében kiegészül az esetvitel keretében nyújtott életvezetési és egyéb támogatással.

2017. január 1-jétől az átmeneti szálláson – és 2019. január 1-jétől bizonyos esetekben nappali melegedőhöz kapcsoltnak - azoknak a hajléktalan embereknek, akiknek már nincs szükségük intenzív szociális segítségre, önmagában is biztosítható lakhatási szolgáltatás az ellátórendszerből történő fokozatos kivezetésük céljából. Az intézménytől független helyszínen biztosított lakhatási szolgáltatás, ún. külső férőhelyek azon hajléktalan emberek számára nyújtanak lakhatási lehetőséget, akik önellátási képessége jó, szociális segítségük még szükséges, de már kisebb intenzitással, mint az intézményi keretek között. Ez a célcsoport rendelkezik rendszeres jövedelemmel, amely piaci alapon lakhatásuk biztosítására még nem elegendő.

Jogosultsági feltétel:

Hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye a hajléktalan szállás, vagy aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti.

Hajléktalanok átmeneti szállása ellátás engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 4 977 fő volt, 2023-ban 5 098 fő elhelyezésére volt lehetőség.

Az átmeneti elhelyezést biztosító intézményekben – a hajléktalanok éjjeli menedékhelye kivételével – az ellátás térítési díj megfizetése mellett vehető igénybe. A térítési díjat ellátási napra kell meghatározni. Átmeneti elhelyezés igénybevételeért fizetendő térítési díj nem haladhatja meg az igénybevevő havi jövedelmének a 60%-át.

**Támogatott lakhatás:**

A nagy létszámú bentlakásos intézményi ellátásról a közösségi életvitelt támogató szolgáltatásokra való áttérés folyamata indult el.

A támogatott lakhatás, mint személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás olyan, a fogyatékos személyek, a pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek részére nyújtott ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartására, illetve támogatására a lakhatási szolgáltatást és az ellátott komplex szükségletfelmérésén alapuló egyéb szolgáltatásokat nyújt.

A komplex szükségletfelmérés lehetővé teszi az egyéni igényekhez minél jobban igazodó ellátás kialakítását. Az egyéni szükségleteknek megfelelő támogatással lehetővé válik, hogy az igénybevevő a mindennapi élet aktív részese lehessen. Cél, hogy az egyén olyan támogatást kapjon, ami teljes egészében a szükségleteihez és elvárásaihoz illeszkedik. A hatályos szabályok szerint új ápoló-gondozó célú férőhely létrehozása fogyatékos, pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg emberek számára csak támogatott lakhatási formában lehetséges. A támogatott lakhatás megfelelő feltételeket teremt ahhoz, hogy a fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg emberek életkoruknak, egészségi állapotuknak és önellátási képességüknek megfelelő lakhatási, illetve szociális szolgáltatásokban részesüljenek. Alapelve, hogy a lakhatási és a szociális szolgáltatások egymástól elkülönülnek. A lakhatási szolgáltatás – mely legfeljebb 6 fős házban/lakásban, 7-12 fős házban/lakásban vagy legfeljebb ötven fő elhelyezésére szolgáló lakások, épületek együttesében lehetséges – helyszínén nem működhet semmilyen más szociális szolgáltatás. Ahelyett, hogy az érintettek kész „csomagban” kapnák a bentlakásos ellátást, a támogatott lakhatás a lakhatási szolgáltatás és a segítői szolgáltatás különböző formáinak rugalmas kombinációját alkalmazza, melynek helyszínei is elkülönülnek egymástól. Azzal, hogy a napközbeni tartózkodás helyei elkülönülnek a lakóhelytől, erősítjük és bátorítjuk a helyi közösségi életben való önálló részvételt. A szolgáltatás az igénybevevők komplex szükségletfelmérésén alapul, melynek bevezetése lehetővé teszi az egyéni igényekhez minél jobban igazodó ellátást.

2023-ban összesen 4 595 támogatott lakhatási férőhely áll rendelkezésre<sup>17</sup> fogyatékossgal élő személyek, pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek részére.

	2014. év*		2023.év**	
Ellátottak szám	Engedélyezett férőhelyek száma lakásonként (2014.12.31.)	Ellátottak száma 2014.12.31-én lakásonként	Engedélyezett férőhelyek száma lakásonként (2023.12.31.)	Ellátottak száma 2023.12.31-én lakásonként

<sup>17</sup> KSH STADAT 2023.év

Támogatott lakhatás fogyatékos személyek részére	94	85	3 214	2 884
Támogatott lakhatás pszichiátriai betegek részére	95	68	898	857
Támogatott lakhatás szenvedélybetegek részére	84	67	483	418

\*forrás: KSH STADAT

\*\*forrás: KSH OSAP kérdőív

### **Jövedelempótló ellátások:**

A súlyosan fogyatékos, tartósan beteg személyeket ápoló-gondozó hozzátartozók, akik ezen feladatuk ellátása mellett kereső tevékenységet nem, vagy legfeljebb csak korlátozottan (legfeljebb napi 4 órában, illetve otthoni munkavégzés keretében időkorlát nélkül) tudnak végezni, jövedelempótló ellátásban részesülhetnek. Az Szt. alapján a súlyosan fogyatékos, illetve 18. év alatti tartósan beteg személyeket ápoló-gondozó hozzátartozó számára jelenleg **ápolási díj**, az önellátásra képtelen gyermeküket ellátó szülők számára **gyermekek otthongondozási díja** állapítható meg, a jogosultsági feltételek teljesülése esetén. Az ápolási díj három típusa – alap összegű, emelt összegű és kiemelt ápolási díj – az ápolat-gondozott személy állapotának súlyosságától függően differenciált, az ellátás alapösszegét a költségvetési törvény határozza meg. A gyermekek otthongondozási díja összege egységes, **2022-re elérte az akkori minimálbér összegét és 2023-ban tovább emelkedett annak összegére.**

A KSH adatai szerint **2021. évben**, ápolási díjra **31.222 fő**, a gyermekek otthongondozási díjára **22.179 fő** volt jogosult, a havi átlag alapján. A legsúlyosabb állapotú gyermeküket gondozók esetében az ellátási összeg mára csaknem négyszer magasabb, mint 2010-ben volt. 2010 és **2023** között több mint kétszeresére, 37 050 Ft-ról **82 200 Ft-ra** nőtt a legsúlyosabb állapotú hozzátartozót gondozók ellátása. A 2019. január 1-től 100 000 forint bruttó ellátási összeggel az önmagukat ellátni képtelen gyermeküket ápolók számára bevezetett gyermekek otthongondozás díjának (GYOD) összege 2021-ben már a minimálbér 88%-a, és 2022-re **elérte annak teljes összegét és 2023-ban tovább emelkedett annak összegére.**

A 18. év feletti tartósan beteg hozzátartozót ápolók-gondozók havi rendszeres pénzellátást települési támogatásként, a települési önkormányzatok helyi rendeleteiben meghatározottak szerint, településenként eltérő módon kaphatnak. A rendszeres pénzellátásban az ápolást-gondozást igénylő személy hozzátartozója részesülhet.

A megélhetést biztosító jövedelemmel nem rendelkező időszerű személyek részére nyújtható pénzübeli ellátás az **időszerűak járadéka**. Az időszerűak járadékára való jogosultság feltételei, illetve az ellátás összege különbözöek a támogatott élethelyzete, illetve életkora szerint.

Az időszerűak járadékának összege és jövedelemhatára 2018-tól a nyugdíjmelés mértékének megfelelően (infláció-követően) nő. A jövedelemhatár és az ellátás aktuális összegét a 63/2006. Korm. rendelet határozza meg.

A járadék megállapítását az a személy kérheti, aki a reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltötte, és a saját, valamint vele együtt lakó házastársa, élettársa jövedelme alapján számított egy főre jutó havi jövedelem nem haladja meg:

- nem egyedülálló jogosult esetén a 32 785 Ft-ot,
- egyedülálló, 75 évesnél fiatalabb jogosult esetén 38 555 Ft-ot,
- egyedülálló, 75 év feletti jogosult esetén 52 045 Ft-ot.

Az időszerűak járadékának havi összege a fenti összeg, abban az esetben, ha a jogosultnak egyéb jövedelme nincs. Jövedelemmel rendelkező jogosult esetén az időszerű személy jövedelmét a fenti (jövedelemhatárként meghatározott) szintre egészíti ki. Ha a támogatás összege az ezer forintot nem éri el, a jogosult részére akkor is legalább ezer forint összegű járadékot kell megállapítani.

A különös méltánylást érdemlő személyes élethelyzetre figyelemmel nyújtható pénzübeli szociális ellátás a **tartós ápolást végzők időszerű támogatása**. Tartós ápolást végzők időszerű támogatására jogosult az a szülő, akinek az öregségi nyugdíjra való jogosultságát megállapították, ha az öregségi nyugdíj megállapítását legalább 20 éven át saját háztartásában súlyosan fogyatékos, illetve tartósan beteg gyermekét ápolta, gondozta, és ezalatt legfeljebb napi 4 órában végzett otthonán kívül keresőtevékenységet, vagy a keresőtevékenységet az otthonában végezte. A tartós ápolást végzők időszerű támogatásának havi összege 50 000 forint. A tartós ápolást végzők időszerű támogatása nem minősül nyugellátásnak.

A **közgyógyellátás** a szociálisan rászorult személy részére az egészségi állapota megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó kiadásainak csökkentése érdekében biztosított hozzájárulás. A közgyógyellátás keretében a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyfürdőben nyújtott rehabilitációs kezelések beteg által fizetendő térítési díját vállalja át a költségvetés.

A közgyógyellátás kétféle jogcímen állapítható meg.

**Normatív közgyógyellátásra** jogosult az a személy, akinek esetében a havi rendszeres gyógyító ellátás térítési díja meghaladja a szociális vetítési alap összegének (SZVA) 10%-át (2850 Ft) és a családban az egy főre jutó havi jövedelem nem éri el az SZVA 105%-át (29 925 Ft), egyedülálló személy esetében az SZVA 155%-át (44 175 Ft). A normatív közgyógyellátás **jogosultsági feltételeként meghatározott jövedelemküszöb 2018. január 1-jétől 5 százalékkal emelkedett** (1425 Ft), ami a jogosulti kört szélesítést eredményezte.

**Alanyi** jogcímen az ellátást a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvényben felsorolt jövedelempótló és kiegészítő ellátásokban részesülő személyek vehetik igénybe, azaz kivétel nélkül valamilyen egyéb ellátáshoz kötődik a közgyógyellátás alanyi jogcíme (pl. egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatásra jogosult személy; rokkantsági ellátásban részesül és az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján nem haladja meg a 30%-os mértéket; magasabb összegű családi pótlékra vagy rokkantsági járadékra jogosult stb.). Az alanyi jogon járó közgyógyellátási jogosultság megállapításához **nem kapcsolódik jövedelemvizsgálat (szociális rászorultság) és a rendszeres gyógyító ellátás költségének vizsgálata (egészségügyi rászorultság)**. Ebbe a körbe tartozik az **ellátottak 87%-a** (normatív közgyógyellátásra jogosultak száma 34 858 fő, alanyi közgyógyellátásra jogosultak száma 235 545 fő).

2021 decemberében közgyógyellátásban a KSH adatai alapján 254 312 fő részesült, míg az eljáró Kormányhivatalok adatszolgáltatása szerint 2022 decemberében a jogosulti létszám már 270 403 fő volt. Az adatokból megállapítható, hogy az ellátotti létszám növekszik, ennek oka pedig az alanyi jogcímen megállapítható közgyógyellátotti kör folyamatos bővülése.

**2027-ig** felülvizsgáljuk a jelenlegi támogatási rendszer alapjait, a gondozási-ápolási igény vizsgálatán alapuló differenciált módosítás lehetőségeit. Ezzel összefüggésben vizsgálni kell az ápolott jogán nyújtott támogatások bevezetésének lehetőségeit.

#### Egyes szociális szolgáltatások kapacitásai és egyes célcsoportok demográfiai adatai

Az egyes szociális szolgáltatások területi kapacitásait, valamint az adott célcsoport demográfiai adatait az alábbi táblázat tartalmazza. A célcsoport adatok nem azt jelentik, hogy minden a célcsoportba tartozó személynek igénye, szükséglete vagy jogosultsága van az adott szociális szolgáltatásra. Az idős személyek esetében például a többségnek nincs szüksége segítségre az önellátáshoz, önmaga megoldja pl. a bevásárlást, vagy a személyi higiéniájához kapcsolódó feladatokat. Amennyiben tartósan vagy átmenetileg segítségre szorul az idős személy akkor is sok esetben a család segíti a mindennapi életvitelét. A szociális szolgáltatások iránti igény akkor jelentkezik, ha az egyén önmagát ellátni nem képes és a természetes támogató közege nem tudja a segítséget megadni. Fenti állítások a fogyatékos személyek esetében is igazak. Támogató szolgáltatásra a súlyos fogyatékos személyek jogosultak, amit a fogyatékosági támogatás, az emelt családi pótlék vagy a vakok személyi járadéka alapoz meg. A célcsoport tehát már ezzel is szűkül a magánháztartásban élő fogyatékos személyek számához képest. Természetesen attól még, hogy valaki a fenti három támogatás valamelyikében részesül, nem jelenti azt, hogy igénybe kívánja venni a támogató szolgáltatást.

A táblázat tehát a lehetséges célcsoport adatokat tartalmazza, ami nem egyenlő a szükséges kapacitásokkal.

Egyes szociális szolgáltatások kapacitásai és egyes célcsoportok demográfiai adatai

Területi egység neve	Területi egység szintje	Lakónépesség összesen	Alapszolgáltatás: Házi segítségnyújtás		Alapszolgáltatás: Támogató szolgáltatás			Alapszolgáltatás: Fogyatékos személyek nappali ellátása			Személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátások: Idősek otthona		Személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátások: Támogatott lakhatás			Személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátások: Hajléktalan személyek részére bentlakást nyújtó ellátások			
			Ellátható személyek száma (1)	Lakónépesség 65-X éves összesen (12)	Évi vállalt feladat mutató (2)	Fogyatékosokkal élő személyek száma (13)	ebből magánháztartásban élő személyek száma (16)	Férőhelyek száma (3)	Fogyatékosokkal élő személyek száma (14)	ebből magánháztartásban élő személyek száma (17)	Férőhelyek száma (4)	Lakónépesség 65-X éves összesen (15)	Támogatott lakhatás fogyatékos személyek részére	Támogatott lakhatás pszichiai betegek részére	Támogatott lakhatás szenvedélybetegek részére	Éjjeli menedékhely	Hajléktalan személyek átmeneti szállása	Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye	Hajléktalanok otthona
Budapest	főváros, régió	1 706 851	6818	364 842	174751	73079	69038	1030	73079	69038	7218	364 842	170	2	36	2134	3096	78	70
Pest	vármegye, régió	1 325 036	3836	234 838	192069	53419	49466	800	53419	49466	6610	234 838	400	69		131	110		
<b>Közép-Magyar ország</b>	<b>nagyregió</b>	<b>3 031 887</b>	<b>10 654</b>	<b>599 680</b>	<b>366 820</b>	<b>126 498</b>	<b>118 504</b>	<b>1 830</b>	<b>126 498</b>	<b>118 504</b>	<b>13 828</b>	<b>599 680</b>	<b>570</b>	<b>71</b>	<b>36</b>	<b>2 265</b>	<b>3 206</b>	<b>78</b>	<b>70</b>
Fejér	vármegye	418 555	2056	83 632	34889	19187	17296	260	19187	17296	2377	83 632	20	69	113	211	326		
Komárom-Esztergom	vármegye	298 449	1928	58 858	111461	13647	12783	254	13647	12783	1656	58 858	143			141	65		43
Veszprém	vármegye	339 291	5679	74 221	53406	15650	14185	314	15650	14185	1899	74 221	22			95	261		27
<b>Közép-Dunántúli</b>	<b>regió</b>	<b>1 056 295</b>	<b>9 663</b>	<b>216 711</b>	<b>199 756</b>	<b>48 484</b>	<b>44 264</b>	<b>828</b>	<b>48 484</b>	<b>44 264</b>	<b>5 932</b>	<b>216 711</b>	<b>185</b>	<b>69</b>	<b>113</b>	<b>447</b>	<b>652</b>		<b>70</b>
Győr-Moson-Sopron	vármegye	479 347	3165	89 354	40905	17426	15260	226	17426	15260	2200	89 354				119	264	50	40

TARTÓS ÁPOLÁS-GONDOZÁSRA VONATKOZÓ STRATÉGIA 2030

Vas	várme gye	253 429	2605	53 845	43051	10724	8837	167	10724	8837	1339	53 845	36			25	111		24
Zala	várme gye	264 343	3275	63 141	77475	13097	11851	241	13097	11851	1796	63 141	129	116		104	75		
<b>Nyugat- Dunántú I</b>	<b>régió</b>	<b>997 119</b>	<b>9 045</b>	<b>206 340</b>	<b>161 431</b>	<b>41 247</b>	<b>35 948</b>	<b>634</b>	<b>41 247</b>	<b>35 948</b>	<b>5 335</b>	<b>206 340</b>	<b>165</b>	<b>116</b>	<b>0</b>	<b>248</b>	<b>450</b>	<b>50</b>	<b>64</b>
Baranya	várme gye	354 341	6 646	78 086	70053	21426	19778	287	21426	19778	2784	78 086	57	79	46	210	187		50
Somogy	várme gye	298 786	3605	69 267	53513	16318	14829	343	16318	14829	2621	69 267	175	125	4	108	10	10	10
Tolna	várme gye	211 172	1721	47 898	36062	12870	11912	170	12870	11912	1552	47 898	12		12	25	6		15
<b>Dél- Dunántú I</b>	<b>régió</b>	<b>864 299</b>	<b>11 972</b>	<b>195 251</b>	<b>159 628</b>	<b>50 614</b>	<b>46 519</b>	<b>800</b>	<b>50 614</b>	<b>46 519</b>	<b>6 957</b>	<b>195 251</b>	<b>244</b>	<b>204</b>	<b>62</b>	<b>343</b>	<b>203</b>	<b>10</b>	<b>75</b>
<b>Dunántú I</b>	<b>nagyr égió</b>	<b>2 917 713</b>	<b>30 680</b>	<b>618 302</b>	<b>520 815</b>	<b>140 345</b>	<b>126 731</b>	<b>2 262</b>	<b>140 345</b>	<b>126 731</b>	<b>18 224</b>	<b>618 302</b>	<b>594</b>	<b>389</b>	<b>175</b>	<b>1 038</b>	<b>1 305</b>	<b>60</b>	<b>209</b>
Borsod- Abaúj- Zemplén	várme gye	626 477	13668	123 150	128306	40158	37477	593	40158	37477	3759	123 150	181	3	22	286	282	40	60
Heves	várme gye	289 938	3248	63 739	49162	17382	16322	384	17382	16322	1828	63 739	214			107	25		28
Nógrád	várme gye	185 649	2501	40 920	38189	13732	12261	57	13732	12261	1106	40 920	36			15	80		
<b>Észak- Magyar ország</b>	<b>régió</b>	<b>1 102 064</b>	<b>19 417</b>	<b>227 809</b>	<b>215 657</b>	<b>71 272</b>	<b>66 060</b>	<b>1 034</b>	<b>71 272</b>	<b>66 060</b>	<b>6 693</b>	<b>227 809</b>	<b>431</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>408</b>	<b>387</b>	<b>40</b>	<b>88</b>
Hajdú- Bihar	várme gye	524 272	11635	101 285	137371	26445	24223	827	26445	24223	2827	101 285	96	95	116	140	68		
Jász- Nagykun -Szolnok	várme gye	360 326	4611	77 817	87152	24559	22883	205	24559	22883	2544	77 817	24			49	23		
Szabolcs - Szatmár- Bereg	várme gye	539 153	24 462	96 106	239520	28737	26561	1545	28737	26561	4057	96 106	313	60	1	110	111		50
<b>Észak- Alföld</b>	<b>régió</b>	<b>1 423 751</b>	<b>40 708</b>	<b>275 208</b>	<b>464 043</b>	<b>79 741</b>	<b>73 667</b>	<b>2 577</b>	<b>79 741</b>	<b>73 667</b>	<b>9 428</b>	<b>275 208</b>	<b>433</b>	<b>155</b>	<b>117</b>	<b>299</b>	<b>202</b>	<b>0</b>	<b>50</b>
Bács- Kiskun	várme gye	497 660	4 811	106 247	88033	27515	25165	383	27515	25165	3079	106 247	74	22	94	284	125	21	28
Békés	várme gye	322 819	18 711	76 394	107880	23586	21862	1022	23586	21862	3953	76 394	223	90	31	60	110		12
Csongrá d-Csanád	várme gye	393 116	2612	86 702	77805	21621	19646	237	21621	19646	2465	86 702	120	90		202	106		
<b>Dél- Alföld</b>	<b>régió</b>	<b>1 213 595</b>	<b>26 134</b>	<b>269 343</b>	<b>273 718</b>	<b>72 722</b>	<b>66 673</b>	<b>1 642</b>	<b>72 722</b>	<b>66 673</b>	<b>9 497</b>	<b>269 343</b>	<b>417</b>	<b>202</b>	<b>125</b>	<b>546</b>	<b>341</b>	<b>21</b>	<b>40</b>

TARTÓS ÁPOLÁS-GONDOZÁSRA VONATKOZÓ STRATÉGIA 2030

Alföld és Észak	nagyregió	3 739 410	86 259	772 360	953 418	223 735	206 400	5 253	223 735	206 400	25 618	772 360	1 281	360	264	1 253	930	61	178
Ország összesen	ország	9 689 010	127 593	1 990 342	1 841 053	490 578	451 635	9 345	490 578	451 635	57 670	1 990 342	2 445	820	475	4 556	5 441	199	457

**Forrás:**

MÜKEN (1), (2), (3), (4), (5),  
G (6),(7), (8), (9), (10), (11)

2022.12.

31-ei

lekérdez

és

Központi (12), (13), (14),

Statisztik (15), (16), (17)

ai

Hivatal -

2011.

Népszám

lálási

adatok

**Magyará**

**zat:**

ellátható ellátható

személye személyek

k száma: legmagasabb

száma

évi a központi költségvetésről szóló törvényben foglaltak szerint a támogatás igénylésének és

vállalt elszámolásának alapját jelentő, tervezett, illetve teljesített mutatószám

feladatm

utató:

férőhely: a működési engedélyben

meghatározott legmagasabb napi

ellátotti létszám



## Egészségügyi intézményrendszer

Minden betegnek joga van – a jogszabályokban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan (napi 24 órában) hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.<sup>18</sup>

### Krónikus ellátás

A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézeteknek lehetőségük van tartós ápolást/szakápolást nyújtani az alábbiak szerint:

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 23/A. §-a alapján a biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. számú mellékletének 5. pontja alapján az Ebtv. 23/A. § c) pontja alapján az ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a kiegészítő térítési díj 800 Ft/nap.

Az ápolási célú fekvőbeteg-szakellátás célja, hogy az aktív orvosi ellátásra nem szoruló, és a családi gondozást átmenetileg nélkülözők számára nyújtson ellátást, illetve lehetőség szerinti rehabilitációt az egyéni szükségletekhez igazodóan.

Krónikus ellátás célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

Hosszantartó ápolást/szakápolást nyújt még a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátás, amikor az egészségi (testi vagy szellemi) állapot helyreállításához szükséges utókezelést, gondozást fekvőbeteg gyógyintézetben végzi. Fontos megjegyeznünk azonban, hogy a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátás nem szerves része a tartós ápolási-gondozási ellátásnak.

### Házi szakápolási szolgálatok

Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosa rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység.

Az otthoni szakápolás keretében nyújtható ellátásokat a beteg akkor veheti az egészségbiztosítás keretében díjmentesen igénybe, ha egészségi állapota miatt – a

---

18

[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/lakossagnak/ellatas\\_magyarorszagon/egeszsegugyi\\_ellatasok](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok) (2020.10.27.)

kórházba utalás, vagy a további ott tartózkodás helyett – a házi orvos az otthoni szakápolás szolgáltatást elrendeli.

Legfeljebb 14 vizitet rendelhet el a kezelő orvos, de ismételt orvosi vizsgálatot követően további három alkalommal, vagyis egy éven belül összesen 56 vizit vehető igénybe.

Az Egészségbiztosítási Alapból való támogatás további feltétele, hogy az ellátást az egészségbiztosítóval a feladat ellátására szerződött szakápolási szolgáltató a szerződésében meghatározott ellátási területen, az otthoni szakápolás igénybevételére jogosult személy otthonában nyújtsa.

Az otthoni szakápolási szolgáltatók a finanszírozási szerződésekben rögzített keret mértékéig területi ellátási kötelezettséggel működnek.

A szolgáltatás alapvető feladata a kórházak ágyfelhasználási költségeinek csökkentése, a járóbeteg-szakellátás tehermentesítése, valamint az alapellátás szintjén a definitív ellátás biztosítása.

### **Hospice ellátás**

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és a Magyar Hospice-palliatív Egyesület adatai alapján 2018-ban 91 betegellátó intézmény és otthoni szolgálat végzett hospice tevékenységet az alábbi szervezeti megosztásban:

- 20 fekvőbeteg-ellátó intézmény (319 ágy)
- 64 otthoni ellátást végző csoport
- 3 hospice mobil team
- palliatív járóbeteg-ellátás 4 intézményben

A NEAK adatai alapján 2018-ban 10 391 hospice beteget láttak el az intézményi és otthoni szolgáltatók (ebből 3 498 az intézményi és 6 203 az otthoni beteg, a többiek pedig a mobil csapatok és az ambuláns szolgálatok látták el). A hospice ellátásba elsősorban daganatos betegek kerülhetnek, arányuk az elmúlt években 80-90% volt.<sup>19</sup> A palliatív ellátások esetében a jogosultság nincs diagnózishoz kötve, de a daganatos betegek túlsúlya itt is érvényesül. Magyarországon egy adott évben a meghaltak 31-83%-ánál valószínűsíthető palliatív ellátási igény. 2017-ben a daganatos betegségben meghaltak negyede, az összes meghalt beteg 7%-a részesült hospice-ellátásban.

A hospice alapvető szervezeti formái Magyarországon:

1. intézeti betegellátás:
  - a. hospice otthon: önálló bent fekvő részleg vagy osztály. Gyermek hospice ház egy üzemel az országban, országos lefedettség jelenleg még nincs;
  - b. hospice palliatív részleg: kórházi bent fekvő részleg vagy osztály (országos lefedettség, speciális gyermekellátásnak jelenleg még nem adottak a feltételei)

<sup>19</sup> <https://hospice.hu/hospice-jelentesek>

2. hospice otthoni szakellátás: 64 szolgáltató által nyújtott szolgáltatás, gyermekellátás jelenleg csak Budapesten és Pécsen érhető el;
3. átmeneti szervezeti formák és ellátás típusok: pl.: ambuláns gondozás, kórházi konzultatív csoport (mobil team) a kórházi ellátásba integrálva. Ezen ellátási formák finanszírozása jelenleg még nem megoldott.

A jelenleg működő és a még hiányzó ellátási formákat az alábbi táblázat – pirossal a még hiányzó ellátási formákat – mutatja be.

Ellátási formák	Felnőtt	Gyermek
<b>Intézeti hospice</b>	palliatív mobil csoport hospice (krónikus) osztály <b>aktív palliatív terápiás osztály vagy részleg</b>	<b>palliatív mobil csoport</b> hospice (terápiás) osztály / hospice-ház
<b>Járóbeteg szakellátás</b>	<b>palliatív járóbeteg szakellátás</b>	<b>palliatív járóbeteg szakellátás</b>
<b>Nappali hospice ellátás</b>	<b>nappali palliatív ellátás</b>	<b>nappali palliatív ellátás</b>
<b>Otthoni hospice</b>	otthoni hospice szakellátás	otthoni hospice szakellátás

Az otthoni hospice ellátás keretében ellátható feladatokat az *otthoni szakápolási tevékenységről* szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1A. számú melléklete tartalmazza. Az ilyen feladatok finanszírozásáról pedig a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól rendelkezik.

Az otthoni szakápolás abban az esetben vehető igénybe, ha a beteg egészségi állapota – orvosi végzettséghez nem kötött – kórházi ápolást igényelne, de azt helyettesíteni lehet az otthoni szakápolás körében nyújtható ellátásokból összeállított kezeléssel.

Az otthoni hospice ellátás az otthoni viziten túl folyamatos rendelkezésre állást is jelent. Az otthoni szakápolás szolgáltatást saját kezdeményezésére vagy kezelőorvos javaslatára a házi orvos rendeli el. Ennek nyomán a szolgáltató és a NEAK között finanszírozási szerződés jön létre. Az otthoni szakápolási szolgáltatók a finanszírozási szerződésekben rögzített keret mértékéig területi ellátási kötelezettséggel működnek. Otthoni hospice ellátás legfeljebb 50 napra rendelhető el, amely ismételt orvosi vizsgálat alapján további két alkalommal megismételhető.

Az otthoni hospice ellátás része a szociális ellátás szervezése, ami kiterjed az önkormányzatok, egyházi és civil szervezetek stb. által nyújtott házi segítségnyújtás és egyéb gondozási szolgáltatások bevonására is.

#### **Intézeti hospice ellátás igénybevételének folyamata**

Intézeti hospice ellátásba az a beteg kerül, akinek az otthoni hospice ellátása nem megoldott, illetve a szükségletek, igények fokozódásával a család, a beteg ezt az ellátási

formát igényli. A legtöbb hospice osztály előjegyzési rendszer alapján működik, ami a beteg, család, szakorvos és családorvos által kitöltött felvételi kérelmi lap beadása alapján történik. Az intézeti hospice ellátás ápolási időtartamát az intézmények saját belső szabályzatuk alapján határozzák meg, de általában nem haladhatja meg a 3 hónapot. A kórházi osztályról való felvétel esetében a zárójelentés, otthonából való felvétel esetében a családorvosi beutaló szükséges.

#### **Klinikai Palliatív Konzultációs Mobil Team igénybevételének folyamata**

Kórházon belül nyújtott szakellátás, amelynek célja a különböző osztályokon kezelt, előrehaladott állapotú betegek ellátásának segítése, a palliatív ellátási szempontok érvényesítése. Szakmai segítséget nyújt a terminális állapotú, elsősorban daganatos betegeknek és családtagjaiknak erre kiképzett, interdiszciplináris csoport segítségével, valamint szakmai, konzultatív segítséget nyújt a kórház szakembereinek. A mobil team konzultációkérés alapján működik.

### **2.3. Stratégiai területre ható főbb folyamatok, trendek**

#### **2.3.1. Európai trendek a tartós ápolás területén**

Az Európai Uniónak jelentős demográfiai változásokkal kell szembenéznie a hosszabb és egészségesebb életet élők számának növekedése és alacsonyabb születési arányszámok miatt. Az Európai Szociálpolitikai Hálózat (ESPN) 35 tagország bevonásával készített tanulmányában az alábbi megállapításokra hívta fel a figyelmet.

#### **Intézményközi és területi széttagoltság**

A legtöbb tagországban az idősek számára nyújtott tartós ápolás-gondozás a szociálpolitika részét képezi. Sok országra jellemző, hogy nincs megfelelő szintű koordináció az egészségügyi és szociális ellátórendszer között. Az ellátásokhoz történő hozzáférést nagyban befolyásolják az intézményi kapacitások, valamint a helyi és regionális különbségek. Általában az egészségügyi rendszer felelős az egészségügyi szakemberek által nyújtott LTC szolgáltatásokért, miközben a gondozottak ellátását a hétköznapiakban jelentős mértékben a szociális szektor szervezi.

#### **Az otthoni gondozás prioritása**

Sok országban az idős ember saját otthonában történő ellátása elsőbbséget élvez a bentlakásos ellátással szemben. Cél, hogy az idősek otthonukban önálló életet élhessenek, fizikai és mentális állapotuk a lehető legtovább megmaradjon. Mindemellert az idősek otthoni ápolásával kapcsolatos szolgáltatások fejletlenek. Sajnos ez a megállapítás több országban az idősek bentlakásos intézményi ellátására is igaz. Az otthoni gondozás és a közösségi alapú ellátás prioritásának egyik következménye volt, hogy Európában az elmúlt 25 évben csökken a bentlakásos ellátás elérhetősége.

Általában a tagállamokban a szolgáltatás iránti kereslet meghaladja a kínálatot s csak a magán szektor bevonásával, illetve az indokoltnál hosszabb kórházi tartózkodással sikerül több-kevesebb sikerrel kezelniük a helyzetet.

**A tartós ápolás minősége**

A tartós ápolás minősége mind a bentlakásos, mind az otthoni gondozásban kulcsfontosságú az idősök életminőségének szempontjából. A tagországok emiatt minden szolgáltató számára követelményeket fogalmaztak meg, akkreditációt és nyilvántartási rendszereket vezettek be. Az ellátás minőségét általában felhasználói elégedettségméréssel, helyszíni auditokkal kontrollálják. Ez a megoldás kevésbé alkalmazható az otthoni ápolásban.

**Az informális gondozás**

Az EU összes tagországában magas az informális gondozás aránya. Ennek oka a bentlakásos intézmények elégtelen kapacitásában, az általuk nyújtott szolgáltatások színvonalában, magas költségeiben, a professzionális gondozást nyújtó szakemberek számának csökkenésében és a család tradicionális támogató szerepében keresendő.

Az elmúlt 10 évben a tagországok számos reformot hajtottak végre a tartós ápolás-gondozás területén, amelyekben három fő irány figyelhető meg:

- az ellátási formák arányai a bentlakásos ellátástól az otthoni gondozás és a közösségi gondozás felé mozdult el **összhangban a CRPD elvárásaival,**
- az ellátórendszer pénzügyi fenntarthatóságáért plusz források bevonására került sor,
- az informális, non-formális gondozók tevékenységének támogatása előtérbe került.

**Hazánkban az ápolási díj mértéke az elmúlt években az éves költségvetés függvényében folyamatosan növekedett, (2019-ben 15 %-kal, 2020 és 2022 között évente 5 %-kal, 2023-ban 5,2 %-kal), mértékének felülvizsgálata folyamatos, figyelembe véve a tartós ápolás és gondozás terén jelentkező igényeket, valamint kiemelt hangsúly helyeződik az „ápoló családtag modell” bevezetésével összefüggésben, a feladatellátásban résztvevő családtagok támogatásának egyenlő elismerésére. Hosszútávon fontos cél az informális gondozók elismerésének növelése.**

**2.4. Szabályozási környezet**Törvényi szabályozások

- Magyarország Alaptörvénye
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

Kormányrendeletek

- 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról

- 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet a pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól

#### Miniszteri rendeletek

- 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről
- 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól
- 66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozó által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek felelősségi, szakmai, szakképesítési és szakképzettségi feltételeiről
- 22/2012 (IX.14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről
- 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről

#### EU ajánlások, rendeletek, egyezmények

- Európai Unió Alapjogi Charta
- Fogyatékossgal Élő Személyek Jogairól szóló ENSZ Egyezmény
- Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról
- A Bizottság 2008/867/EK ajánlása a munkaerőpiacról kiszorultak aktív befogadásának elősegítéséről

## **2.5. Tartós ápolásra vonatkozó stratégia előzményei és tapasztalatai**

A **Svájci Hozzájárulás** keretében megvalósuló, „Egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” című, SH/8/1 azonosító számú projektben induló, WP-02 munkacsomag „A szociális és egészségügyi ellátás kapcsolatrendszerének felülvizsgálata” című kutatás tekintette át a két ágazat által nyújtott – az idősök ellátására irányuló – szolgáltatások körét.

A demográfiai trendekre, a szemlélet és az ellátási igények változására figyelemmel a dokumentum javaslatot fogalmazott meg egy új szolgáltatási elem kialakítására a

szakápolási központok létrehozására. Ezen szakápolást nyújtó komplex ellátási forma az ellátórendszer struktúrájába az egészségügyi és a szociális ellátás közé épülhetne be. A szakápolásra szoruló igényeinek kielégítésére szolgáló ellátás a jelenlegi szociális ápoló-gondozó otthon, valamint a jelenlegi egészségügyi krónikus szakellátás közötti „határterületen” tölthetné be funkcióját.

A kutatásban az alábbi ellátások áttekintésére és elemzésére került sor: szociális alapszolgáltatások (házi segítségnyújtás), szociális szakszolgáltatások (idősek otthona, időskorúak gondozóháza), egészségügyi alapellátás (háziorvosi ellátás), egészségügyi szakellátás (krónikus belgyógyászati ellátás, ápolás, otthoni szakápolás).

A javaslat a folyamatos orvosi ellátást is igénylő – a krónikus belgyógyászati kapacitásokon ellátott, főként geriátriai – betegek ellátását a krónikus geriátriai kapacitáson kívánná megoldani, a krónikus belgyógyászati osztályokhoz kapcsolódóan fenntartott nappali kórházi kapacitások megszüntetése mellett. A javaslat alapján bizonyos krónikus belgyógyászati kapacitások átcsoportosíthatóvá válhatnak, míg a többi krónikus belgyógyászati és ápolási kapacitás megszűnhetnek, biztosítva ezzel az egészségügyi ellátásra fordítható források hatékony felhasználását.

A tanulmány a strukturális kérdéseken kívül a finanszírozás kérdését is vizsgálta. Egyértelműen megállapította, hogy jelentős mennyiségű forrásbevonására van szükség a rendszer hatékonyságának fejlesztéséhez.

A javaslat 12 ezer új intézményi férőhely kialakítását irányozza elő, viszont nem foglalkozott kellő mértékben az informális és a non-formális ápolás szerepével.

A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény (a továbbiakban: CRPD) 19. cikke elismeri a fogyatékossgal élő személyek egyenlő jogát az önálló életvitelhez és a közösségbe való befogadáshoz, valamint az életvitelük megválasztásához és irányításához fűződő szabadságukat. Biztosítania kell a fogyatékossgal élő személyek azon jogát, hogy önállóan éljenek a közösségben, és a többi állampolgárhoz hasonlóan gyakorolják döntési jogukat, különösen abban a kérdésben, hogy hol és kivel szeretnének élni. Biztosítania kell továbbá, hogy a fogyatékossgal élő személyek hozzáférjenek a közösségben mindenki számára elérhető szolgáltatásokhoz.

Az **Országos Fogyatékossgügy Program**, **összhangban a CRPD-vel**, kiemeli a tartós ápolásra-gondozásra szoruló akadályozottsággal élő személyek otthoni környezetben való ellátásának előnyeit. Megállapítja, hogy mind az egyén, mind pedig a társadalom számára kedvezőbb ellátási forma, mint az intézményi ellátás. Javaslatot fogalmaz meg az ilyen típusú szolgáltatások, ellátások területi lefedettségének felülvizsgálatára, a fogyatékos személyeket támogató szociális szolgáltatások egyenletes bővítésére, racionalizálására, a helyi ellátórendszerek fejlesztésére. Felhívja a figyelmet, hogy kiemelt helyet kell kapniuk a személyi segítség különböző formáinak, amelyek az önrendelkező, független, önálló életvitel elérését segítik. A javaslat alapján, ehhez szükség van a szociális szakemberek képzésére, a fogyatékos gyermeket vagy felnőttet nevelő, ápoló hozzátartozók kiegészének megelőzését célzó programokra.

A fogyatékos személyek demográfiai összetételére jellemző, hogy közöttük jelentősebb számban vannak időskorúak, ezért ágazatközi együttműködések útján szükséges

áttekinteni az időskorú fogyatékos személyek ápolásával, gondozásával kapcsolatos stratégiai feladatokat.

Az **Idősügyi Nemzeti Stratégia** szintén felhívja a figyelmet a szociális és egészségügyi ellátórendszer átfedéseire, arra, hogy a tartalmában hasonló ápolási feladatok jelenleg két eltérő ágazati logikába ágyazottan, eltérő minimumfeltételek, protokollok, beutalási rend és finanszírozási filozófia szerint valósulnak meg. Ezt az Állami Számvevőszék 28820. számú jelentése is megerősítette.

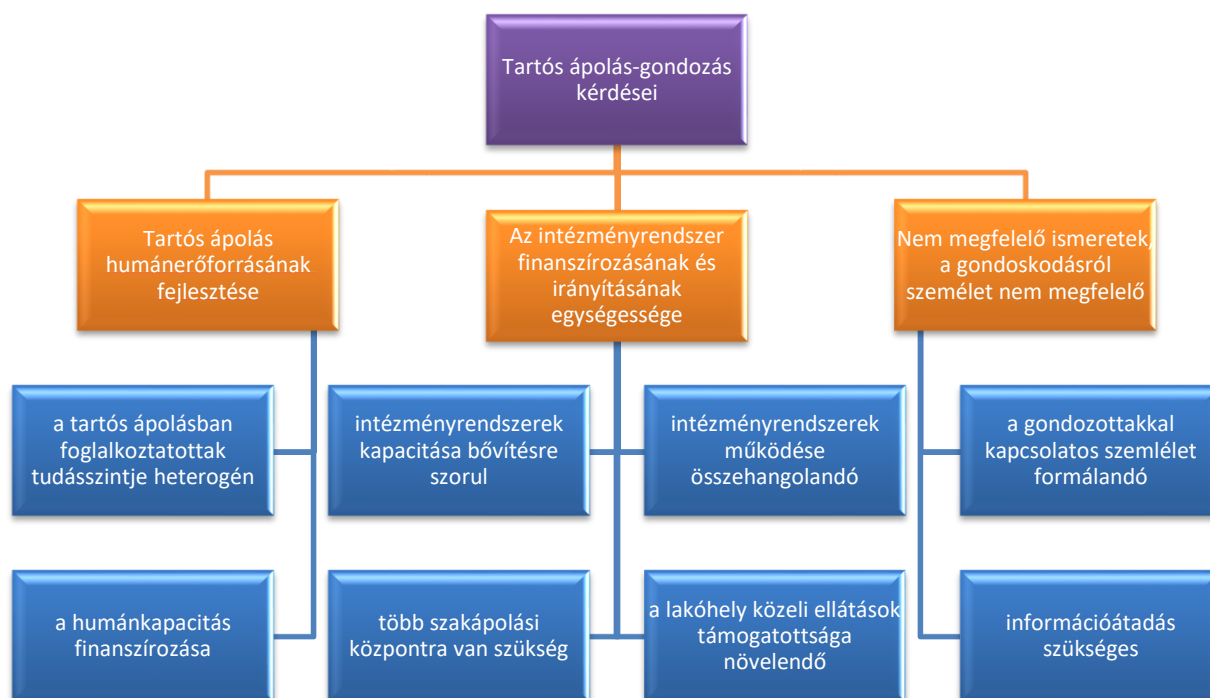
Megállapítja, hogy az egészségügyi rendszerben megnövekedett a krónikus kórházi ágyak száma, működtetésük drágább, mint a tartós bentlakást vagy az átmeneti gondozást nyújtó intézményeké. Bár a hosszabb idejű ápolást szolgálják, de a rehabilitációt nem tudják elvégezni.

A dokumentum felhívja a figyelmet, hogy az ellátások igénybevételekor egyirányúság mutatkozik. Az ellátási igény a tartós bentlakásos intézmények felé sodorja az időseket, hiányzik a rehabilitáció és/vagy az otthon-közeli megbízható ellátáshoz való hozzáférés. Az ápolási-gondozási feladatok nem épülnek egymásra, az ápolással-gondozással foglalkozó szakemberek széttagoltan, többféle forrásból finanszírozva, eltérő szakmai színvonalon és különböző szervezetekben, sokszor párhuzamosan és összehangolatlanul végzik munkájukat. Az alapellátás szolgáltatásai nem igazodnak a nagyon differenciált egyéni szükségletekhez.



## 2.6. Következtetések

### A tartós ápolással és gondozással kapcsolatos kérdések csoportosítása



#### Tartós ápolás humánerőforrás kérdései

A tartós ápolásban foglalkoztatottak felkészültsége igen heterogén, széttagolt. Több közép- és felsőfokú végzettségű szakemberre lenne szükség, és az eredményesség érdekében a rendszer koordinációjához szükséges végzettséggel rendelkező szakemberek számát is érdemes növelni.

#### A kapacitás finanszírozása

A szociális területen gyakori a pályaelhagyás, illetve egyre kevesebben jelentkeznek szociális szakképzésre. A jelentkezők számának csökkenése és a **humán erőforrás megtartása érdekében** támogató programokat kell kidolgozni.

#### Az intézményrendszerek kapacitásának növelése

A tartós ápolásban-gondozásban foglalkoztatottak számát növelni szükséges.

Az idősök otthonába elhelyezésüket kérők között, valamint az ellátottak között is növekszik a középsúlyos vagy súlyos demenciával élő idősök aránya, akik gondozása speciális ellátást igényel. A demenciával élők speciális célcsoportjának ellátására a működtetéshez szükséges pénzügyi ösztönzöt beépítettük a költségvetési törvénybe, az újonnan kialakítandó személyi és tárgyi feltételekhez forrás biztosítására lehet szükség. Az elmúlt tíz évben **12%**-kal nőtt az idősök bentlakásos intézményben történő elhelyezésének aránya. A szám adatok azt mutatják, hogy mára **6 943** férőhellyel több férőhely áll rendelkezésre, mint 2010-ben.<sup>20</sup>

#### A szakápolási központok

<sup>20</sup> KSH OSAP adatszolgáltatás 2010. év; **2023.év**

A Kormány döntött a jogszabályi háttér megalkotásáról, így a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendeletben 2018. január 1-jével meghatároztuk a szakápolást is nyújtó idősök otthona (a továbbiakban: szakápolási központ) igénybevételének feltételeit, a szolgáltatásnyújtás tárgyi és személyi feltételeit, valamint ebben az ellátási formában nyújtandó szolgáltatásokat.

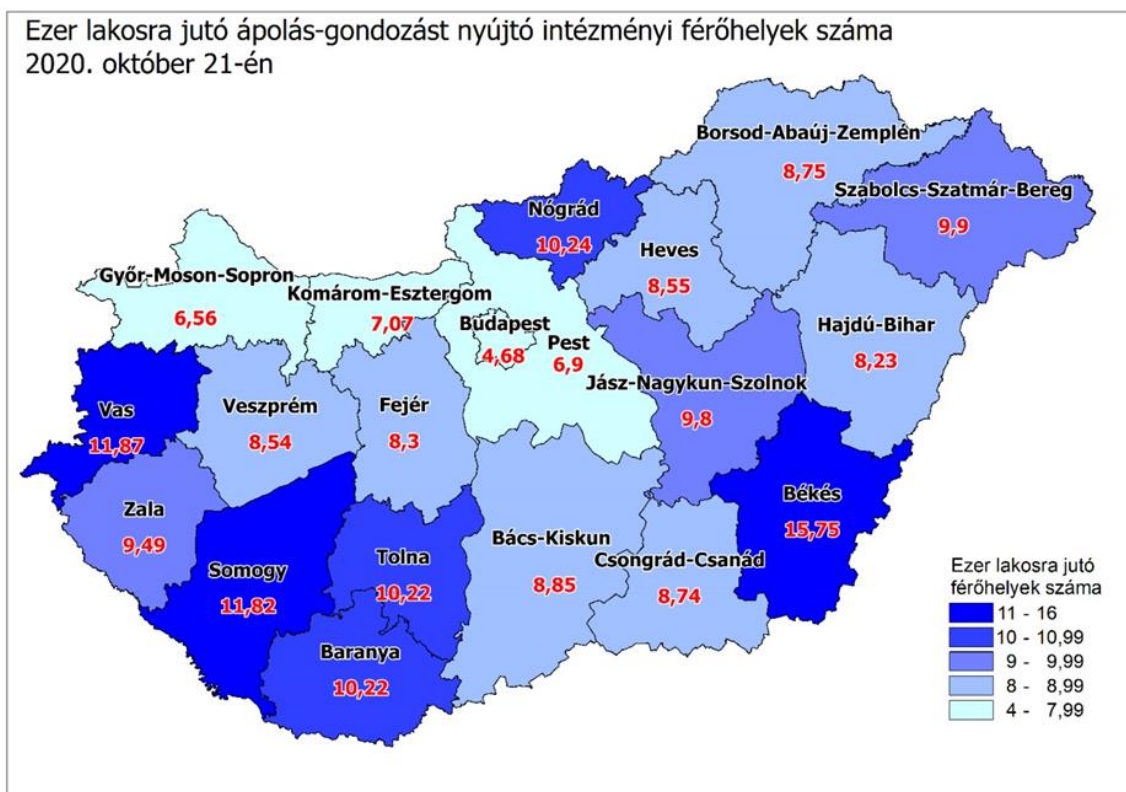
A törvény szerint tehát szakápolási központ a szakápolást is nyújtó idősök otthona, ahol az idősotthoni ellátásra gondozási szükséglettel rendelkező és betegségéből adódóan szakápolást igénylő, de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szoruló idősöket látják el.

### **Az intézmény-rendszerek működése**

Noha az ápolás, gondozás valamennyi eleme megtalálható a hazai egészségügyi és szociális szolgáltatások között, azonban ezek nem képeznek egységes rendszert sem irányítás, sem finanszírozás, sem az ellátás tekintetében. **A hatályos szabályozásban nagyon sok a két terület közötti átfedés, párhuzamosság. A tartalmilag hasonló feladatok jelenleg két ellátási rendszerben szervezve (egészségügyi kompetencia és szociális kompetencia), eltérő hozzáférési rend és finanszírozási szabályok szerint valósulnak meg. A különbség azonban az, hogy amíg a szociális intézmény teljes ellátást - fizikai, mentális és egészségügyi gondoskodást - nyújt lakóinak, emellett személyes igényeiknek megfelelően otthonjellegű biztosit számukra, addig az egészségügyi intézményei kizárólag medikális szolgáltatást tudnak nyújtani.**

**A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézetek általi szolgáltatások tapasztalatai megmutatták, hogy az ápolási osztályokon a tartós ápolást igénylő betegek ellátására szociális indikáció miatt kerül sor. Ennek okán cél az adott intézetekben a tartós ápolást nyújtó kapacitás bővítése.**

**Ugyanakkor jelenleg 381 bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézmény rendelkezik szakápolási szolgáltatásra vonatkozó egészségügyi engedéllyel, mindegyikük NEAK finanszírozás nélkül látja el a feladatot.**



A Magyarországi Evangélikus Egyház Szociális Egyházi Módszertana által 2018-ban (Szakápolás jelene a bentlakásos ellátásban, avagy felkészülés egy „társadalmi kihívásra”) készített tanulmányban a tanulmány készítői kifejtették, hogy amíg a szociális intézményekben erőteljesen megjelennek a szociális szükségletek kielégítése mellett a szakápolási igények kielégítésének formái, addig a krónikus egészségügyi férőhelyeken alig jellemző, hogy foglalkoznának a szociális szükségletekkel.

Az ellátottakra jellemző betegségtípusok BNO szerinti áttekintése során a szociális intézményekben a legnagyobb gyakorisággal a mentális és viselkedési zavarok (Demencia, Alzheimer-kór) betegsége, az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségei (Diabetes, volumenhiány), a keringési rendszer betegségei (magas vérnyomás betegség, stroke, idült iszkémiás szívbetegség és az agyi infarktus következményei), a légzőrendszer betegségei, a decubitus fekély, illetve az időskori inkontinencia kapcsán merülnek fel szakápolási feladatok. A tartós ápolást igénylő betegek ellátásában, irányításában célszerű lenne a szakmai kultúra és finanszírozás további egységesítése. A jelen rendszerben a funkciók összemosódása végett gyakori, hogy az alacsonyabb progresszivitási ellátási igénnyel rendelkező állapotok esetén is magasabb progresszivitási szintet vesznek igénybe.

### A lakóhely közeli ellátások támogatottsága további fejlesztést igényel<sup>21</sup>

<sup>21</sup> EFOP-1.9.4-VEKOP-16-2016-00001 „A SZOCIÁLIS ÁGAZAT MÓDSZERTANI ÉS INFORMÁCIÓS RENDSZEREINEK MEGÚJÍTÁSA” C. KIEMELT PROJEKT keretében, a „Demenciával élők és családtagjaik életminőségének vizsgálata” című kutatás, Készítette: PSYMA-Hungary Kft. 2021. A kutatás egy helyzetfelmérés arról, hogy milyen anyagi, szociális, betegápolási, támogatási stb. körülmények között élnek az érintett családok, illetve egyben egy szükségletfelmérés arról, hogy az otthoni ápolásban az érintetteknek milyen segítségre volna szükségük, milyen igényeket, elvárásokat fogalmaznak meg ezzel kapcsolatban.

A gondozási szükséglet folyamatosan nő Magyarországon. A 65 év feletti korosztály létszáma 1,8 millió fő, közülük 1,3 millió fő él valamilyen korlátozottsággal. Lakóhely közeli ellátás (házi segítségnyújtás) azonban a korcsoport számára csupán 7%-ban elérhető. A lakóhely közeli ellátások az intézményi ellátáshoz **hasonlóan fejlesztésre szorulnak.**

**A gondozottakkal kapcsolatos szemléletben erősíteni szükséges a törvényben rögzített, gyermekek szülők iránti gondozási kötelezettségét.**

A European Social Survey 7., 2014-es felmérése alapján (22 ország, 28 ezres minta) az Unió országaiban átlagosan a felnőtt népesség 34%-a gondoz otthon idős hozzátartozót, ezen belül a magyar adatok a legalacsonyabbak: 8,2%. Az idősök gondozásával kapcsolatos szerepeltvárások, attitűdök generációs változáson mennek keresztül. A különböző korcsoportok eltérően vélekednek a rászorultak gondozásáról. A 34 év alatti korosztály ért egyet legkevésbé azzal, hogy a felnőtt gyerekek kötelessége lenne gondoskodni az idős szüleikről. 2016-hoz képest ez 2018-ra egy 10%-os csökkenést jelent.

**A rendszer működésével kapcsolatos információk hiányosak**

Egyes szociális alapszolgáltatások közül az étkeztetés és a házi segítségnyújtás minden települési önkormányzat számára kötelezően ellátandó feladat, a többi alapszolgáltatás a lakosság számhoz kötött. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés minél nagyobb egyenlőségét szem előtt tartva cél az információhiány további mérséklése, vagyis, hogy az idősök minél nagyobb mértékben tudjanak tájékozódni arról, hogy milyen ellátásokra jogosultak, továbbá a körülbelül 400-500 ezer fő felnőtt családtagot gondozók közül minél nagyobb mértékben kapjanak alanyi jogú ápolási díjat. Mindez tovább növeli az érintettek ellátásra való jogosultsággal kapcsolatos tájékozottságát.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Gyarmati Andrea: Idősödés, idősellátás Magyarországon. Helyzetkép és problémák. 2019 április

### 3. SWOT-elemzés

#### Erősségek

- működő, finanszírozott otthoni és intézményi ellátó hálózat
- országos lefedettség
- megfelelő képzési rendszer
- az ellátásban alkalmazott szakemberek elkötelezettség
- az informális ápolás finanszírozott (ápolási díj, GYOD)

#### Lehetőségek

- szakápolási központok működtetése
- a non-formális ellátók bevonása az otthoni ellátásba
- a tartós szakápolási feladat szakápolási központokban a szociális ágazatban kerül ellátásra
- az intézményi ellátásról az otthoni ellátásra kerül a hangsúly
- finanszírozás és kapacitás bővítés

#### Gyengeségek

- az ellátórendszer humán-erőforrása
- nem megfelelő a koordináció az ellátásban érdekelt ágazatok között
- az ellátás kapacitása és forráshiánya
- ellátásokhoz történő hozzáférés területi egyenlőtlensége
- a tartós ápolás-gondozással kapcsolatos attitűd
- tájékozottság az ellátási lehetőségekről

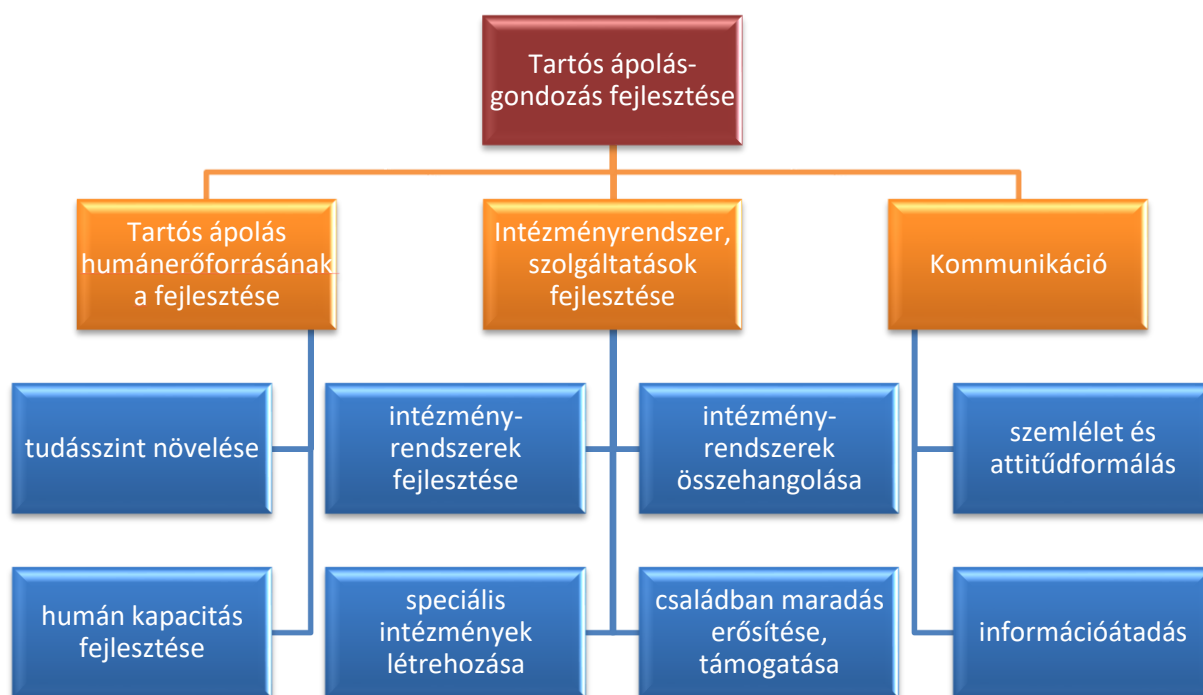
#### Veszélyek

- szükségletek kezelése
- az idősek ellátása növekvő terheket fog jelenteni az ellátórendszer és a lakosság számára

## 4. Jövőkép, célok, feladatok

### 4.1. Célfá

A tartós ápolás-gondozás fejlesztését három fő pillér és nyolc cél rövid, közép és hosszú távú tervezés mentén kívánjuk elérni.



### 4.2. Tartós ápolás-gondozás humán erőforrásának a fejlesztése

A tartós ápolás-gondozás élő munka igényes tevékenység, melynek hatékonysága nagy mértékben függ az ellátórendszerben foglalkoztatott szakemberek felkészültségétől és elhivatottságától. Ezért kiemelt jelentőségű az egészségügyi szakdolgozók képzése is, tekintettel arra, hogy a közép- és felsőfokú végzettségű ápolók, illetve más paramedikális szakmai művelői is bekapcsolódhatnak a tartós ápolás-gondozásba. A tartós ápolás, gondozás területén a biztonságos, eredményes és hatékony munkavégzés csak akkor valósítható meg, ha stratégiai kérdésnek tekintjük a megfelelő számú és tudású emberi erőforrás rendelkezésre állását a változó összetételű és nagyságú betegellátás professzionális kielégítéséhez, valamint az ápolói munkaterhelés hatékony együttes kezelését priorizáljuk. A biztonságos szolgáltatás a humán erőforrás szempontjából azt jelenti, hogy

- megfelelő számú személyzet,
- megfelelő összetételű készségszinttel,
- folyamatosan rendelkezésre álljon, hogy
- a betegek szükségleteinek ellátását, és
- minimális kockázatú munkafeltételeket tartson fenn.

## Cél-eszköz mátrix

Célok	Eszközök	I	T
A formális és non-formális gondozást-ápolást nyújtó személyek esetében releváns, naprakész, gyakorlatban jól alkalmazható ismeretek szükségesek.	(tovább)képzési modul kialakítása	R	F
	oktatók felkészítése	K	Sz
	tananyagok felülvizsgálata	K	F
	oktatáshoz szükséges eszközök biztosítása	K	P
	hospice-palliatív ismeretek beépítése az orvos- és szakorvosképzésbe	K	F
	szakirányú továbbképzés kialakítása	K	F
	ösztöndíj programok bevezetése	H	P
	a non-formális ellátók számára oktatási programok kialakítása	R	F
A non-formális és formális gondozási/ápolási tevékenység ellátásának vonzóvá tétele érdekében megfelelő mennyiségű és minőségű humán kapacitás biztosítása szükséges.	ápoló családtag - modell kialakítása	K	K
	bemutató online felülettel, call-center létrehozása	K	Sz
	online csoportok- és esetmegbeszélések, szupervíziók bevezetése	H	Sz
	lakhatási programok kialakítása	H	P

I-idősáv: R- rövid távú, K - Középtávú, H - hosszútávú célok és feladatok

T- tipizálás: Sz -szervezési, K- közpolitikai, P- fiskális, F-fejlesztés dominancia

## 4.2.1.A tartós ápolásban-gondozásban közreműködők tudásszintjének növelése

**Cél: A formális és non-formális gondozást/ápolást nyújtó személyek esetében releváns, naprakész, gyakorlatban jól alkalmazható ismeretek szükségesek.**

A célt formális és non-formális oktatás eszközeivel kívánjuk elérni.

**Formális oktatás**

Tartós ápolási-gondozási **(tovább)képzési modult kívánunk kialakítani**, amelyet beépítünk a szociális és egészségügyi szakemberek képzési programjaiba, amelyen már végzettséggel rendelkező szakemberek is részt vehetnek. A képzési modult gyakorlati ismeretekre és az intézményrendszer szükségleteire épülő, a változásokat lekövető tanulási eredmény alapú (learning outcome) módszertan alapján szükséges kialakítani. A program sikeréhez elengedhetetlen

- az új szemléletű és tartalmú tananyagot közvetítő **oktatók felkészítése** (képzők képzése),
- a jelenleg oktatott **tananyagok felülvizsgálata**, aktualizálása, hiányzó tananyagok elkészítése, tartós ápolás-gondozás körébe tartozó alaptervékenységekre vonatkozó irányelvek kidolgozása,
- az **oktatáshoz szükséges eszközállomány** beszerzése (pl. demonstrációs, informatikai és egyéb segédeszközök stb.),
- a kiegészítő képzések, hospice ellátással kapcsolatos ismeretek (továbbképzések) kötelező szakmacsoportos **továbbképzésbe** történő

integrálása, amit a szociális és az egészségügyi szakemberek számára elérhetővé kell tenni

- a graduális **orvosképzésben szabadon választható kurzus**, illetve más kötelező tantárgyakban is meg kell jeleníteni (onkológia, családorvostan, orvosi kommunikáció)
- a **palliatív képzés a rezidensi törzsképzésben** szükséges beépíteni (40 óra)

Az ellátás biztonsága megköveteli, hogy az ellátásban megfelelő számú felsőfokú végzettségű egészségügyi és szociális szakember vegyen részt, amelynek megszerzését **ösztöndíj programokkal** (Michalicza- ösztöndíj rendszerhez hasonló módon) lehet támogatni. A feladat ellátása a BSc ápolók mellett az MSc és APN ápolók is bevonhatók.

#### **Non-formális oktatás**

Ahhoz, hogy a tartós ápolással-gondozással kapcsolatos ismeretek minél szélesebb körben (családtagok és önkéntesek) elterjedjenek, olyan **oktatási program** kialakítására és laikus gondozók számára iránymutatások elkészítésére van szükség, ami a non-formális segítők tevékenységét támogatja. A programot térítésmentes távoktatási és személyes részvételt igénylő, gyakorlati elemeket is tartalmazó, un. blended learning típusú képzés keretében kell elindítani, ami alkalmazkodik a felnőttek tanulási szokásaihoz. A képzés megszervezéséhez speciálisan felkészített **oktatókra, tananyagokra** van szükség.

#### **4.2.2.A humán kapacitás fejlesztése**

**Cél: A non-formális és formális gondozási/ápolási tevékenység ellátásának vonzóvá tétele érdekében megfelelő mennyiségű és minőségű humán kapacitás biztosítása szükséges.**

##### **Tudásszint növelése:**

A formális és non-formális gondozást/ápolást nyújtó személyek rendelkezzenek releváns, naprakész, gyakorlatban jól alkalmazható ismeretekkel:

##### **Személyes gondoskodást nyújtó szakemberek továbbképzése:**

- A megújult továbbképzési rendszer továbbfejlesztése.
- Új tananyagok kifejlesztése.
- Egészségügyi és szociális továbbképzési rendszer összehangolása a tartós ápolás területét érintő továbbképzési feladatokat érintően.
- Geriátriai szakápoló képzés megerősítése.

##### **Szakképzés továbbfejlesztése:**

- Az egészségügyi és szociális szakképzés közötti átjárhatóság megteremtése.
- Korábbi szakképesítéssel rendelkező szakemberek kiegészítő képzésének a megteremtése (OKJ előtti képesítéssel rendelkező szakemberek szakképzése).

##### **Személyes gondoskodást nyújtó szakemberek továbbképzése:**



A strukturálisan és tartalmi szempontból is megújult továbbképzési rendszer célja, hogy az ellátásban dolgozók számára modern szakmai elveken alapuló, hatékonyan alkalmazható tudást közvetítsen. Az általános, a speciális és módszer specifikus tudás közvetítése mellett az önismeret és a kompetencia fejlesztése is hangsúlyos a kialakított rendszerben. A kialakított továbbképzési rendszer három pillérré épül:

- Kötelező továbbképzés: olyan szakmai továbbképzés, amely a teljes ágazat tekintetében szükséges, lényeges alapkompentenciák fejlesztésére irányul.
- Munkakörhöz kötött továbbképzés: olyan szakmai továbbképzés, amely az adott munkakörhöz, illetve az adott munkakör esetében érintett ellátotti csoportokhoz kapcsolódó speciális, módszer specifikus ismeretek megszerzésére irányul.
- Választható továbbképzés: olyan szakmai továbbképzés, amely az egyéni érdeklődés figyelembevételével az önismeret, az egyéni kompetenciák, vagy egyéb speciális ismeretek megszerzését célozza.

A szociális és az egészségügyi továbbképzési rendszerek összehangolása:

- továbbképzési pontértékek ágazattól független elszámolhatóságának támogatása,
- ajánlások megfogalmazása az egészségügyi és szociális képzési programok módosítására.

### **A továbbképzési rendszerhez kapcsolódó feladatok**

Néhány munkakör esetében (szakápoló, vezető szakápoló) elmondható, hogy mind az egészségügyi, mind a szociális területen továbbképzési kötelezettséggel rendelkeznek az abban foglalkoztatottak. Ezekben a munkakörökben az egészségügyi szakdolgozók továbbképzési kötelezettségének teljesítése mellett a szociális ágazatban előírt továbbképzési kötelezettségnek részben kell megfelelni.

A tartós ápolásban foglalkoztatott valamennyi szociális szakember edukációja szükséges a szolgáltatás/intézményi ellátás holisztikus szemléletű szervezése okán, indokolt ezért a továbbképzési rendszerhez illeszkedő tartós ápolási/gonozási továbbképzési modul létrehozása és beépítése a személyes gondoskodást nyújtó szakemberek /ápoló, gonozó, terápiás munkatárs, szociális munkatárs/ képzési programjába.

### **Végzettségi szint növeléséhez szükséges intézkedések a szociális ágazatban**

#### **Felsőoktatási szakképzés:**

Szükséges kialakítani a szakképzésben megszerzett tudás elismerését és beszámítását a felsőoktatásban (BSc), ezzel motiválva a dolgozókat magasabb szintű tudás megszerzésére. A leendő hallgató a felvételi eljárásnál kapjon pluszpontot, míg a felsőfokú tanulmányok folytatásánál kreditpont beszámításával váljon a megszerzett tudás elismertté.

A duális képzés bevezetése a szakemberképzésbe a középfokú (szakmajegyzékbe tartozó képzések) és a felsőfokú (szociális munkás, szociálpedagógus) képzés esetén is változásokat hoz. A duális képzés kialakításával az együttműködő szociális intézmények munkavállalói lesznek a képzésben tanuló nappali tagozatos

hallgatók/tanulók, akiknek képzése részben az egyetemen/főiskolán/szakképző iskolákban, részben az intézményben történik. A duális képzés hallgatóinak képzését képzési támogatás kialakításával javasolt segíteni, úgy, hogy a támogatás közvetlenül a szociális intézményekhez kerüljön a hallgatók munkabérébe történő beépítés céljával. További előrelépést jelenthet, ha a duális képzésben tanuló munkavállaló beleszámít a szakmai létszámba, megteremtve ezzel az intézmény oldaláról is az érdekeltséget a hallgató/tanuló foglalkoztatására, mert e nélkül az intézmények dönthetnek úgy, hogy képzés nélküli dolgozókat alkalmaznak a szakmai munkakörökben.

#### **Középfokú szakképzés:**

A Kormány által elfogadott „Szakképzés 4.0” – középtávú szakmapolitikai stratégia egyik kiemelt fejlesztési területe az iskolai rendszerű szakképzés megújítása. Az Országos Képzési Jegyzékre épülő szakképzési rendszert kiveztettük, helyette egy racionalizált, új szakképesítéseket kínáló struktúrát vezettünk be.

A megújuló szakképzésnek köszönhetően kialakított képzések társadalomismeret, pszichológia, egészségügyi ismeretek, mentálhigiénével kapcsolatos tudást adnak, a képzések tanulási eredményei a személyes gondoskodást nyújtó szakemberek munkájához szükséges holisztikus szemléletet közvetítenek.

#### **Személyes támogatás**

A non-formális ellátás megerősítéséhez létre kívánjuk hozni az „**ápoló családtag – modellt**”, önkéntesek, kortárs önkéntesek segítők rendszerét, akiknek munkáját rendszeresen frissített továbbképzési anyagokkal és a jó gyakorlatok **bemutató online felülettel, call-centerrel** támogatjuk. Az élethelyzetek és a hozzá tartozó megoldások, lehetőségek bemutatásával, az ápolásra-gondozásra szorulóknak élethelyzetét szimuláló szemléletformáló tréningek szervezése, az otthoni ápolást/gondozást segítő technikai eszközök ismertebbé tétele nagymértékben javíthatja az ellátás színvonalát. A személyes és **online csoportok- és esetmegbeszélések, szupervíziók** segítséget nyújtanak a kiégés megelőzésében.

#### **Ösztönzők bevezetése**

A formális ápolásban, gondozásban résztvevők anyagi jellegű elismerése elengedhetetlen, ehhez

- **lakhatási programokat** kell kidolgozni a munkavállalók számára.

Át kell gondolni a non-formális ápolásban, gondozásban résztvevők anyagi és nem anyagi jellegű elismerésének lehetőségét, a felmerülő költségeik (pl. utazás, ruházat) kompenzálására.

#### **4.2.3. Ösztönzők rendszerének megerősítése**

**Ösztöndíjprogram bevezetése a közép és felsőfokú szociális szakképzésbe jelentkezőknek és hallgatóknak:**

Az ösztöndíj célja a szociális ágazat középfokú végzettséget adó és felsőoktatási képzésben résztvevő, nappali és levelező munkarendben tanulmányokat folytató hallgatók támogatása, elősegítve ezzel a magasan képzett, hivatástudattal és megfelelő

gyakorlati tapasztalattal, állam által elismert bizonyítvánnyal rendelkező, avagy BSc végzettségű szakdolgozók utánpótlását, továbbá motiválni őket a hivatásuk szerinti munkakörben, a hazai ellátórendszerben történő tartós elhelyezkedésre.

A munkakör betöltéséhez szükséges szakirányú szakképesítést adó végzettségek megszerzése, illetve szükséges a felsőfokú szociális képzés megszerzéséhez tanulmányokat folytató tanulók/hallgatók ösztöndíjjal történő támogatása. Az ösztöndíj abban az esetben jár, ha a kedvezményezett vállalja, hogy meghatározott ideig a szociális ellátórendszerben dolgozik.

A szociális dolgozók otthonteremtési és **lakhatási támogatási programjának** kialakítása:

A szociális intézmények dolgozóinak a megfizethető lakhatási lehetőségek kialakításához nővérszálló típusú lakhatási szolgáltatásra van szükség. Javasoljuk az albérleti támogatás rendszerének, valamint kedvezményes vagy kamatmentes munkáltatói kölcsön rendszerének kidolgozását az ágazat dolgozói részére. Központi alap létrehozása szükséges, amelyből a munkavállaló közvetlenül pályázhat az albérleti támogatásra, vagy kölcsönre, oly módon, hogy a támogatást bármely szociális szolgáltatónál fennálló munkaviszonya esetén fel tudja használni. A központi rendszer előnye, hogy munkahely váltás esetén sem kell adminisztratív kötelezettséget előírni, mert az ágazatban történő munkavégzéshez kapcsolódik a támogatás.

Szociális dolgozók társadalmi és ágazaton belüli erkölcsi megbecsülése:

- A szociális dolgozók „kiegésének” megakadályozását szolgáló programok bevezetése és alkalmazása intézményi szinten államilag támogatott módon.
- A szociális ágazatban dolgozók egészségvédelmének támogatása: komplex szűrőprogramok támogatása, ágazati rekreációs szabadság támogatása az ágazatban eltöltött idővel arányosan, ami 5 évente kötelező például egészségmegtartó, személyiség fejlesztő szolgáltatásban való részvétel teljesítésével valósul meg, térítésmentesen.

**Munkaruha biztosítása:**

Az indokolt munkakörökben szükséges meghatározni, hogy milyen mennyiségű és típusú munkaruhát kell biztosítani a foglalkoztatottak számára.

### 4.3. Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése

Az intézményrendszerek és a szolgáltatások összehangolása a működő képesség alapköve. Az egészségügyi és szociális rendszerben, az otthona és az intézmények között mozgó betegnek a szükségletének megfelelő ellátást kell nyújtani. Az alábbiakban a tervezett struktúrákat tekintjük át.

	Otthoni lakókörnyezetben nyújtott szolgáltatások	Intézményben vagy TL-ben nyújtott ellátás
	– Házi segítségnyújtás	– Ápolást, gondozást nyújtó intézmények

Szociális ellátások	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás</li> <li>– Támogató szolgálat</li> <li>– Nappali intézményi ellátások</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fogyatékos személyek lakóotthona</li> <li>– Támogatott lakhatás (TL)</li> </ul>
Egészségügyi ellátások	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Házi szakápolási szolgáltatások</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ápolási osztályok</li> </ul>

Hospice ellátás



A hospice ellátás jelenleg működő és még hiányzó ellátási formáit az alábbi táblázat - pirossal a még hiányzó ellátási formák - mutatja be.

Ellátási formák	Felnőtt	Gyermek
<b>Intézeti hospice</b>	palliatív mobil csoport hospice (krónikus) osztály <b>aktív palliatív terápiás osztály vagy részleg</b>	<b>palliatív mobil csoport hospice (terápiás) osztály / hospice-ház</b>
<b>Járóbeteg szakellátás</b>	<b>palliatív járóbeteg szakellátás</b>	<b>palliatív járóbeteg szakellátás</b>
<b>Nappali hospice ellátás</b>	<b>nappali palliatív ellátás</b>	<b>nappali palliatív ellátás</b>
<b>Otthoni hospice</b>	otthoni hospice szakellátás	otthoni hospice szakellátás

#### Cél-eszköz mátrix

Cél	Eszköz	I	T
A tartós gondozáshoz-ápoláshoz szükséges intézményi háttérrel az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és mennyiségben szükséges biztosítani.	hosszított nyitva tartás, hétfélig elérhetőség biztosítása	H	P
	szakápolási szolgálatok vizitszámainak emelése	H	P
	személyi segítség kapacitásának a bővítése	K	P
	demens tanácsadói hálózat kialakítása	H	P
	felmérés készítése a szükséges szolgáltatási kapacitások meghatározására	R	F
	szállítási szolgáltatás megszervezése demens személyek részére a nappali ellátáshoz való hozzáférés javításához	R	Sz
	férőhelyek bővítése a demenciával élők számára	K	P
	otthoni szakápolási szolgáltatások bővítése	H	P
	hajléktalan személyek egyéni igényeihez igazodó mentális támogatás	H	P
időotthoni férőhelyek bővítés	H	P	
támogatott lakhatások bővítése	H	P	

A különböző ellátási rendszerek átláthatóságát és átjárhatóságát javítani szükséges.	a tartós szakápolási feladat a kórházi ápolási feladatok átalakításával szakápolási központ formában működő idősek otthonaiban kerül ellátásra	R	F
	ambuláns rehabilitáció fejlesztése	K	F
Elérhetővé kell tenni a szakápolási központokban a tartós ápolás-gondozást az otthonukban nem ellátható célcsoportok számára.	szakápolási központok kialakításának támogatása	R	Sz
	a jelenleg szakápolásra egészségügyi engedéllyel rendelkező idősek otthonai finanszírozási helyzetének rendezése	R	F
	működési költségek biztosítása	H	P
	szakmai irányelvek kialakítása	H	F
	profil bővítés	K	Sz
A tartós ápolást-gondozást igénylők körében növelni szükséges az otthonukban elláthatók arányát a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének fejlesztése által.	eszközpark kölcsönzés	H	Sz
	a hozzátartozóját gondozó munkavállaló atipikus foglalkoztatása	H	P
	családok támogatási rendszerének bővítése	H	P

I-időszak: R- rövid távú, K - Középtávú, H - hosszútávú célok és feladatok

T- tipizálás: Sz -szervezési, K- közpolitikai, P- fiskális, F-fejlesztés dominancia

#### 4.3.1.Intézmény-rendszerek fejlesztése

**Cél: A tartós gondozáshoz-ápoláshoz szükséges intézményi háttérrel az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és mennyiségben szükséges biztosítani.**

Az otthoni lakókörnyezetben nyújtott ellátások erőteljes fejlesztése mellett szükség van a meglévő intézmények funkcióváltására és kapacitások optimalizálására.

##### **Otthon igénybe vehető alapszolgáltatások fejlesztése**

Legköltséghatékonyabb ellátás, ha a krónikus/tartós ápolásra szoruló betegeket és időseket minél hosszabb ideig az otthonukban segítjük hozzá a részleges vagy teljes önellátáshoz. Ebben az esetben a házi segítségnyújtás és az otthoni szakápolás közötti kapcsolat megerősítésére, koordinációjára van szükség.

A **vizitszámok bővítése**, a rugalmas vizitszámok kialakítása lehetőséget jelentene az aktív betegek ellátása mellett a tartós ápolásra szoruló betegek rehabilitációjára is, ami a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet módosítását igényli.

Ahhoz, hogy az otthoni ellátás dominánssá váljon, meg kell erősíteni a szociális alapszolgáltatások mennyiségét és minőségét. Ehhez:

- A szociális alapszolgáltatások kapacitásainak bővítése, új alapszolgáltatások létrehozásának támogatásával, a meglévő szolgáltatások kapacitásának bővítésével.
- A házi segítségnyújtás kiterjesztése a napi több órában történő gondozás, illetve felügyelet irányába.
- Az alapszolgáltatások (házi segítségnyújtás, nappali ellátások, támogató szolgálat) hosszított és hétvégi nyitva tartásának ösztönzése a gondozó családtag munkavállalásának elősegítése, valamint fizikális vagy mentális feltöltődése, továbbá a fogyatékos személy közösségi életének javítása, izolációjának csökkentésére.
- Demenciával élő idősök esetében a nappali ellátás és a házi segítségnyújtás ugyanazon a napon való igénybevételének és állami támogatásának lehetővé tétele.
- A demenciával élő személyek speciális szállítási szolgáltatásának a megszervezése a családok erősítése, és a gondozó családtag munkaerő-piaci jelenlétének az elősegítése.
- Demenciával élő személyek és hozzátartozóik segítéséhez speciális tanácsadási és ellátás szervezési támogatás kialakítása (demens tanácsadó hálózat).

#### **Intézményekben igénybe vehető szakellátások fejlesztése**

Az intézményi ellátást az alábbi feladatok végrehajtása kapcsán kívánjuk javítani:

- demenciával élő idősök bentlakásos formában történő ellátásához a **férőhelyek bővítése** az intézmények átminősítésével, részlegek kialakításával.
- az **otthoni szakápolási** tevékenység (évente 4x14 nap) elérhetővé tétele a szakápolási engedéllyel nem rendelkező tartós bentlakást nyújtó szociális intézményekben,
- idős személyek tartós ápolását, gondozását lehetővé tevő, vagy tartós ápolására szolgáló **időotthoni férőhelyek bővítése, támogatott lakhatást nyújtó szolgáltatások elérhetőségének bővítése** a fogyatékos személyek, a pszichiátriai és szenvedélybetegek számára, az önellátási képességgel részben rendelkező, vagy önellátási képességgel nem rendelkező tartós ápolásra, gondozásra szoruló hajléktalanoknak a hajléktalanok otthonához való **hozzáférés lehetővé tétele a férőhelyek számának növelésével az átmeneti ellátást nyújtó intézmények átminősítésével, funkcióváltással.**

A tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégiában jelölt infrastrukturális fejlesztések, összhangban a fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2019-2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióval, nem terjednek ki a kiváltandó, 50 férőhely feletti fogyatékos személyek számára ápolást, gondozást nyújtó szociális intézményekre.

#### 4.3.2. Intézmény-rendszerek működésének az összehangolása

##### Cél:

- A tartós ápolást/gondozást igénylők körében növelni szükséges az otthonukban elláthatók arányát a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének fejlesztése által.
- A tartós gondozás-ápolást az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és mennyiségben szükséges biztosítani. Amikor a gondozottakról életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt, vagyis a rászorult személyekről a szociális alapszolgáltatások keretében már nem lehet gondoskodni, őket állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában szükséges gondozni.
- A tartós ápolást, gondozást nyújtó szociális intézményekben a szakápolási tevékenységet biztosítani szükséges az otthonukban nem ellátható célcsoportok számára.
- Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer átláthatóságának javítása szükséges a két ágazat közti együttműködés az ágazatok közötti szinergia eléréséhez.

Intézmény-rendszerek működésének összehangolásához az alábbi eszközöket kívánjuk igénybe venni:

##### Intézményrendszer szintű beavatkozások

Minden állampolgárnak lakóhelytől függetlenül lehetővé kell tenni a tartós ápolás-gondozási szolgáltatáshoz történő hozzáférést. A bentlakásos intézményekbe történő elhelyezés iránti igény jelenleg meghaladja a rendelkezésre álló kapacitásokat. Az alapszolgáltatások fejlesztésével, a hozzáférés valamint a területi lefedettség javítható, azonban azoknak a személyeknek, akiknek a saját otthonukban még támogatással sem oldható meg az önálló életvitel fenntartása, a bentlakásos ellátást szükséges biztosítani. A szakápolási központ komplex szolgáltatásnyújtására épül.

Az **ambuláns rehabilitáció** fejlesztése (kiemelten a tüdőgyógyászat, kardiológia terén), az otthoni rehabilitáció és az otthoni szakápolás támogatása és a fentiek szerinti kiterjesztése a bentlakásos szociális intézményekben stratégiai kérdésként kezelendő.

#### 4.3.3. Krónikus ellátások átalakítása

A tartós ápolás-gondozás ma Magyarországon két szakterület, az egészségügy és a szociális ellátórendszer kompetenciájába tartozik. A hatályos szabályozásban nagyon sok a két terület közötti átfedés, párhuzamosság.

A krónikus ellátás keretén belül olyan szakirányú szolgáltatás nyújtása valósul meg, amelynek során a már kivizsgált és terápiásan beállított, aktív ellátást nem igénylő betegek folyamatos támogatása történik.

Az egészségügyi ellátástól elkülönítve a szociális ágazat részeként kívánjuk kialakítani a tartós szakápolási rendszert, amely előrelépést jelent a lakosság ellátásában, valamint a működési és gazdálkodási folyamatok javításában is. **Az ápolási osztályok a**

**kórházaktól pénzügyileg és ellátás-szakmailag leválasztva, szakápolási központ formában működő idősek otthonaivá alakulnak a szociális ágazat részeként.**

A szakápolási központ a szociális intézményi ellátás szabályozásának talaján, annak bekerülési, finanszírozási, térítési díj megállapítási szabályainak logikáján alapul. A szakápolási központok komplex ellátást nyújtanak, a szociális szolgáltatáson (teljes ellátás – fizikai, mentális gondoskodás és alapápolás) túl a fokozott vagy folyamatos szakápolási szükségletű személyek ellátását is biztosítják. A szakápolási központ az igénybevevő otthonaként funkcionál, ezért szolgáltatásai túlmutatnak a fekvőbeteg-ellátó intézmények által biztosított ellátáson. A szakápolási központba az igénybevevő hosszú időre költözik be, magával viszi személyes tárgyait, ruháit, épp ezért a minimum feltételek között előírt lakószoba területe is nagyobb, mint a kórházakban az egy betegre jutó alapterület. Az idősek otthonában az éjszakai és a nappali időszak helyszínében, tevékenységében, és az igénybevevő által viselt ruházatban is, jól elkülöníthetően elválják egymástól: az igénybevevő napközben saját ruhájában, a kialakított közösségi helyiségekben a mentálhigiénés ellátás részeként valamilyen szervezett, egyéni vagy közösségi programon, foglalkozáson vehet részt.

A szakápolási központban a mentális gondozás során hangsúlyos, hogy az igénybevevő – amennyiben állapota lehetővé teszi – a mindennapjait ne ágyban fekve töltsse, hanem a testi-lelki aktivitás fenntartására egyéni és/vagy csoportos fejlesztéseket, az aktivitást segítő fizikai tevékenységeket szervezzenek számára.

A szakápolási központ megteremti továbbá a hitélet gyakorlásának a lehetőségét, és segíti, támogatja az intézményen belüli kis közösségek, társas kapcsolatok kialakulását és működését, elősegíti a családdal és a természetes támogató környezettel a kapcsolat fenntartását.

A szakápolási központban biztosított az orvossal, szakorvossal való rendszeres konzultáció, valamint szükség szerint dietetikus, gyógytornász, klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, pszichológus vagy mentálhigiénikus szakember elérhetősége.

A szakápolási központ tehát az egészségügyi ápolási ágyakkal megegyező egészségügyi, azonban magasabb szociális szolgáltatáskésztséggel bír. A szakápolási központokban a többlet szolgáltatásához szükséges tárgyi feltételek biztosítottak.

A szakápolási központ célcsoportja a betegségéből adódóan szakápolást igénylő, de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szoruló idősek, köztük a fogyatékkal élő idős személyek is. Az ápolási idő fél év, ami a szakápolási szükséglet fennállásától függően meghosszabbítható. Az intézmény tehát átmeneti időre nyújt szakápolást, a cél az, hogy a szakápolási szükséglet megszűnjön és az állapotjavulást követően az ellátott visszatérhessen otthonába, eredeti lakókörnyezetébe.



#### 4.3.4. Hospice ellátás fejlesztése

**Cél: Országos kiterjesztésű hospice és palliatív ellátási rendszer kialakítása szükséges, amely lehetővé teszi a rászoruló betegek számára a lakóhelyükhöz legközelebbi ellátást.**

Az integrált palliatív ellátás országos kiterjesztésével az alábbi célok érhetők el:

- sürgősségi és kórházi felvételek alacsonyabb aránya;
- kevesebb intenzív osztályos tartózkodás;
- alacsonyabb egészségügyi költségek;
- ellátással való magasabb elégedettség;
- jobb életminőség;
- kevesebb testi és lelki szenvedés;
- kevesebb súlyos tünet;
- depresszió alacsonyabb aránya;
- hosszabb és jobb minőségű élettartam.

A hospice és palliatív ellátás során az ápolási-gondozási feladatok ellátása mellett elsődleges a tünetek és a fizikai, lelki, szociális és spirituális szükségletek felmérése, értékelése és kezelése. A palliatív ellátásnak az ellátási kontinuumba történő korai integrációja a tünetek enyhítésével jobb életminőséget teremt a beteg számára, segít megőrizni emberi méltóságát a betegsége során, egészen a halál pillanatáig. Az integrált betegellátási modell lehetővé teszi a betegutak racionalizálását, a kórházból hazakerülő beteg megfelelő otthoni ellátásba kerülését. Ebben célszerű részt vennie a helyi körülmények szerint a kórházaknak, krónikus, ápolási, hospice intézményeknek és praxisközösségeknek.

A kitűzött célok eléréséhez szükség van az **egyetemi és onkológiai központokban**

- aktív palliatív osztály/részleg kialakítására, az ágyszámok bővítésére,
- palliatív mobil teamek felállítására terápiás konzultáció céljából,
- gyermek palliatív ellátó egységek (mobil team vagy osztály) kialakítására,
- az egynapos aktív palliatív ellátás bevezetésére az aktív palliatív osztályokhoz/részlegekhez kapcsolódóan („day care”).

A **járóbeteg szakellátás** területén szükséges változtatások:

- palliatív szakrendelés beindítása minden megyében (megyei kórházban vagy klinikai központban) a tüneti terápiák meghatározására,
- kórházi felvételt megelőző állapotfelmérés a családtagok bevonásával,
- családtagok felkészítése az otthoni gondozásra,
- az otthoni hospice gondozásban nem megoldhatók szakorvosi beavatkozások.

**Alapellátásban** szükséges változtatások:

- Hospice nappali gondozók létrehozása minden megyeszékhelyen, lehetőség szerint a palliatív szakrendeléshez kapcsolódóan.

#### Otthonápolás

- Az otthoni hospice ellátást végző szolgálatok megerősítése elengedhetetlen annak érdekében, hogy a haldokló betegek otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesüljenek. Ez az ellátási forma hozzájárul a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolásához, gondozásához, életminőségének javításához, szenvedéseinek enyhítéséhez és emberi méltóságának haláláig való megőrzéséhez.

#### 4.3.5. Szakápolási központok kialakítása, az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben szakápolást is nyújtó részlegek kialakítása és működtetése

**Cél: A szakápolás, a tartós ápolás/gondozás az otthonukban nem ellátható célcsoportok számára is elérhetővé válik.**

Az idősek otthona igénybevétele jogosultsági feltételrendszerének elmúlt évtizedbeli változása (napi 4 órát meghaladó, pontozásos vizsgálat alapján III. fokozatot elérő gondozási szükséglet megléte) azt eredményezte, hogy **egyre rosszabb állapotban lévő idősek kerülnek be az intézményekbe, és legtöbbjük esetében valamilyen szakápolási igény is fennáll.** Az állapotuk súlyossága miatt az intézményben egyre rövidebb időt töltenek az igénybevevők, viszont ez idő alatt egyre intenzívebb ápolási igényük merül fel, továbbá jellemzően jelen van és rendszeres az igény a hospice ellátásra is. Ugyanakkor a szociális intézmények ápolási kötelezettsége mára leszűkült a „szükség szerinti ápolásról” az alapápolásra, miközben az ott élők körében emelkedik a szakápolást igénylő, egészségügyi panaszok miatt ellátásra szoruló aránya.

Az alapvető jogok biztosának AJB-537/2013. számú jelentése megállapította, hogy a szociális intézményekben folyó szakápolás jelenleg egy olyan ellátási forma, amely *„nem kötelezően végzendő, ám ha nem teszik, nem tudják ellátni feladatukat, tehát mégis csak rákényszerülnek [...], a tevékenység folytatásához szükséges forrást a jogalkotó azonban nem biztosítja számukra.”* [...] *„a szociális intézményekben folytatható szakápolási tevékenység finanszírozásának rendezetlen helyzete, [...] a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével és a tartós bentlakásos intézményekben ellátottak egészséghez való jogával összefüggésben okoz visszásságot.”* Az alapvető jogok biztosja felkérte az emberi erőforrások miniszterét, hogy dolgozza ki a jelzett szakápolási tevékenység folyamatos és biztonságos ellátásának jogszabályi és finanszírozási hátterét.

A növekvő és mára jelentősen megváltozott ellátási igényekre reagálva – figyelemmel az AJB-jelentés megállapításaira is – a Kormány 2017-ben döntött az idősellátás palettájáról hiányzó új szolgáltatási forma kialakításáról. A döntés szerint a **szakápolási feladat egy új, komplex ellátási formában kerül ellátásra, szakápolási központ létrehozásával, amely az idős személyek igényeihez és a korszerű elvárásokhoz jobban igazodik.**

A szakápolási központ komplex szolgáltatásnyújtására épül. A szociális és mentálhigiénés végzettségű szakemberek mellett az egészségügyi végzettségű szakemberek biztosítják ezen igény kielégítését. **A szakápolási tevékenység finanszírozásához többletforrás szükséges, ezért új finanszírozási elemet kell tervezni a szakápolási feladatok ellátására.**

A Kormány döntött a jogszabályi háttér megalkotásáról is, így a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendeletben 2018. január 1-jével meghatározásra kerültek a szakápolási központ igénybevételének feltételei, a szolgáltatásnyújtás tárgyi és személyi feltételei, valamint ezen ellátási forma keretében biztosítandó tevékenységek.

A törvény szerint tehát szakápolási központ szakápolást is nyújtó idősotthona, ahol az idősotthoni ellátásra gondozási szükséglettel rendelkező és betegségéből adódóan szakápolást igénylő, de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szoruló idősöket láthatják el orvosi beutalás alapján.

Az ellátási formát ki kell terjeszteni további személyes gondoskodást nyújtó, ápolást gondozást biztosító intézményi ellátásra. El kívánjuk készíteni a szakápolási központokban nyújtott szolgáltatásokra vonatkozó **szakmai irányelveket/ajánlásokat**.

#### 4.3.6.A családban maradás erősítése, támogatása

**Cél: A tartós ápolást-gondozást igénylők körében növelni szükséges az otthonukban elláthatók arányát a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének fejlesztése által.**

Az ellátottak otthonában történő tartós ápolás-gondozás megszervezése a jelen stratégia egyik kulcskérdése, amelyhez mind az ellátottak, mind a gondozó családtagokat támogatni szükséges.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális alapszolgáltatások vonatkozásában elsődleges cél, hogy a sérülékeny csoportba tartozók, rászorulóknak **minél tovább élhessenek saját otthonukban**, családjukban azzal együtt, hogy figyelembe kell venni az egyéni élethelyzetek szerinti választás lehetőségét.

##### Az ellátottak támogatása

Ahhoz, hogy ezen ellátási forma népszerűsége növekedjen a meglévő szolgáltatások körét meg kell erősíteni és új szolgáltatási formákat kell bevezetni:

- meg kell növelni a nappali intézmények, támogató szolgáltatások, házi segítségnyújtás **napi elérhetőségének az időtartamát** (hosszított nyitva tartás), lehetővé kell tenni a **hétfélig nyitva tartást**,
- a támogató szolgálat személyi segítségét **kapacitásbővítéssel**, az igénybe vehető óraszámok növelésével fejleszteni szükséges,
- az otthoni szakápolás keretében igénybe vehető **vizitek számát** bővíteni kell,
- a demenciával élő személyek speciális **szállítási szolgáltatását** meg kell szervezni,
- ki kell alakítani a demens tanácsadói hálózatot,<sup>23</sup>

<sup>23</sup> EFOP-1.9.4-VEKOP-16-2016-00001 „A SZOCIÁLIS ÁGAZAT MÓDSZERTANI ÉS INFORMÁCIÓS RENDSZEREINEK MEGÚJÍTÁSA” C. KIEMELT PROJEKT-en belül, az 1.1.a alprojekt keretében valósult meg a „Módszertani támogatás és segítségnyújtás a demenciával élő idősök nappali ellátásában vagy idősök ápoló-gondozó

- ápolási-gondozási **eszközpark kölcsönzési** lehetőségét ki kell alakítani,
- segítséget kell nyújtani a lakókörnyezet tartós ápolásra-gondozásra való alkalmassá tételéhez.

#### A gondozó családtag támogatása

Ahhoz, hogy az „ápoló családtag modell” elterjedjen, támogatni szükséges az **atipikus foglalkoztatási** formákat a dolgozó családtagok számára, hogy idős hozzátartozóik gondozását (és gyermekeik ellátását) jobban össze tudják hangolni munkájukkal.

Az otthon végzett tartós ápolás-gondozást el kell ismerni a jelenlegi **támogatási rendszerek** bővítésével, szükség szerinti átalakításával.

A demenciával élő beteg otthoni ápolása fizikai, anyagi és lelki teher is egyben. Fel kell készíteni a családokat arra, hogy hozzátartozóikat szakszerűen, a demencia tüneteiből fakadó negatív következményeket késleltetve és tompítva segítsék. A megfelelő kommunikáció elsajátítása, a vizuális és térbeli segítségek megszervezése, a személyes higiéné megőrzésének és a mentális frissességnek az elősegítése olyan területek, amelyekben a családtagokat támogatni szükséges.

### 4.4. Kommunikáció fejlesztése

#### Cél-eszköz mátrix

Cél	Eszköz	I	T
A társadalmi köztudatba épüljön be a tartós ápolás és gondozás témaköre, továbbá váljanak könnyen hozzáférhetővé a kapcsolódó információk.	tematikus hetek bevezetése a <b>közoktatásban</b>	H	Sz
	média megjelenések támogatása	H	P
	információs honlap létrehozása	H	F
	Call center létrehozása	H	Sz
	prevenációs programok szervezése	H	Sz

I-idősáv: R- rövid távú, K - Középtávú, H - hosszútávú célok és feladatok

T- tipizálás: Sz -szervezési, K- közpolitikai, P- fiskális, F-fejlesztés dominancia

#### 4.4.1.Szemlélet és attitűd-formálás

A jövő nemzedékének szemléletformálásához, attitűdjének változásához, a tartós ápolással-gondozással kapcsolatos ismereteket be kell építeni a köznevelés tananyagába. Az információkat és a saját élményű szemléletformálást **tematikus hetekkel** lehet elősegíteni.

A felnőtt lakosság érzékenyítését, egyéneket, csoportokat, tömegeket megszólító **média megjelenésekkel** (kampányokkal), szórólapokkal és tájékoztató kiadványokkal

---

otthonában ellátásban részesülő személyek ellátását végzők, illetve a hozzátartozók részére egyéni, csoportos, közösségi színtereken, különböző helyszíneken” megvalósult program. A program eredményeként igazolódott, hogy az egészségügyi és a szociális alap-és szakosított ellátások szereplőinek interprofesszionális szemléletű együttműködése, ezen belül a demencia tanácsadó szolgáltatás kialakítása a kulcs a megfelelő életminőség fenntartásához az ellátottak és a gondozók számára.

kell megoldani. A társadalmi szintű figyelemfelhívásnak az előre-gondolkodásra (prevencióra), a felkészülés fontosságára (pl. az egészséges életmód, a rendszeres testmozgás és szellemi frissesség megőrzését szolgáló tevékenységek végzésének fontossága az egész élet során) kell fókuszálnia.

Indirekt kommunikációs eszközök alkalmazásával kell megismertetni az érintettekkel a hosszantartó ápolási-gondozási, hospice szolgáltatásokat, illetve az abban dolgozók munkáját is.

A lakosság jellemzően tájékozatlan a hospice és palliatív ellátásokat illetően, holott a felmérések azt mutatják, hogy a korai palliatív ellátásban részesülő betegek és családok tájékozottabbak a betegséggel kapcsolatban, jobb a kommunikáció és az együttműködés az ellátókkal és a családon belül is. Ezért országos tájékoztató kampányra van szükség a hospice és palliatív ellátások igénybevételének lehetőségeiről.

Attitűdváltásra van szükség a társadalomban a demenciával kapcsolatban is, amelyben felértékelődik a demenciával élőkhez való odafordulás szakmai és laikus, illetve ösztársadalmi szinten egyaránt. A „demencia-elfogadó” kezdeményezések sikeres végrehajtása multiszektorális megközelítést igényel, amely magában foglalja a kormányzatot, a civil társadalmat és a magánszektor. A **demenciabarát társadalom** olyan befogadó és támogató közösségi környezetet biztosít, amely optimalizálja az emberek egészségének, részvételének és biztonságának lehetőségeit annak érdekében, hogy életminőséget és méltóságteljes életet biztosítson a demenciával élők és az őket gondozók számára.

#### 4.4.2. Információátadás

A tartós ápolás-gondozás témakörét érintő információkat központi **információs honlap** és **call center** létrehozásával kívánjuk eljuttatni a lakossághoz. A tájékoztatásnak ki kell terjednie az ápolást-gondozást nyújtó rendszer működésére, a szolgáltatások elérhetőségére, a támogatások formáira. A potenciálisan érintett családoknak családi **felkészítő, prevenciós programokat** kell szervezni a tartós ápolás-gondozással kapcsolatosan.

A demenciával kapcsolatban intézkedéseket kell tenni – a generációk közötti együttműködés erősítésére jegyében – a társadalom egészségtudatos és aktív idősödésének támogatása, valamint a preventív magatartás elősegítése érdekében a demenciával, illetve az egészségügyi és szociális ellátórendszerben elérhető szolgáltatások és ellátások igénybevételével kapcsolatos információs kiadványok készítése és terjesztése érdekében.

## 5. Pénzügyi terv

A tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia ellátórendszerre megfogalmazott javaslatok pénzügyi fedezetének döntő hányadát a 2021–2027-es Európai Unió források (EFOP Plusz, TOP Plusz) és a Svájci-Magyar Együttműködési Program forrása jelentik.

A tervezett fejlesztések forrásául így elsősorban a különféle (uniós, hazai és egyéb) pályázati források szolgálhatnak, amelyek összehangolt beavatkozásokkal folyamatosan javíthatják és közelebb vihetik a rendszert a fentebb vázolt célállapothoz.

A tervezett fejlesztések elsősorban az ellátások magasabb fokú integrációját, a szakképzett munkaerő rendelkezésre állását, az ellátások széles körű ismertségét célozzák, és csak másodsorban számolnak önálló beruházásokkal, önálló új ellátó szervezetek létrehozásával.

Ebből következően a célok elérése sem nagyberuházásokon keresztül történik, hanem a meglévő struktúra célzott, kisebb átalakításával és finomhangolásával, a kommunikáció és kooperáció fejlesztésével, kiegészítve a feltétlenül szükséges beruházási és eszközbeszerzési elemekkel. A fentiekből adódóan a feladatokat, intézkedéseket ütemezetten, több lépcsőben az eredmények kiértékelése mellett és a szükséges visszacsatolások korrekciók elvégzésével szükséges végrehajtani.

Az alábbi költségtábla az egyes célokhoz és feladatokhoz kapcsolódó becsült (10 éves futamidejű) költségelemeket tartalmazza.

### Tartós ápolás-gondozás humán erőforrásának a fejlesztése

Célok	Eszközök
A formális és non-formális gondozást-ápolást nyújtó személyek esetében releváns, naprakész, gyakorlatban jól alkalmazható ismeretek szükségesek.	(tovább)képzési modul kialakítása
	oktatók felkészítése (200 oktató)
	tananyagok felülvizsgálata
	oktatáshoz szükséges eszközök biztosítása (20 képzési központ kialakítása)
	hospice ismeretek beépítése az orvos- és szakorvosképzésbe
	szakirányú továbbképzés kialakítása képzés finanszírozása (500 szakember felkészítése)
	ösztöndíj programok bevezetése (1000 szakember hét évre szóló ösztöndíja)
A non-formális és formális gondozási/ápolási tevékenység ellátásának vonzóvá tétele érdekében megfelelő mennyiségű és minőségű humán	a non-formális ellátók számára oktatási programok kialakítása, megszervezése (100 ellátó felkészítése)
	ápoló családtag - modell kialakítása
	bemutató online felülettel, call-center létrehozása
	online csoportok- és esetmegbeszélések, szupervíziók bevezetése (300 fő részvételével)
	lakhatási programok kialakítása

kapacitás biztosítása szükséges.	
Becsült forrásigény: 281 174 millió Ft	

### Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése

Cél	Eszköz
A tartós gondozáshoz-ápoláshoz szükséges intézményi háttér az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és mennyiségben szükséges biztosítani.	hosszított nyitva tartás, hétfélig elérhetőség modellezése
	személyi segítség kapacitásának a bővítése
	szállítási szolgáltatások megszervezése
	demens tanácsadói hálózat kialakítása
	szakápolási szolgálatok vizitszámainak emelése (10%-os emelés)
	felmérés készítése a szükséges szolgáltatási kapacitások meghatározására
	szociális intézmények funkcióváltásának támogatása
	otthoni szakápolási szolgáltatások bővítése
	idős, demens ápoló-gonozó férőhelyek bővítése
	támogatott lakhatás bővítése
A különböző ellátási rendszerek átláthatóságát és átjárhatóságát javítani szükséges.	intézeti hospice-ágyak számának növelése (kb. 500 ágyra)
	palliatív mobil teamek/integrált egységek felállítása megyei szinten
Elérhetővé kell tenni a szakápolási központokban a tartós ápolás-gonozást az otthonukban nem ellátható	egynapos aktív palliatív ellátás bevezetése egyetemi klinikai központokban
	a szakápolás átalakításával az ápolási ágyak helyett szakápolási központok kerül ellátásra a szakápolási feladat
	ambuláns rehabilitáció fejlesztése
Elérhetővé kell tenni a szakápolási központokban a tartós ápolás-gonozást az otthonukban nem ellátható	a jelenleg szakápolásra egészségügyi engedéllyel rendelkező szociális bentlakásos intézmények finanszírozási helyzetének rendezése
	működési költségek biztosítása
	szakmai irányelvek kialakítása
	profil bővítés

célcsoportok számára.	
A tartós ápolást-gondozást igénylők körében növelni szükséges az otthonukban elláthatók arányát a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének fejlesztése által.	eszközpark kölcsönzés (megyei szintű kölcsönző szolgáltatások létrehozása)
	otthoni hospice szolgálatok eszközpark kölcsönzése (kölcsönző szolgáltatások létrehozása)
	otthoni hospice ellátást végző szolgálatok kapacitásfejlesztése
	a hozzátartozóját gondozó munkavállaló atipikus foglalkoztatása
	családok támogatási rendszerének bővítése
Becsült forrásigény: 95 416 millió Ft	

### Kommunikáció fejlesztése

Cél	Eszköz
A társadalmi köztudatba épüljön be a tartós ápolás és gondozás, valamint a hospice és palliatív ellátások témaköre, továbbá váljanak könnyen hozzáférhetővé a kapcsolódó információk.	tematikus hetek bevezetése a közoktatásban
	média megjelenések támogatása
	információs honlap létrehozása
	Call center létrehozása
	prevenációs programok szervezése
Becsült forrásigény: 8 260 millió Ft	

A tervezett fejlesztés becsült forrásigénye megközelítőleg: **384 834** millió Ft.



## 6. Megvalósítás és monitoring

### 6.1. Megvalósítási rendszer

A jelen stratégiában megfogalmazott rövid (1-3 év), közép (4-7 év) és hosszú távú (8-10 év) célrendszerek gyakorlati megvalósítását **három évente** szükséges **áttekinteni és a megvalósítás előrehaladásáról jelentést készíteni**. A stratégiai tervezés időtávjait a 4. Jövőkép, célok, feladatok Cél-eszköz mátrixaiban tüntettük fel.

### 6.2. Monitoring rendszer

A tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia olyan célokat fogalmaz meg, amelyekkel többek között támogatni kívánja az otthoni körülmények közötti hosszantartó ápolást, valamint a non-formális és informális segítségnyújtást, illetve fókuszál a területi egyenlőtlenségek felszámolására, az ellátási formához történő egyenlő hozzáférésre. **Utóbbi célok megvalósítása érdekében az ellátási kötelezettség teljesítésének vizsgálata és a befogadási eljárás során az intézményrendszer szükségletalapú fejlesztése valósul meg.** Hatékony, fenntartható, elérhető és megfizethető szolgáltatás nyújtására törekszik, amelyhez kapcsolódóan tervezett és szükséges beavatkozás a humánkapacitás fejlesztése, a tudásszint növelése, a megfelelő ellátást nyújtó intézményrendszerek kialakítása és fejlesztése.

A monitoring folyamatosan ütemezett tevékenység, amelynek során **háromévente** időközi jelentések, végül pedig záró jelentés készül. Az időközi jelentések alkalmasak az előrehaladás bemutatására, az elmaradások beazonosítására, elősegítve ezzel a jövőbeli beavatkozásokhoz, esetleg módosításokhoz szükséges döntések meghozatalát. A záró jelentés foglalja össze az intézkedések, fejlesztések outputjait, összefoglalva a stratégiában megfogalmazott feladatok, intézkedések végrehajtása során szerzett tapasztalatokat, amelyek a későbbiekben alapjául szolgálhatnak egy újabb fejlesztésnek.

A monitoring folyamatokhoz a szükséges erőforrásokat rendelkezésre kell bocsátani a stratégia megvalósításának teljes időszakában egészen a lezárásig.



A Tartós Ápolás-gondozásra Vonatkozó Stratégia 2030 megvalósításának monitorozása céljából a következő testület kerül felállításra, amelyben képviselteti magát mind a munkáltatói, mind a munkavállalói, mind a civil érdekképviseleti oldal.

A tagok a következő szervezetek delegáltjai:

- Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
- Szociális Igazgatók és Szakemberek Magyarországi Egyesülete
- Szociális Ellátók és Szociális Ellátottak Egyesülete
- CÉHálózat
- MEOSZ

- Kézenfogva Alapítvány
- Országos Közösségi Ellátások Egyesülete
- Hajléktalanokért Közalapítvány
- Menhely Alapítvány
- Magyarországi Munkavállalók Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete
- Szociális Ágazatban Dolgozók Szakszervezete
- Munkáltatók Esélyegyenlőségi Fóruma
- Demencia Tanács

A testület ülésén állandó meghívottként vesz részt az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala (AJBH) Fogyatékoságügyi Főigazgatósága.

A testület fentiek szerinti összetétele lehetővé teszi, hogy a Stratégiában érintett valamennyi célcsoport – idős, fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg, hajléktalan személyek – képviseltetve legyen. A Testület tagjai szükség esetén bővíthetők, amelyről a Testület elnökének javaslatára a Testület egyszerű többséggel dönt.

A testület elnöke a Belügyminisztérium Szociális Ügyekért Felelős Helyettes Államtitkára, titkársági feladatait a Szociális Ügyekért Felelős Helyettes Államtitkárság látja el.

A testület feladatai:

- a Stratégiában foglalt feladatok megvalósításának nyomon követése és az előrehaladásáról készített időközi jelentések és záró jelentés véleményezése, javaslatok megfogalmazása;
- a Stratégiában foglaltak módosítása, valamint felülvizsgálata során annak véleményezése, javaslatok megfogalmazása;
- a fejlesztési projektek gyakorlati megvalósulását monitorozhatja a helyszínen;
- a szolgáltatásokat igénybe vevők, hozzátartozóik körében elégedettségi felmérést végezhet.

A testület szükség szerint, de legalább félévenként ülésezik.

A működés nyilvánossága a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet által működtetett Szociális Ágazati Portálon keresztül biztosított. A működését érintő döntések, a tagok listája és az ülésekről készült összefoglalók elérhetőek a Szociális Ágazati Portálon.

## 7. Ex ante értékelés

A stratégiai dokumentum elkészítése során a szerzők törekedtek a hazai és a nemzetközi (EU) kapcsolódó stratégiák összhangjának a megteremtésére.

### Hazai stratégia dokumentumok

A fejlesztés során figyelembe vettük

- az Országos Fogyatékoságügyi Program
- az Idősügyi Nemzeti Stratégia
- a Nemzeti Önkéntes Stratégia
- a Szakképzés 4.0 stratégia

- a Semmelweis Terv
- a Nemzeti Népegészségügyi Program
- az Egészséges Magyarország 2014-2020 Ágazati Stratégia iránymutatásait.

### Nemzetközi EU stratégia

Az European Social Policy Network (ESPN) 2018-ban adta közre „Challenges in long-term care in Europe A study of national policies” címmel átfogó tanulmányát, melyben áttekinti a tagországok tartós ápolással-gondozással kapcsolatos intézkedéseit. A 35 ország adatait tartalmazó tanulmány hat fő ajánlást fogalmazott meg, amelyeknek a jelen stratégiával történő megfeleltetését az alábbi táblázat foglalja össze:

EU ajánlások	Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia (fejezetei)
1. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások integrációja	4.3.2. Intézmény-rendszerek működésének az összehangolása
2. Prevenációs programok indítása a megfelelő életminőség lehető leghosszabb ideig történő fenntartásához	4.4.2. Információátadás
3. Az otthoni körülmények közötti hosszantartó ápolás támogatása	4.3.1. Intézmény-rendszerek fejlesztése
4. A nonformális és az informális segítségnyújtás támogatása	4.2. Tartós ápolás-gondozás humán erőforrásának a fejlesztése
5. Területi egyenlőtlenségek felszámolása, az ellátási formához történő egyenlő hozzáférés megteremtése	4.3.1. Intézmény-rendszerek működésének az összehangolása
6. Gazdasági fenntarthatóság	5. Pénzügyi terv

A fentiek alapján a Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia megfelel az ex ante feltételeknek, a nemzetközi trendekkel a szinergia megvalósul.

## 8. Mellékletek

## A tartós ápolásra szoruló személy végleges elhelyezésének lehetősége a jelenlegi ellátórendszerben

