

# Idősödés, idősellátás Magyarországon

## Helyzetkép és problémák

**GYARMATI ANDREA**  
2019 április

- A gondozási szükséglet folyamatosan nő Magyarországon. A 65 év feletti korosztály létszáma 1,8 millió fő, közülük 1,3 millió fő él valamilyen korlátozottsággal. Otthonközeli ellátás (házi segítségnyújtás) azonban a korcsoportnak csupán a 7%-a számára elérhető. Szakellátást az idősek otthonában az idősek 3%-a tudja igénybe venni, miközben a várakozók száma folyamatos növekedés mellett már jelenleg is meghaladja az ellátást igénybe vevők felét. Az utóbbi 8 évben központi állami fenntartásban működő idősek otthonában új férőhely nem jött létre.
- Az alapszolgáltatások biztosítása (étkeztetés, házi segítségnyújtás) minden települési önkormányzat számára kötelezően biztosítandó feladat. Azonban a kapacitások egyenlőtlenül oszlanak el: van település, ahol az idősek 80%-a számára biztosított az ellátás, máshol csak néhány százalékban. Jellemző az információhiány: az időseknek csak kb. harmada tud arról, hogy mire lenne jogosult.
- A magyar állam jelenleg a GDP 0,4%-t költi csupán idősek ellátására. Ez az összeg évről évre minimálisan emelkedik. A finanszírozás egyfajta tervgazdálkodás mentén történik: a költségvetési törvényben a normatívák nem az ellátások valódi működési költségeihez kötődnek.
- A gondozási deficit egyre jobban növekszik. A professzionális gondozók száma csökken, mivel a szociális területen a legalacsonyabbak a bérek az egész nemzetgazdaságon belül, így a betöltetlen álláshelyek száma 2010 óta folyamatosan nő. A professzionális gondozók átlagéletkora 50 év körül van, hamarosan tömegesen fognak nyugdíjba vonulni. Egyre több pozíciót szakképzetlen közmunkások töltenek be.
- A felnőtt családtagot ápoló családi gondozók becsült száma 400-500 ezer fő. Közülük mindössze nagyjából 20 ezer fő kap alanyi jogú ápolási díjat, sokan nem is tudják, hogy jogosultak lennének az ellátásra. A családi gondozók száma alacsony európai összehasonlításban és számuk csökkenését több dolog vetíti előre: egyre több időseknek nincs már élő gyermeke, illetve sokan vándorolnak ki, valamint nő a válások száma.
- A következmények jól látszanak: ha az állam nem értékeli át a saját szerepét a gondozási krízisben, egyre nagyobb számban maradnak majd a rászoruló idősek ellátás vagy bármilyen gondozói segítség nélkül.

<b>Tartalomjegyzék</b>	
<b>1. Bevezető</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Növekvő szükségletek</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Az időseket célzó szociális szolgáltatások elérhetősége és finanszírozása</b> .....	<b>5</b>
3.1 Az időseket célzó szociális szolgáltatások típusai .....	5
3.2 A szociális szolgáltatások finanszírozása .....	7
3.3 Adatok az ellátottakról, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségei .....	10
3.4 Az egészségügyi ágazattal való együttműködés .....	13
3.5 Az idősellátást érintő szakpolitika változása a rendszerváltástól 2018-ig .....	13
<b>4. A gondozási munkát végzők</b> .....	<b>15</b>
4.1 Professzionális gondozók .....	15
4.2 Informális gondozás: családi gondozók .....	17
4.3 Munka-gondozás összehangolása .....	20
<b>5. Főbb problémák, következtetések</b> .....	<b>21</b>
<b>Irodalom</b> .....	<b>23</b>

## 1. Bevezető

A jóléti társadalmakat jellemző demográfiai idősödésből fakadó társadalmi, közpolitikai problémák sokrétűek. Ide tartozik többek között a társadalombiztosítási és nyugdíjrendszerek fenntarthatósága, az időskori életminőség, a tartós gondozás<sup>1</sup> témaköre. Mindezeket pedig átmettszi az esélyegyenlőségi és foglalkoztatáspolitikai, hiszen mind a hivatásos, mind az otthoni gondozást zömében középkorú nők végzik. A szociális ágazatban végzett munka alacsony presztízsű, alulfizetett. Az otthonápolást végzők számára a munka-gondozás összehangolása jelent nehézséget.

Az időspolitika átfogóan egy olyan szakpolitikaként határozható meg, amely az idősek (65+) életminőségével, szükségleteivel, társadalmi szerepével foglalkozik, alapja pedig a nemzedékek közötti társadalmi konszenzus. Az állami időspolitikának azt kellene megcéloznia, hogy olyan ellátások, szolgáltatások álljanak rendelkezésre az idősek és velük együtt a formális és informális gondozók számára, melyek biztosítják, hogy a rendelkezésre álló gondozási kapacitások összhangban legyenek a szükségletekkel. Jelenleg azonban nem ez a helyzet: az idősödéssel párhuzamosan a kapitalista társadalmakban a gondoskodási kapacitások fokozatosan kimerülnek: ezt a folyamatot nevezi Fraser gondoskodási krízisnek (Fraser, 2016).

Az alábbiakban azt igyekszem bemutatni, hogy a demográfiai változásokból fakadó gyors ütemű gondozási szükséglet-növekedést sem az állam, sem a családok nem képesek már kielégíteni. Az uniós csatlakozás óta az állami időspolitika a neoliberalis szemlélet, a gondozási feladatok költségminimalizáló kezelése jellemzi. Mindez megjelenik a szolgáltatások finanszírozásának és a kapacitások számának stagnálásában, a professzionális ápolói-gondozói munka alulfizettségében, az egy gondozóra jutó ellátotti létszámok dinamikus növekedésében is. Valamilyen szociális segítséget a 65 év feletti korosztálynak csupán az

ötöde tud igénybe venni. Az állami szolgáltatások korlátozott hozzáférése miatt azt váránk, hogy a családok – ezen belül is a nők – veszik magukra a gondozási terheket, azonban ezt az adatok nem támasztják alá. A nők a foglalkoztatási célok, az alacsony összegű ápolási díj, a tehermentesítő szolgáltatások hiánya, és a változó attitűdök miatt ma már egyre kevésbé vállalják magukra a gondozást, különösen az intenzív gondozást. Emiatt Magyarországon Európai Unió összehasonlításban is nagyon alacsony az idős hozzátartozót gondozók aránya: a felnőtt népesség 8–10%-a. Ebből következően feltételezhetjük, hogy az ellátási szükséglettel rendelkező, de ellátatlan idősek aránya magas. Ezért a gondozás egyre inkább áruvá válik: a kapacitások hiányát mérséklendő piaci válaszként félig vagy teljesen illegális, kényszer szülte, esetenként jogsértő, az egyenlőtlenségeket tovább növelő megoldások születnek.

## 2. Növekvő szükségletek

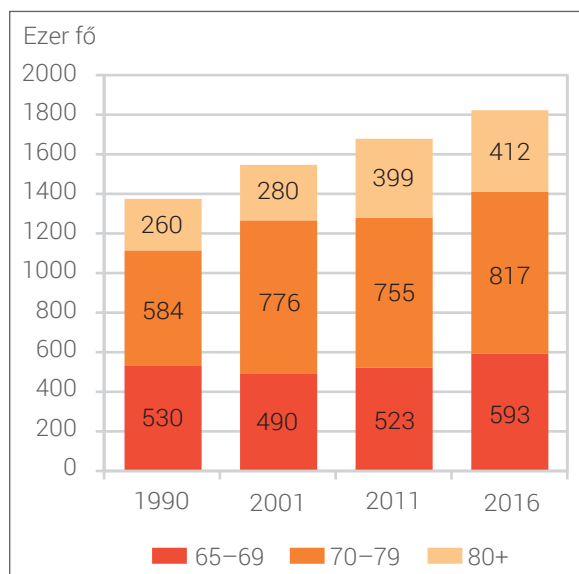
Magyarországon 1990 és 2017 között a 65 éves és ennél idősebb népesség aránya 13%-ról 19%-ra növekedett (jelenleg 1,8 millió fő) és az előrejelzések szerint 2070-re eléri a 29%-ot (2,7 millió fő). A belső korösszetétel változása azt mutatja, hogy gyors ütemben növekszik a 80 éves és idősebb, azaz a nagyon idősek száma és aránya. Míg 1990-ben 260 ezer, 2016-ban már 412 ezer ilyen korú lakost számlált a KSH (1. ábra).

Nemek szerint jelentősek az eltérések: míg a 65–69 évesek 57%-a, a 85 éves és idősebb népességnek már a 73%-a nő. A 65 éves korban várható élettartam 1990 és 2016 között férfiak esetén 12-ről 14,4 évre, nők esetén 15,3 évről 18,2 évre növekedett. A nők a 2000 utáni években átlagosan 3,6–3,8 évvel több életévre számíthatnak, mint a férfiak.

Ugyanakkor a várható élettartammal nem jár együtt az egészségben töltött idő, ezért külön vizsgálja a statisztika a 65 éves korban egészségben

<sup>1</sup> A nemzetközi szakirodalomban az idősek tartós gondozása (long term care=LTC) alatt értjük mindazokat a pénzbeli ellátásokat és személyes gondoskodás keretében nyújtott szolgáltatásokat, amelyek az időseket segítik mindennapi életvitelük fenntartásában (akár rövidebb, akár hosszabb ideig, formálisan, vagy informálisan, az egészségügyben és a szociális ellátásban).

1. ábra: Idős korcsoportba tartozók számának változása



Forrás: Monostori–Gresits (2018) 132. o. 3. ábra

töltött várható élettartamot. A KSH adatai szerint 2016-ban a férfiak 65 éves korban egészségben várható élettartama 6,7, a nőké 6,4 év volt (Monostori–Gresits, 2018). Ezzel, illetve a WHO számításaival szemben is mást mutatnak az eltérő módszertan<sup>2</sup> miatt az EUROSTAT legfrissebb adatai, miszerint 2016-ban Magyarországon a nők egészségben várható élettartama 60,2, férfiaknál pedig 59,5 év (EUROSTAT, 2019).

Gondozás szempontjából az egyik leginkább rászoruló csoportnak az egyedül élő idősök számíthatnak. A 2016-os mikrocenzus adatai szerint a 65 éves és idősebb népesség 31%-a élt egyedül (554 ezer fő). A 65 év feletti nők 11, míg a férfiak 21%-ának nincs olyan élő gyermeke, aki szükség esetén a gondozását el tudná látni, ez az arány az életkor növekedésével romlik. Jellemző a nők túlsúlya: a 65 év feletti nők 40, míg a férfiak 17%-a élt egyedül. Az egyedül élés mögött azonban nem csak a megözvegyülés áll, hanem a válások növekvő aránya is. Míg 1990-ben a 65 éves és idősebb egyedül élő férfiak 17%-a, a nőknek a 9%-a, 2016-ban már a férfiak 27%-a, a nőknek pedig 16%-a volt elvált (Monostori–Gresits,

2018). Ez azért fontos tendencia, mivel a nagyon időseknél a házastárs gondozói szerepe értékelődik fel (a nagyon idősök már nem a szüleiket, hanem a házastársukat gondozzák (vö. Huber et al, 2009).

Az egészségi állapotról legteljesebb képet az ELEF (Európai Lakossági Egészség Felmérés) 2014-es adatai nyújtják. 2014-ben a 65 év felettek 18%-a ítélte rossznak, 10%-a pedig nagyon rossznak az egészségi állapotát (minél idősebb valaki, annál rosszabbnak ítéli meg: míg 74 éves korig az idősök körülbelül 22%-a, addig a 75 év feletteknek már több mint 30%-a, a 85 év feletteknek pedig a 40%-a érzi így). A nők minden korcsoportban rosszabbnak ítélik meg az egészségi állapotukat a férfiaknál. Krónikus betegségről a 65 év feletti válaszadók 80%-a számolt be. Az idős korosztály 39%-a az egészségét érintő súlyos mozgásszervi vagy érzékszervi korlátozottságról, és 35%-uk nem súlyos, de fennálló korlátozottságról számolt be (a korlátozottsággal élők aránya így összesen 74%, 1,3 millió fő). A legkomolyabb problémát ebben a betegségi körben a mozgásszervi, járásban való korlátozottság jelenti számukra, ami megnehezíti a háztartási tevékenységek ellátását is. Míg a nehéz házimunkák elvégzése során a 65–69 év közöttiek 11%-a tapasztal valamilyen súlyos nehézséget, addig a 70–74 év közöttieknek a 21%-a, a 85 év feletteknek pedig a 62%-a (Monostori–Gresits, 2018).

A nagyon idősök esetén gyakori a mentális probléma. A súlyos depresszió fennállásának valószínűsége a 80 év felettek körében a legmagasabb (24%), és további 19%-uknak vannak depresszív tünetei. A gondozási szükségletek növekedése szorosan összefügg a demenciával érintett idősök számának növekedésével is. A demencia tünetegyüttes és betegségecsoport, ez utóbbi értelemben a mentális viselkedészavarok közül az organikus és szimptomatikus mentális betegségekhez tartozik, leggyakoribb oka (60-70%-ban) az Alzheimer-kór. A demencia súlyossága szerint három fokozatot különítenek el: enyhe, középsúlyos és súlyos fokozatot. A hazai előfordulási gyakoriságra főként

<sup>2</sup> A WHO (European Health Information Gateway) szerint a születéskor egészségben várható élettartam Magyarországon nők esetén 2015-ben 79,1 év, férfiak esetén 72,3 év. Az EUROSTAT becslése az önrétekelésen alapuló egészségi állapoton alapszik, ennek ellenére a szakemberek sok szempontból megbízhatóbbnak tartják, mint az egzaktabb számításokon alapuló WHO-s becsléseket. Ha figyelembe vesszük, hogy a 65 évesnél idősebbek 80%-ának van krónikus betegsége, akkor is egyértelműen az EUROSTAT adatai tűnnek megbízhatóknak.

nemzetközi felmérések alapján következtethetünk. Európában a 60 év feletti lakosság 6%-a szenved a demencia valamelyik típusában (a 90 éven felülieknél az arány közel 30%). 2017-ben a WHO adatai szerint Európa országaiban 10 millió volt a betegek száma, ami 2030-ra várhatóan megduplázódik<sup>3</sup>. Becslések szerint Magyarországon jelenleg körülbelül 200–250 ezer főt érint a demencia (Érsek et al., 2010, 176). A betegség végső stádiumában nagyon magas gondozási szükséglettel (24 órás felügyelet) és költségekkel jár, ami megterhelő mind a családoknak, mind az állami ellátó rendszernek.

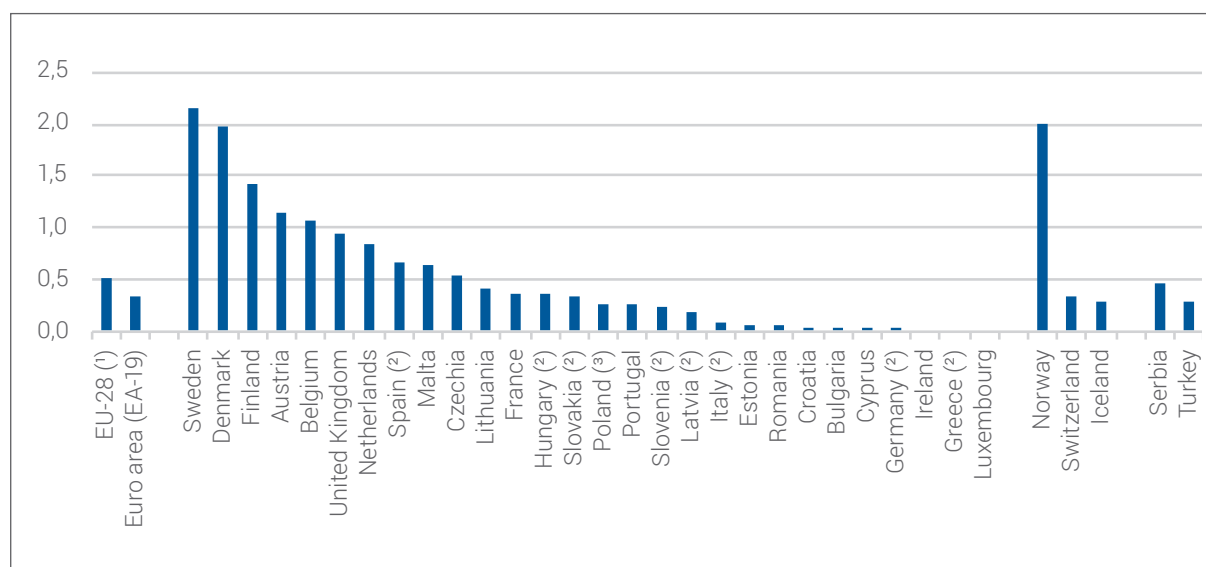
Az ellátórendszer gazdasági fenntarthatóságát mutatja az eltartási ráta, ami azt mutatja meg, hogy 100 aktív korúra hány 65+ jut. 1990 és 2017 között ez a mutató nálunk 20-ról 28-ra nőtt, 2070-re pedig 52-re fog emelkedni, azaz 2 aktív korúra jut majd 1 időskorú. Az EUROSTAT számításai szerint 2015-ben az EU28 tagállamában átlagosan a GDP 0,5%-át költötték idősök ellátására, nekik nyújtott szolgáltatásokra: a legtöbbet, 2%-ot Svédország és Dánia. Magyarország 0,4%-kal az átlag alatt maradt<sup>4</sup> (összehasonlításként: a gyermekes családok támogatására 2015-ben Magyarország a GDP 3%-át költötte).

### 3. Az időseket célzó szociális szolgáltatások elérhetősége és finanszírozása

#### 3.1. Az időseket célzó szociális szolgáltatások típusai

A szociális szolgáltatások rendszerét (államigazgatási szervek, pénzbeli ellátások, szolgáltatások, jogosultságok, férőhelyszámok, nyilvántartások stb.) a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szt.) szabályozza. Ez a törvény szabályozza a pénzbeli támogatások közül a családi gondozók részére megállapítható ápolási díjat is, de erre részletesebben az informális gondozókról szóló fejezetben térek ki. Az Szt. a személyes gondoskodás körében szociális alapszolgáltatásokat és szakosított ellátásokat különít el. Az alapellátások biztosítása általában kötelező önkormányzati feladat, melyet a központi költségvetés finanszíroz. De ezen kívül az önkormányzatok önként vállalt feladatként bármilyen más, szakosított ellátást is fenntarthatnak. Államháztartáson kívüli szervezetek (NGO-k, egyházak, gazdasági társaságok stb.) is fenntarthatnak szociális szolgáltatásokat, de számukra is kötelező a működési engedély

2. ábra: Idősök ellátására fordított GDP arányos állami kiadás, 2015.



Forrás: EUROSTAT

3 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

4 [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social\\_protection\\_statistics#Analysis\\_of\\_the\\_structure\\_of\\_social\\_protection\\_expenditure](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social_protection_statistics#Analysis_of_the_structure_of_social_protection_expenditure)

megszerzése, így a központi működési engedélyek nyilvántartásában (MŰKENG) ezek a szervezetek is szerepelnek (függetlenül attól, hogy kapnak-e állami normatívát). A személyes gondoskodás körébe tartozó szolgáltatásokért külön rendeletben (29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet) meghatározott térítési díjakat (intézményi, illetve személyi térítési díjat, idősök otthona esetén ezen felül bizonyos esetekben belépési hozzájárulást) kell fizetniük az ellátottaknak.

Az Szt.-ben nevesített szolgáltatások közül az alábbiakban elsősorban az időseket célzókat emelem ki. Szociális alapszolgáltatások közül időseket érinti a falu- és tanyagondnoki szolgáltatás, étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, idősök nappali ellátása. Szakosított ellátások közül az ápolást-gondozást nyújtó intézmények, ezen belül az idősök otthona, illetve az átmeneti elhelyezést biztosító intézmények (idősök gondozóháza). Két helyen egészítem ki időseket célzó, de nem az Szt. alá tartozó szolgáltatással, mivel ezek is hozzá tartoznak a teljes képhez.

### 3.1.1 Szociális alapszolgáltatások

*Falu- és tanyagondnoki szolgáltatás.* A falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás célja az aprófalvak és a külterületi, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányából eredő hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása. A feladatok nincsenek pontosan rögzítve, sok településen a szállítási feladatok mellett a házi segítségnyújtást is a falugondnok látja el.

*Étkeztetés.* A szociális étkeztetés keretében azoknak a szociálisan rászorultaknak a legalább napi egyszeri meleg étkezéséről kell gondoskodnia a települési önkormányzatoknak, akik azt önmaguk, illetve eltartottjaik részére tartósan vagy átmeneti jelleggel nem képesek biztosítani, különösen pl. idős koruk miatt.

*Házi segítségnyújtás.* A házi segítségnyújtást szintén minden települési önkormányzatnak biztosítania kell, azon szociálisan rászoruló személyek részére, akik önálló életvitelük fenntartásához igényelnek segítséget. A szolgáltatás gondozási szükséglet-vizsgálat után vehető igénybe, mely meghatározza, hogy szociális segítségre vagy személyes gondozásra jogosult az igénylő. (Ha a szükséglet-vizsgálat alapján valaki nem jogosult az ellátásra, akkor a szolgáltatási önköltség megfizetésével igényelheti a házi segítségnyújtást.) Szociális segítség keretében kell biztosítani pl. a takarítást, a háztartási tevékenységben való közreműködést, a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, elhárításában történő segítségnyújtást. Személyi gondozás keretében kell biztosítani a gondozási és ápolási feladatok elvégzését.

Nem tartozik az Szt. hatálya alá, de a házi segítségnyújtáshoz hasonlóan az időseket célozza elsősorban az *otthoni szakápolás*, ami 1996 végén indult meg Magyarországon az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásként. Célja a kórházi ápolási tevékenység kiváltása a beteg otthonában is elvégezhető ápolási és egyéb szakirányú terápiás ellátásokkal. Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosa kérésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység.

*Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás.* A jelzőrendszeres házi segítségnyújtást állami feladatként működteti az arra kijelölt szerv (jelenleg a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság<sup>5</sup>) azon szociálisan rászoruló személyek részére, akik önálló életvitelük fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek (pl. baleset, rosszullet, betörés) elhárításához igényelnek segítséget. A szolgáltatás az év minden napján, 24 órán keresztül működik. Segélyhívás esetén a diszpécserközpontnak biztosítania kell, hogy az ügyeletes gondozó a helyszínen megjelenjen, az adott probléma megoldásához szükséges azonnali intézkedések megtörténjenek, szükség esetén további egészségügyi vagy szociális ellátás kezdeményezését. Főként azok vehetik

5 Ez az állami szerv a fenntartója a gyermekvédelmi szakellátásba tartozó intézményeknek, a bentlakásos ellátások közül a fogyatékosok ellátásának.

igénybe, akik elmúltak 65 évesek és egyedül élnek, és/vagy súlyosan fogyatékosak.

*Nappali ellátás* (idősek klubja). A nappali ellátást a 3000 fő lakosság szám feletti önkormányzatok kötelessége biztosítani azon rászoruló idős személyek részére, akik segítséget igényelnek önálló életvitelük, társas kapcsolataik fenntartásához. A nyújtott szolgáltatások változatosak lehetnek, pl. szabadidős programok szervezése, tanácsadás, életvezetés segítése, hivatalos ügyintézésben való segítségnyújtás, csoportok szervezése stb.

### 3.1.2 Szakosított ellátások

*Az ápolást, gondozást nyújtó intézmény* (idősek otthona) az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek elhelyezésére és ellátására szolgál. Ezekben az intézményekben gondoskodni kell a napi legalább háromszori étkezésről, mentális gondozásról, meghatározott szintű egészségügyi ellátásról, valamint az ellátott lakhatásáról, szükség esetén ruházat és egyéb textília biztosításáról. Idősek otthonában a meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el. Új szolgáltatásként, valójában a jelenlegi helyzet legitimálásaként került be 2016-ban az Szt.-be a szakápolási központ (szakápolást is nyújtó idősek otthona), miután az idősek otthonában ellátottak nagy része valójában szakápolást is igényel.

*Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények* (időskorúak gondozóháza) ideiglenes jelleggel, legfeljebb egy évi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak. Ebbe az intézményi körbe tartozik az időskorúak gondozóháza, amely többek között azoknak az időskorúaknak biztosít ellátást, akik önmagukról betegségük miatt vagy más okból otthonukban időlegesen nem képesek gondoskodni. A szolgáltatás megszervezése 30 000 fős lakosság szám felett kötelező az önkormányzatoknak. Mivel nagyjából az esetek harmadában van csak szó átmeneti gondozásról, pl. kórházból való kikerülés után, kétharmad részben viszont az ellátottak idősek otthonai férőhelyre várnak, ezért egy 2017-es Szt. módosítás értelmében 2023-tól az

átmeneti gondozásban lévő férőhelyeket idősek otthonává kell átalakítaniuk az intézményeknek.

Szintén nem tartozik a szociális szolgáltatások közé, de mivel tartós lakhatást (holtig tartó lakásbérletet) biztosítanak idősek számára, ezért ezen a helyen kell megemlítenünk az ún. *nyugdíjasházakat*. Létrehozásukra, működtetésükre vonatkozóan az általános lakhatási feltételekkel kapcsolatos jogszabályok az irányadóak. A nyugdíjasházakat vagy önkormányzatok, vagy piaci szolgáltatók működtetik önmaguk ellátására képes idős embereknek. A portaszolgálaton, 24 órás segítő felügyeleten, a takarításon kívül más szolgáltatást kötelezően nem kell nyújtaniuk, tehát nem biztosítanak ápolást-gondozást (de igény esetén a szociális szolgáltatások biztosítására a szociális ellátó rendszer szolgáltatóival szerződhetnek). Sok esetben veszteségesen működnek, ezért az önkormányzatok újabban átalakítják a nyugdíjasházakat idősek otthonává, hogy normatívához jussanak. Más esetekben piaci alapon, de illegálisan működnek (Sarkadi, 2008), így a számukról, a fenntartott férőhelyekről, általuk nyújtott szolgáltatásokról nincs nyilvántartás.

### 3.2. A szociális szolgáltatások finanszírozása

Fentebb láttuk, hogy szociális alapellátások közül a helyi önkormányzatoknak közfeladatként kötelező biztosítaniuk az étkeztetést, illetve a házi segítségnyújtást. Ezen felül 3000 fős lakosságszám felett az idősek nappali ellátását is, 30 000 fő fölött pedig az időskorúak gondozóházát. A feladat biztosításának lakosságszámhoz való kötésének nincs köze ahhoz, hogy valójában hol hányan szorulnak rá a szolgáltatásokra. A települési önkormányzatok mellett közfeladat ellátásában közreműködik még a központi kormányzat, illetve államháztartáson kívüli szervezetek (pl. egyházak, gazdasági társaságok, nonprofit szervezetek).

Az önkormányzati feladatok ellátásához a központi költségvetés szociális normatívával, intézményi normatívával, valamint kötött felhasználású támogatásokkal járul hozzá. Ugyanakkor az állami támogatás nem teljeskörű, mivel az elismert működtetési költségekhez kapcsolódik az ún. elvárt bevétel, amely az önkormányzat bevételeitől függ (azaz

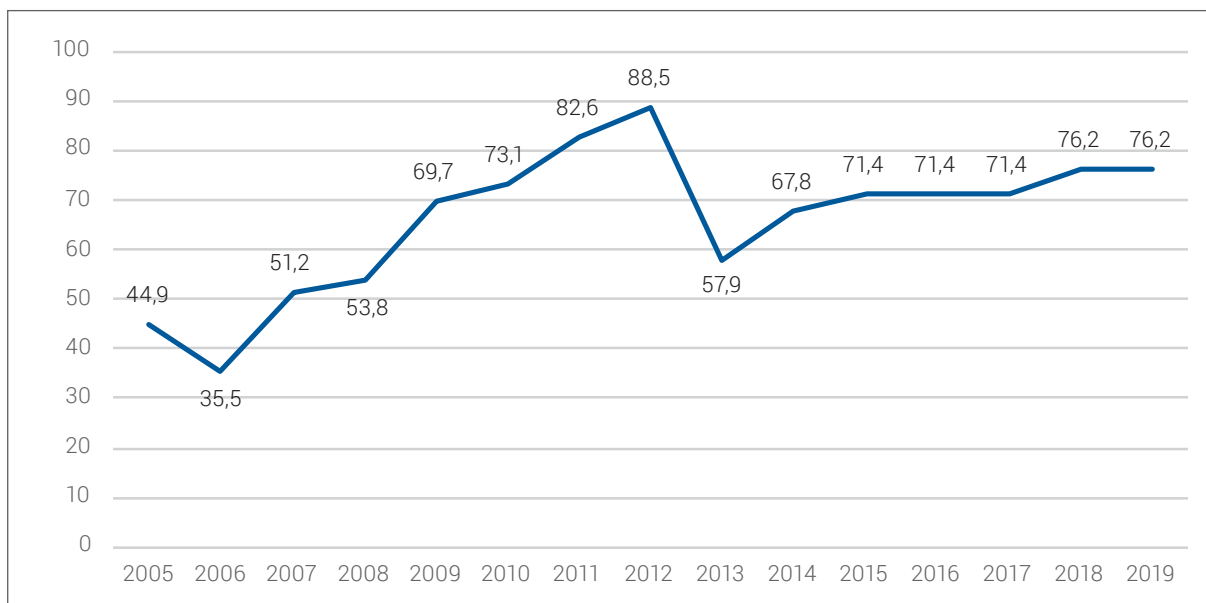
1. tábla: Térítési díjak

szolgáltatás	térítési díj
falu-tanyagondnoki szolgálat	nincs
étkeztetés	jövedelem 30%-a max.
házi segítségnyújtás	jövedelem 25%-a max.
nappali ellátás	jövedelem 15%-a max.
átmeneti elhelyezés	jövedelem 60%-a max.
idősek otthona	jövedelem 80%-a + a fenntartó által meghatározott belépési hozzájárulás

Forrás: Szt.

az állami támogatást csökkenti az önkormányzat saját bevétele, amelyet az ún. adóerő-képesség<sup>6</sup> határoz meg). A szegényebb önkormányzatok külön támogatást kérhetnek a kötelező feladataik ellátásához. Emellett az ellátottaktól térítési díj szedhető, ennek mértéke, fajtái, számítási módjai az Szt.-ben meghatározottak (az önkormányzatok külön rendeletben szabályozhatják, hogy kiknek engedik el a térítési díj megfizetését).

3. ábra: Egyházi kiegészítő normatíva változása



Forrás: Az adott évre vonatkozó költségvetési törvények végrehajtási rendelete

Állami fenntartónak a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság számít, mely 2012-ben, a fenntartói centralizációs törekvések eredményeként jött létre, és vette át az önkormányzatoktól a gyermekvédelmi szakosított ellátást nyújtó intézményeket, illetve néhány más bentlakásos intézményt (összesen 177 intézményt). Finanszírozása a költségvetési tv. alapján történik, ez éves szinten nagyjából 13 Mrd Ft-ot jelent, 50 ezer ellátott és 2300 munkavállaló tartozik hozzájuk országosan (Mohácsi, 2015).

Az államháztartáson kívüli szervezetek, mint fenntartók közül külön ki kell emelni az egyházakat, mivel az általuk fenntartott intézmények nem csupán az önkormányzatoknak biztosított támogatást kapják meg, hanem ún. kiegészítő egyházi támogatásban is részesülnek. Ennek mértéke jelenleg 76,2%, ami jelentős feszültséget okoz a fenntartók között. 2007 óta látványos ennek a támogatásnak a növekedése, bár 2013-ban volt egy nagyobb visszaesés.

A költségvetési támogatás 2013-ig normatív alapon történt, azaz fajlagos költségek alapján, ellátotti létszámokhoz kötődött. 2013-ban azonban

6 Az adóerő-képességet az iparüzési adó 1 főre eső összege alapján számítják



elkezdődött egy fenntartói centralizáció (a hivatalos retorika szerint az adósságkonszolidáció következményeként, amivel a további eladósodást szeretnék volna megakadályozni), ami magával hozta, hogy az önkormányzatoktól több közfeladatot és a hozzájuk kapcsolódó támogatást is átvette az állam (pl. alapfokú oktatás, gyermekvédelem, bentlakásos ellátások, alapszolgáltatások közül a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás). A megmaradt feladatok támogatását pedig megpróbálták feladatmutatókhoz (férőhelyszámok, gondozási napok, gondozási órák stb) kötni. A feladat alapú finanszírozás lényege, hogy az állam egyes helyi feladatokhoz kötött felhasználású normatív támogatást biztosít csökkentve ezt a helyi adóerő-képességgel. Valójában ez a fajta finanszírozás egyfajta tervgazdálkodást valósít meg (Bordás, 2017). Jelenleg ezt csak a tartós bentlakást nyújtó intézményeknél tudták bevezetni (itt jelenleg működési költségeket és a bérköltséget finanszírozza a költségvetés, csökkentve az ellátottak által fizetett térítési díjjal) a többi szolgáltatásnál maradt a kötött felhasználású normatíva. Emellett létezik az ún. kapacitásszabályozás is az Szt.-ben, ami azt jelenti, hogy szakosított ellátás esetén, illetve nem önkormányzati fenntartók részéről új férőhelyeket, újabb ellátottakat bevonni a meglévő finanszírozási rendszerbe csak külön miniszteri engedéllyel, szigorú feltételek mellett lehet.

A költségvetési törvények alapján összeállított normatíva (egy főre eső költség) táblázat (2. tábla) jól mutatja, hogy étkeztetés esetén 2011 óta nincs növekedés, a házi segítségnyújtás támogatása 2013-ban csökkent, majd a finanszírozás 2017-től kettévált, a falu- és tanyagondnoki szolgáltatásnál látunk egy nagyobb növekedést 2015-ben. Nappali ellátásoknál 2013-ban volt utoljára minimális növekedés, a demens normatíva viszont közel 100 000 Ft-tal nőtt (de még így sem fedezi az ellátás humán erőforrás igényét). Az idősek bentlakásos ellátásánál pedig 2013-tól él a feladatalapú finanszírozás, így csak a rendelkezésre álló összesített költségvetési támogatást tartalmazza a költségvetési törvény- ennek összege évről évre kis mértékben növekszik.

A finanszírozás egyházi fenntartóknak kedvező volta, a fenntartói centralizáció, a feladatalapú finanszírozás, a kapacitásszabályozás miatt az önkormányzatok egyre kevésbé motiváltak fenntartani a szociális alap- és szakellátásaikat. Idősek tartós bentlakása, illetve házi segítségnyújtás esetén az egyházak már csak kevéssel vannak lemaradva a működtetett férőhelyek számában az önkormányzatok mögött (3. tábla). Egy 2019-ben beadott ellenzéki interpellációra adott válaszból pedig az is kiderül, hogy az állam is

2. tábla: Költségvetési támogatások változása

szolgáltatás	2011	2013	2015	2017	2018	2019
szociális étkeztetés (fő)	55 360	55 360	55 360	55 360	55 360	55 360
házi segítségnyújtás (fő)	166 080	145 000	145 000	segítés: 25 000, gondozás: 210 000	segítés: 25 000, gondozás: 210 000	segítés: 25 000, gondozás: 210 000
falu-tanyagondnoki sz. (szolgálat)	2 000 000	2 000 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000
idős nappali (fő)	88 580	109 000	109 000	109 000	109 000	109 000
demens nappali (fő)	405 600	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000
idős bentlakásos (fő)	635 650	20,9 Mrd	22,3 Mrd	22,3 Mrd	23,6 Mrd	24,8 Mrd
demens bentlakásos (fő)	710 650					

Forrás: Költségvetési tv-ek. (Saját szerk).

M: Csak azokat az éveket tartalmazza a táblázat, ahol változás történt. Az adatok Ft-ban értendők, 1 főre vetítve, kivéve, ahol külön jelzem.

folyamatosan ad át bentlakásos férőhelyeket az egyházaknak: „Az elmúlt években a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság fenntartásából 3087 férőhely került egyházi fenntartásba, 25 telephelyet érintően.”<sup>7</sup> 2014-hez viszonyítva az ágazati statisztikai adatok szerint idősek otthonában lévő férőhelyekből 2240 került át egyházi fenntartásba.

### 3.3. Adatok az ellátottakról, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségei

Országosan összesen 7324 telephelyen nyújtanak valamilyen szolgáltatást időseknek. Korcsoportos viszonyításban házi segítségnyújtás szolgáltatást a korcsoport 7%-a, míg idősek otthonában ellátást csupán 3% tud igénybe venni.

3. tábla: Ellátottak, férőhelyek száma fenntartók szerint, 2019.

szolgáltatás	önkormányzati	egyházi	központi kormányzati	nonprofit nem állami	egyéb nem állami	összesen
falugondnoki szolgáltatás	16 370	11	0	1	7	16 389
tanyagondnoki szolgáltatás	5 405	1 034	0	208	427	7 074
házi segítségnyújtás	62 609	50 800	132	4 107	4 326	12 1974
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	17 856	1 478	1 215	835	455	21 839
nappali ellátás	32 824	4 599	40	950	723	39 136
időskorúak gondozóháza	1 430	232	30	580	710	2 982
idősek otthona	20 077	15 212	8 141	4 203	7 577	55 210

Forrás: Ágazati adminisztratív adatok, (MŰKENG) (saját szerk.)

4. tábla: Telephelyek száma

szolgáltatás	telephelyek száma	férőhely-ellátottság
étkeztetés	2 198	176 407
falugondnoki szolgáltatás	981	16 389
tanyagondnoki szolgáltatás	452	7 074
házi segítségnyújtás	1 333	121 974
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	204	21 839
nappali ellátás	1 113	39 136
idősek otthona	865	55 210
időskorúak gondozóháza	178	2 982
összesen	7 324	441 011

Forrás: Ágazati adminisztratív adatok (MŰKENG, 2019.), illetve étkeztetésnél TEIR, 2017. (Saját szerk.)

Megjegyzés: A szolgáltatások igénybevevői között lehetnek átfedések.

7 K/4135/1. iromány, Rétvári Bence válasza Korózs Lajos interpellációjára

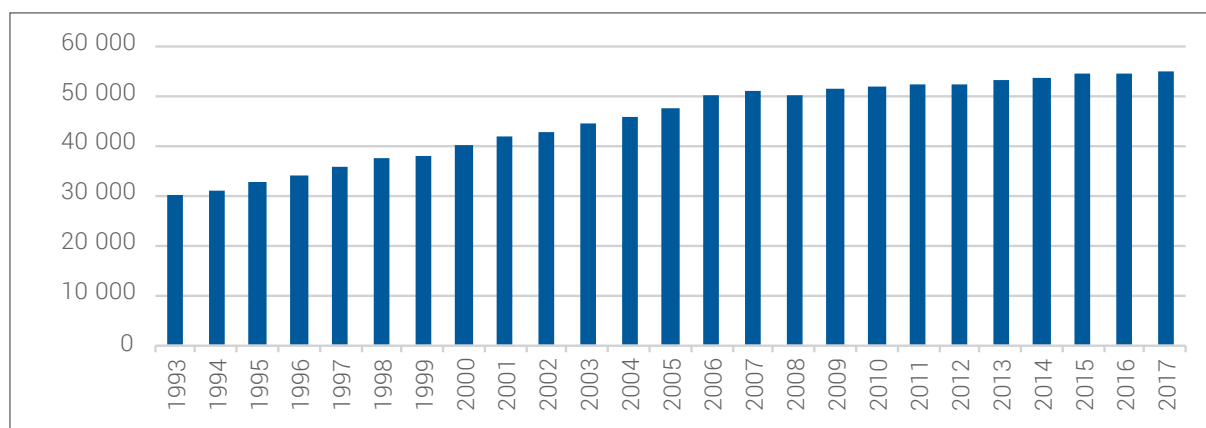
De nem csak a rendelkezésre álló kapacitás kevés. Súlyosítja a problémát, hogy a szolgáltatások területi megoszlására az egyenlőtlen, az ellátási igényekhez, szükségletekhez nem igazodó hozzáférés jellemző, illetve, hogy ahol rendelkezésre áll szolgáltatás, ott is nagyok az egyenlőtlenségek. A szabályozás és finanszírozás figyelmen kívül hagyja a településszerkezetből fakadó hátrányokat: a jogszabályi kötelezés, illetve a lakosságszámhoz (és nem az ellátást igénylők számához, ami pl. kistelepelelősen élők esetén az előregedés miatt magasabb, mint az országos átlag) igazodó szabályozás önmagában nem garanciája a hozzáférésnek.

Házi segítségnyújtás 2015-ben összességében a települések 91%-ában volt elérhető, étkeztetés 86%-ban – annak ellenére, hogy ezek biztosítása minden települési önkormányzat számára kötelező. Sok település csak ún. bevont településként tudja nyújtani ezt a két szolgáltatást, vagyis egy központi (gesztor) településről járnak ki a gondozók. Ez alapján a házi segítségnyújtás helyben országosan a települések harmadában, étkeztetés a felében működik (kistelepelelőseknél: 11 és 37%). Idősek klubját a települések 41%-a biztosítja, 1000 fő alatti településelelőnek azonban csak a harmada, igaz, számukra ez nem is kötelező (Bácskay, 2017). De ahol elérhető a szolgáltatás, ott sem igazodnak a kapacitások az igényekhez. „Például igénybeveveői számok alapján az egyik legnagyobb szolgáltatásnak tekinthető házi segítségnyújtásban vannak járások, ahol a

rendelkezésre álló kapacitások száma száz 65 év feletti lakosra vetítve eléri a 85-öt, miközben máshol az egyet sem. Ennek megfelelően az igénybeveveleti adatok is igen szélsőségesen alakulnak. Az ellátott idősök aránya települési szinten 1–80% között szóródik, azon településelelőken, ahol létezik ilyen ellátás. A szolgáltatások igénybeveveői ezekben az esetekben inkább csak kitöltik a rendelkezéselelőkre álló teret, egy olyan rendszerben, ahol a mozgástér kialakulását sokkal inkább az önkormányzatok, a szolgáltatásokat működtető civil és egyházi szervezetek, és az államilag finanszírozott férőhelyek elosztásáért felelős szervek határozzák meg.”(Goldmann–Mester–Gyetvai, 2016, 375-376) További probléma az információhiány: ahol pl. helyben nincs szolgáltatás, ott nem is informálják az idősöket arról, hogy jogosultak lennének igényelni (Kostyál, 2009).

Az ellátásokat igénybe vevők szocio-ökonómiai helyzetéről nagyon kevés az adat: leginkább csak a korcsoportos és nemi megoszlás ismert. Az ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátásban a 60 év felettek aránya 77,3%, a házi segítségnyújtásban 94,6%, a nappali ellátásban 58,4%, a szociális étkeztetésnél pedig 86,5%. A házi segítségnyújtás, szociális étkeztetés és az ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás ellátottjainak többsége idős nő (Goldmann–Mester–Gyetvai, 2016). Európai összehasonlításban Magyarországon ugyan alacsony az intézményekben élők aránya, de az 1970-es évek óta így is folyamatosan emelkedik (1993 és 2017 között közel megduplázódott az ellátottak száma: 30 155-ről 55 770-re növekedett).

4. ábra: Ellátottak száma idősökorúak otthona, gondozóháza



Forrás: STADAT, 2.5.17. A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak (1993–)

Ahogy láttuk, a 65+ népesség 3%-a él az Szt. hatálya alá tartozó tartós bentlakást nyújtó intézményben. Az életkor előrehaladtával nő a bekerülés valószínűsége: a legidősebbeknek (80+) már több mint 10%-a él intézetben, közöttük is a nők vannak többségben. Az intézetben élő időskorúak 47%-a, közel 30 ezer ember tartósan beteg. Az intézetben élő időskorúak 28%-a él valamilyen fogyatékossgal, míg a magánháztartásban élő időskorúaknak csak a tizedéről mondható el ugyanez. Az intézetben élő időskorúak elsősorban mozgássérültek, mentálisan sérültek, vagy értelmi fogyatékosok (KSH, 2014).

A gondozási szükségletvizsgálat 2007-es bevezetésének eredményeként idősek otthonába egyre inkább csak a legnagyobb gondozási szükséglettel rendelkezők kerülnek be. A tartós bentlakást nyújtó intézményekben ellátottak 63%-a 75 év fölötti volt már 2011-ben is. Az idősellátást igénybe vevő idősek 53%-a a 3. legnagyobb gondozási szükséglettel rendelkező csoportba tartozott. Jelentős a hallás- és látásvesztés, térbeli-időbeli tájékozódás károsodott, viselkedési problémák, önálló étkezés, öltözködés hiánya mellett szinte mindenhol megjelent a szakápolási szükséglet (Czibere et al, 2011).

Külön ki kell emelnünk a legnagyobb gondozási szükséglettel rendelkező demens ellátottak számát a szociális ellátórendszerben: az idősek nappali intézményében<sup>8</sup> 2017. januári adatok szerint 2421 főt, bentlakásos intézményben 12361 fő súlyos demenst láttak el az ágazat központi adminisztrációs adatai szerint. Vagyis idősek otthonában az ellátottak 23%-a demens. (Összehasonlításként: Európa legtöbb országában ez az arány 50% fölött van már ma is, vö. Dementia in Europe Yearbook, 2017). Ez csupán töredéke (kb. 6%) a demenciában érintett mintegy 200 000 főnek, bár az ellátottak között

a számuk és arányuk drasztikus ütemben nő (Gyarmati, 2012).

Az idősek ellátását érintő kapacitáshiányokat, illetve a rossz, nem egymásra épülő ellátásszervezést legjobban a várólisták mutatják: a férőhelyekre várakozók száma ugyanis gyors ütemben növekszik. Ezeket az adatokat a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság közli a Szociális Ágazati Portálon havi bontásban. A legkorábbi adatszolgáltatás szerint 2016. 06. 01-jén 16 853 fő várakozott idősek otthonában férőhelyre, ez 2019. 02. 05-én 24 842 főre növekedett. (Ezek a számok a valóságban magasabbak, becslések szerint a reális szám 35 ezer körül mozog, mivel sokan nem is regisztrálnak a hosszú várólisták miatt.) 2016-ban 100 férőhelyre akkor 40 fő várakozott idősek otthonában, míg átmeneti otthonba 100 férőhelyre 76 fő várakozó jutott. A nyers adatokból kiszámolva jelenleg 100 férőhelyre 45 várakozó jut idősek otthonában, átmeneti ellátásban pedig 74. A várakozás ideje átlagosan 2 év, a kérelmek körülbelül fele megszűnik a várakozási idő alatt – fele részben elhalálozás miatt. Ezért is különösen nehezen magyarázható, hogy az utóbbi 8 évben központi állami fenntartásban működő idősek otthonában új férőhely nem jött létre<sup>9</sup>.

5. tábla: Várakozók száma, 2019. 02. 05.

Szolgáltatások	Várakozók száma
házi segítségnyújtás	679
jelzőrendszeres segítségnyújtás	524
nappali ellátás	147
átmeneti ellátás	2 199
idősek otthona	24 842

Forrás: [http://szocialisportal.hu/documents/10181/202037/Varakozoi\\_jelentes\\_2019\\_februar.pdf/45040c1d-3703-2620-c8b9-cc50f2229982](http://szocialisportal.hu/documents/10181/202037/Varakozoi_jelentes_2019_februar.pdf/45040c1d-3703-2620-c8b9-cc50f2229982)

<sup>8</sup> Demens személyek nappali ellátásának biztosítására kötelezett a tízezer főnél több lakost számláló települési önkormányzat. Többszörös hatékonyságú ellátási forma, mivel egyrészt fejlesztő foglalkozások helyszíne és így lassítja a betegség progresszióját, másrészt tehermentesíti a gondozó családtagot.

<sup>9</sup> <http://www.parlament.hu/irom41/04135/04135-0001.pdf> Rétvári Bence 2019. januárjában Korózs Lajos interpellációjára adott válaszából az derül ki, hogy az elmúlt 8 évben 54 férőhely jött létre, de ezek mind a fogyatékkal élő személyek, szenvedélybetegek ellátását érintették (a kiváltás stratégiával összefüggésben).

### 3.4. Az egészségügyi ágazattal való együttműködés

Az egészségüggyel való együttműködést indokolnák az ellátórendszerek fenntarthatóságának szempontjai, illetve az, hogy a szociális és egészségügyi problémák nagyon gyakran összefüggnek, a gyógyítás együtt kellene hogy járjon szociális munkával, szociálpolitikai beavatkozásokkal. A két rendszerben vannak párhuzamosságok a klienskört illetően, különösen az idős, pszichiátriai ellátások esetén, ugyanakkor tényleges együttműködés sem rendszer, sem a szakemberek szintjén nincs, más a finanszírozási, ellátásszervezési elv is. A rendszerváltás után születtek koncepcionális elképzelések a lehetséges együttműködésekre. Ilyen volt például 2003-ban az ún. ápolási biztosítás bevezetésének ötlete, amely a társadalombiztosítási rendszerhez hasonlóan működött volna kimondottan a tartós ápolással-gondozással kapcsolatos költségek fedezésére külföldi minta alapján (Győri–Mózer, 2006, 19. o.)

Egy másik koncepció 2005-ből az Integrált Szociális és Egészségügyi Rendszer, melynek célja az elsősorban a 65 év feletti, önellátó képességükben egészségügyi és/vagy szociális okokból korlátozottak szakszerű és költséghatékony ellátása, preventív szemléletű támogatása lett volna. Az állapot és szükségletfelmérést követően, személyre szabottan készített ellátási és gondozási program alapján működött volna. A rendszer szolgáltatóit konzorciális szervezet fogta volna össze. A rendszer a következő elemekből épült volna fel: Szociális és Egészségügyi Szükségletfelmérő Intézet, alapellátás szintjén: a házi orvos, otthoni szakápolás, házi szociális gondozás; akut egészségügyi ellátás: kórház, nappali kórház, szakellátás (krónikus ellátás): ápolási intézmények, gondozó házak, idősek napközi otthona, jelzőrendszerek, geriátriai/gerontológiai centrum, bentlakásos elhelyezést nyújtó intézmények: szociális otthonok, nyugdíjas házak, apartman ház, lakópark, illetve eszményment (Falus–Juhászné, 2005).

Az ISZER országos szinten nem került bevezetésre, de helyi szinten például Győr városának önkormányzata az egészségügyi és szociális ellátást

egységes integrált rendszerben valósítja meg jelenleg is. Győrben az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Területi Gondozó Szolgálatának szakmai feladata a város közigazgatási területén életvitelszerűen élő, lakó és tartózkodási hellyel rendelkező személyek részére a szociális alapszolgáltatások és szakellátások nyújtása. Hét gondozási központ, tizenhárom idősek klubja és egy átmeneti gondozóház biztosítja az ellátást, a házi segítségnyújtást és az otthoni szakápolást egységes rendszerben valósítják meg. Létrehoztak idősek garzonházait, ahol az idősek nővérszolgálatot, étkeztetést, klubfoglalkozást vehetnek igénybe rendkívül kedvező árakon. A fejlesztési tervekben szerepelt továbbá szociális bérlekások építése kimondottan idősek számára (Szociális Innováció Alapítvány, 2009)

2016 márciusában született egy minisztériumi koncepció, Ónodi-Szűcs Zoltán akkori egészségügyért felelős államtitkár reformjavaslataként, amelynek a célja az időseket érintő egészségügyi és szociális ellátásokban lévő párhuzamosságok felszámolása lett volna. Ennek értelmében az egészségügyben lévő krónikus betegágyaknak nagyjából a harmada (10 ezer betegágy) átkerült volna a szociális szakellátáshoz. Olyan szakellátási otthonokat szerettek volna kialakítani a meglévő kórházi telephelyeken, ahol egészségügyi ellátásra, szakápolásra szoruló időseket láttak volna el idősotthoni körülmények között. Ettől az ágy átcsoportosítástól nagyjából 3 Mrd Ft megtakarítást vártak volna. Emellett felmerült újra az ápolási biztosítás ötlete is a finanszírozás hosszútávú biztosítása miatt (Fülöp, 2016). Végül a koncepció nem valósult meg (az egészségügy nem volt hajlandó lemondani az ágyak átengedésével együtt a finanszírozásról is), mindössze annyi történt, hogy 2016-ban bekerült az Szt.-be a szakápolási otthon, mint új szakellátási forma, de ilyen otthonok fizikailag nem jöttek létre.

### 3.5. Az idősellátást érintő szakpolitika változása a rendszerváltástól 2018-ig

Az 1993-ban, az Antall-kormány által elfogadott III. törvény „A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról” az előző évtizedekben kialakult, a

szociális jogok alkotmányos, valamint a nemzetközi egyezményekben vállalt kötelezettségek és azok hazai biztosítása közötti ellentmondások feloldásának céljával született. Emellett a 90-es években bekövetkezett nagyméretű társadalmi változások is indokolták a törvény megalkotását. A piacgazdaságra való átállás, a jövedelmi egyenlőtlenség növekedése, valamint a növekvő elszegényedés igényelte az új elosztási és az önálló, korszerű szociális ellátó rendszer kialakítását. A gazdaságtalanul működő nagy állami vállalatok bezárása, illetve privatizációja, valamint az ebből adódó tömeges létszámleépítések hatására a foglalkoztatottak száma kb. 1,1 millió fővel csökkent 1989–92 között. A megszületett új törvény az egységes szerkezetű, önálló szociálpolitika megteremtésére irányuló intézkedések, rendelkezések, kötelezettségek körét határozta meg, mindezt elsősorban a pénzbeli ellátások terén. Az új törvény erősítette és bővítette a szociális jogokat Magyarországon. Olyan segélyezési, gondozási formákat vezetett be, amelyek elsősorban a leszakadó, elszegényedett, rossz helyzetbe került csoportoknak kívántak valamilyen szintű szociális biztonságot nyújtani (Hodosán, 2003).

Végigtekintve a rendszerváltás utáni kormányciklusok időseket, részben a gondozókat érintő fontosabb jogszabályi változtatásain több folyamatot is azonosíthatunk. Ami a szakmaiságot, szakmai fejlődést vagy ennek lehetőségét illeti, itt nemigen beszélhetünk a nyugat-európai trendekhez való igazodásról. Szakmai kérdéseket a jogszabályok nem érintenek, a hatóságok ezt a szempontot nem veszik figyelembe az ellátások ellenőrzésekor, az ún. módszertani intézmények (amelyek a szakma megújításáért felelnének) szerepe csekély. Uniós cél az otthoni professzionális ellátás fejlesztése, az idősek otthoni gondozásának preferálása, ezzel párhuzamosan az informális gondozók státuszának rendezése a drága intézményi ellátással szemben. A szociális törvény ugyan kötelezi a helyi önkormányzatokat az étkeztetés és házi segítségnyújtás biztosítására, de ez az eltelt 25 év alatt sem vált minden, a szükségletei alapján rászoruló számára elérhető alapellátássá. Az informális gondozók számára

mindössze a szerény összegű ápolási díjra való jogosultság lehetősége adott (amelyet az otthon idős hozzátartozó ápolását végzőknek csupán a töredéke tud igénybe venni), de még elképzelés szinten sem születtek meg a gondozó családokat segítő háttérszolgáltatások, nincs kliensvédelmi rendszer, hiányzik a gondozási politika összehangolása a foglalkoztatáspolitikával. Az intézményi ellátásban nem sikerült meghaladni az őrző-ápoló szemléletet – ennek a pénzügyi okokon túl a szakemberképzésben, tudáshiányban keresendők az okai (Szabó, 2011).

A szociális ellátások finanszírozását az uniós csatlakozás óta határozza meg az OECD, és a Világbank által is képviselt neoliberais gazdaságpolitika, amelynek legfőbb célja az állami újraelosztás csökkentése, a jóléti alrendszerek leépítése – arra való hivatkozással, hogy a szociális ellátások akadályozzák a piac hatékony működését, és ezen keresztül a gazdasági növekedést. Az ellátások finanszírozásában meglehetősen hektikusan változtak a fajlagos összegek, illetve a számítási mód (lakosságszámhoz kötés, majd ellátotti létszámhoz, újabban feladatmutatóhoz), de a cél minden esetben a költségek szinten tartása, időnként csökkentése volt. A rendszerváltás utáni időszakban csupán két kiemelkedő év volt: 2003, illetve 2005, amikor a legtöbb szolgáltatásnál meredekebb normatíva emelkedés volt látható. 2005 után viszont már csak néhány esetben történt normatíva emelkedés (a házi segítségnyújtás, étkeztetés, idősek nappali ellátásában). A szakosított ellátások (bentlakásos, illetve átmeneti elhelyezést nyújtó ellátások) esetében jellemzően csökkentek a fajlagos költségek 2005 után (Mester, 2010). Jellemző a neoliberais gazdaságpolitika túlélésére, hogy a 2003-as SZOLID projektben<sup>10</sup> lefektetett célok, alapelvek, fogalmak újra megjelentek a 2016-os Nemzeti Szociálpolitikai Konceptióban is.

Az intézményrendszer a 2013-as fenntartói centralizációs törekvésekkel összhangban, a feladat alapú finanszírozás és a kapacitásszabályozás bevezetésével végleg elveszítette a valós, helyi szinten jelentkező szükségletekre való reagálás

10 A projekt célja a szociális ellátórendszer és a szociális törvény megújítása volt, vö. Győri–Mózer (2006)

lehetőségét. A gondozási szükségletvizsgálat 2018-as módosítása például jól mutatja, hogy az ágazati döntéshozók ugyan látják az időszotthoni férőhelyszám befagyasztásból fakadó szükségletnövekedést, de ezt egyelőre a házi segítségnyújtás gondozási idejének a kitolásával szeretnék kezelni (azaz az alapellátásra terhelik, miközben az egy gondozóra eső gondozotti létszámok már jelenleg is kezelhetetlenek). Szinte csak a központi költségvetés szempontjai határozzák meg az Szt. módosításait, a finanszírozás nem a valódi költségekhez igazodik. Nincs az ágazatnak hosszú távú, a fenntarthatóságot biztosító, de szakmailag megalapozott, a társadalmi változásokat szem előtt tartó stratégiája, a szociális ügyekért felelős miniszter szerepe csekély (szintén beszédes, hogy az Szt.-ben új kapacitások befogadását önmagában a szociális ügyekért felelős miniszter nem hagyhatja jóvá – ehhez a pénzügyminiszter hozzájárulása is szükséges).

A 93-as szociális törvény egy decentralizált, a helyi önkormányzatokat középpontba helyező szolgáltatási rendszert alkotott meg. A decentralizáció negatívumai ugyanakkor már a kezdetektől világosak voltak: a szociális szolgáltatások biztosítása erősen függővé vált az önkormányzatok teherbíró képességétől, így jelentős hozzáférési egyenlőtlenségek alakultak ki. A jogalkotók ezt úgy próbálták meg orvosolni, hogy egyre több feladatot írtak elő az önkormányzatok számára (a finanszírozás biztosítása nélkül, hiszen megbecsülni sem tudták a költségeket), ösztönözték az integrációt, a társulásban való feladatellátást, fokozódott az ellenőrzés (egymás után születtek és születnek a központi nyilvántartások, melyeknek a legfőbb célja a pénzügyi ellenőrzés segítése). 2011-re mindez az önkormányzatok eladósodásához vezetett. Azonban a kormányzat ezt a problémát nem a finanszírozás valós költségeihez való igazításával kezelte, hanem azzal, hogy részben megfosztotta az önkormányzatokat közfeladataiktól (centralizáció). Mindezt tetézi, hogy a finanszírozás nem szektorsemleges: az egyházak jóval kedvezőbb feltételekkel nyújthatják ugyanazt a szolgáltatást, mint az önkormányzatok, ezért nem meglepő, hogy elindult

a bentlakásos férőhelyek egyházi fenntartásba való átadása is. Ezeknek a folyamatoknak az eredményeként a családok terhei tovább nőnek: az állam a tartási kötelezettség Alaptörvénybe emelésével világosan kijelölte, hogy a gondoskodási válság kezelésében nem tekinti partnernek a gondozó családtagokat (büntethetővé váltak, ha nem fizetik meg a térítési díjat idős hozzátartozójuk után). Mindezek következtében nem tudnak artikulálódni a helyi szükségletek, a fenntartók közti harcban elvesznek az ellátottak, az illegális megoldások egyre inkább elszaporodnak.

## 4. A gondozási munkát végzők

### 4.1. Professzionális gondozók

A KSH 2023-as számú OSAP<sup>11</sup> adatai szerint 2013. december 31-én az ágazat intézményeiben 92102 betöltött állás volt. Főbb ellátási területként a legtöbb álláshely (39 ezer, ez az összes álláshely 42%-a) a szociális szakellátásban volt, amit a szociális alapellátás követett (29 000, 31%). Az egy álláshelyre jutó ellátotti szám a szociális alapellátásban a legmagasabb: itt átlagosan egy betöltött állásra 13 ellátott jut. Az álláshelyek 80%-a szakmai munkakör. A szociális területen dolgozó 60 ezer főállású szakmai munkát végző munkavállaló 91%-a nő – ez nemzetközi összehasonlításban is nagyon magas (vö. WICARE project, 2015). Az ágazatban dolgozók korösszetétele erősen eltolódott az idősebbek irányába. A főállásban szakmai munkát végzők kicsit több mint harmada 50 évesnél idősebb, és mindössze 7,5 százalékuk fiatalabb 30 évesnél. A korösszetétel alakulása előrevetíti, hogy néhány éven belül a szociális területen dolgozók iránti kereslet hirtelen növekedni fog, mivel a nyugdíjba vonuló nagyszámú idősebb korosztály állásait be kell majd tölteni pályakezdő fiatalabbakkal. Az ágazatban dolgozók túlnyomó többsége, közel kétharmada középfokú végzettséggel rendelkezik. A diplomások aránya 25%, míg az alapfokú végzettséggel rendelkezők 13 %-kal képviseltetik magukat. A diplomások aránya a szociális alap- és szakellátásban a legalacsonyabb (20%). (Goldmann, 2014)

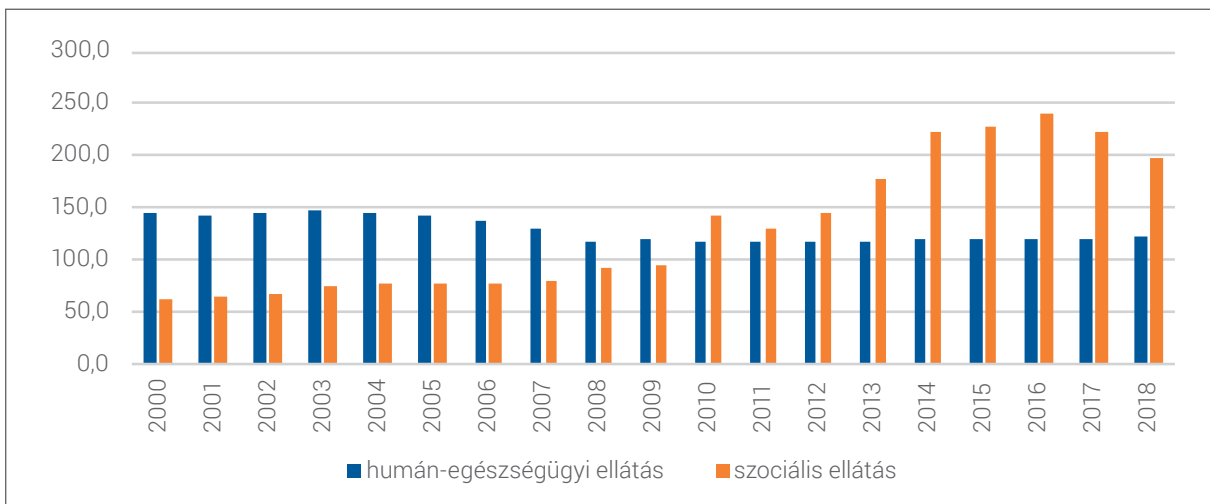
11 Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program

A szociális területen dolgozók munkájának nagyon alacsony a társadalmi megbecsültsége (ezt mutatja a szakma elnöiesedése, vagyis a nők magas aránya, az alacsony bérek, bizonyos munkakörök esetén a közfoglalkoztatottak magas száma). Az ellátottak száma és szükségletei pedig folyamatosan nőnek, amit jól mutatnak az egy dolgozóra eső esetszámok is (pl. házi segítségnyújtásban 1995-ben egy gondozóra átlagosan 3,6 gondozott jutott, míg 2015-ben már 8,4, vö. Szociális statisztikai évkönyv, 2016.8.2. tábla)

A KSH adatai szerint a szociális szféra munkavállalóinak száma 2010 óta meghaladja az egészségügyi dolgozók számát (folyamatos növekedés mellett, ami csak 2017-ben tört meg). Míg 2010-ben 143 400, 2018-ban már 198 600 fő dolgozott az ágazatban.

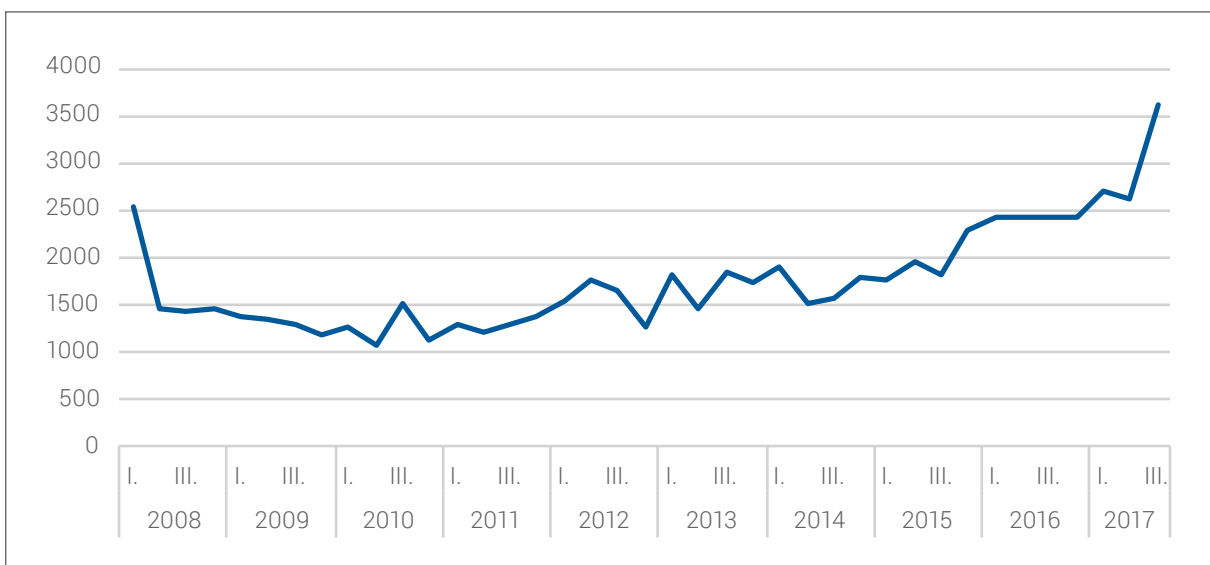
Ugyanakkor a szociális szférában a KSH adatai szerint az üres (betöltetlen) álláshelyek száma is folyamatosan növekszik 2010 óta, 2017-ben 3605 betöltetlen álláshelyet regisztráltak az intézmények.

5. ábra: Alkalmazásban állók száma



Forrás: KSH STADAT táblák: 2.1.38. Alkalmazásban állók száma közfoglalkoztatottakkal együtt

6. ábra. Üres álláshelyek száma a szociális szférában



Forrás: KSH, 2009.sz. OSAP, saját adatkérés



Feltehetjük azt a kérdést, hogy mi lehet az oka annak, hogy 2010-től mind az alkalmazásban állók száma, mind az üres álláshelyek száma (ami a munkaerőhiány legjobb mutatója) folyamatosan nő? A magyarázat nagy valószínűséggel a közfoglalkoztatásban rejlik. A KSH azonban nem közli sem a bérek, sem a foglalkoztatottak számát a közfoglalkoztatottak nélkül, így megbecsülni sem tudjuk, hogy ez mennyit torzít a valós helyzetképen.

A szociális pálya vonzása csekély, a túlterheltség, stressz, az anyagi megbecsülés hiánya miatt. A terepen dolgozók szerint a szolgáltatások állandó szakemberhiánnyal küzdenek, a munkavállalók tömegesen hagyják el a pályát. Fokozza a szakemberhiányt, hogy a szociális felsőoktatási képzés 2005, de még inkább 2009 után nagyon alacsony szintre süllyedt. Míg 2005-ben több mint 7300-an, a 2014/2015-ös tanévben már csupán 1300-an kezdték meg szociális munkás és szociálpedagógus tanulmányaikat (Balogh et al, 2015).

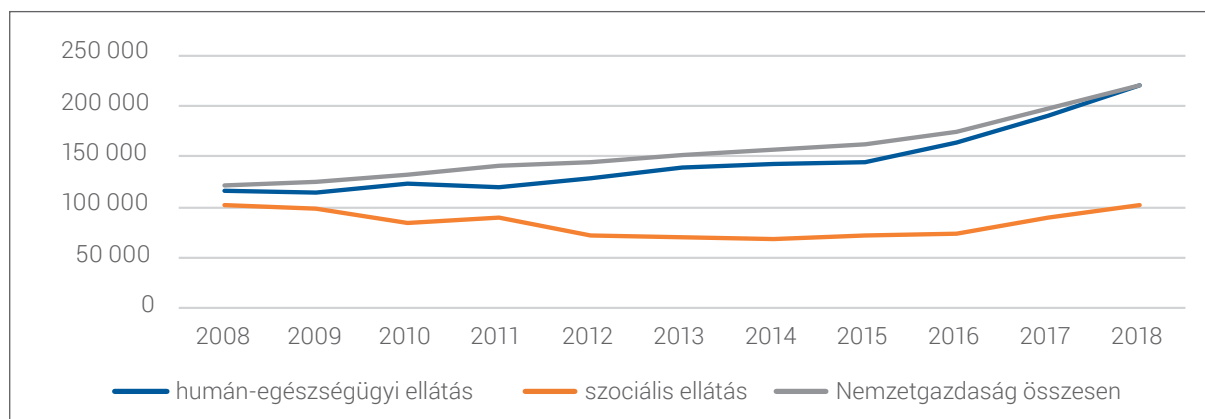
A KSH bérekre vonatkozó adatai szerint 2018-ban szociális területen az átlagos nettó kereset 101 000 forint volt (azonban ez az adat megtévesztő, mivel a közfoglalkoztatottakkal együtt számítják, ami jelentősen lehúzza az átlagot, ugyanakkor azt elmondhatjuk, hogy a nemzetgazdaság egészén belül ennek a szférának a munkavállalói viszik haza a legkisebb munkabért). Az Alapvető

Jogok Biztosának Jelentése 2013-ban megállapította a szociális gondozók hátrányos megkülönböztetését a bérezés terén, mivel az egészségügyi dolgozókhöz képest azonos munkáért (idősgondozás, betegápolás) kevesebb bért kapnak. A szociális dolgozók szakszervezetei 2008 óta követelnek béremelést. Ennek nyomására 2013 decemberében a területért felelős államtitkár bejelentette, hogy az ún. szociális ágazati életpálya-modell bevezetését tervezik a szféra bérhelyzetének rendezésére. Ennek első lépése lett a szociális ágazati pótlék, amely 5–11%-os, vagyis 6–17 000 Ft-os emelést kívánt elérni. 2015. július 1-jétől bérkiegészítést állapítottak meg<sup>12</sup>, ami 66 418 fő részére biztosított átlagosan bruttó havi 16 000 Ft bérkiegészítést. A kiegészítő pótlék kifizetéséhez kapcsolódóan a fenntartók – az ágazati pótlékhoz hasonlóan – költségvetési támogatásra jogosultak (Máté, 2016). Az EMMI tervezte 2017-től a szociális életpálya-modell bevezetését, de nem volt meg hozzá a kormányzati támogatás.

#### 4.2. Informális gondozás: családi gondozók

A KSH 2011-es, „Munkavégzés és családi kötelezettségek” című időszaki kiadványában, ami a Munkaerőpiaci felmérés egy külön moduljának adatait elemzi, megállapítja, hogy a 15–64 éves népesség 5,6%-a gondoz rendszeresen erre rászoruló beteg, fogyatékossgal élő 14 évesnél idősebb személyt.

7. ábra: Havi nettó átlagkeresetek a nemzetgazdaságban



Forrás: KSH, STADAT 2.1.46. A teljes munkaidőben alkalmazásban állók havi nettó átlagkeresete a nemzetgazdaságban

12 165, 166/2015. Kormányrendelet

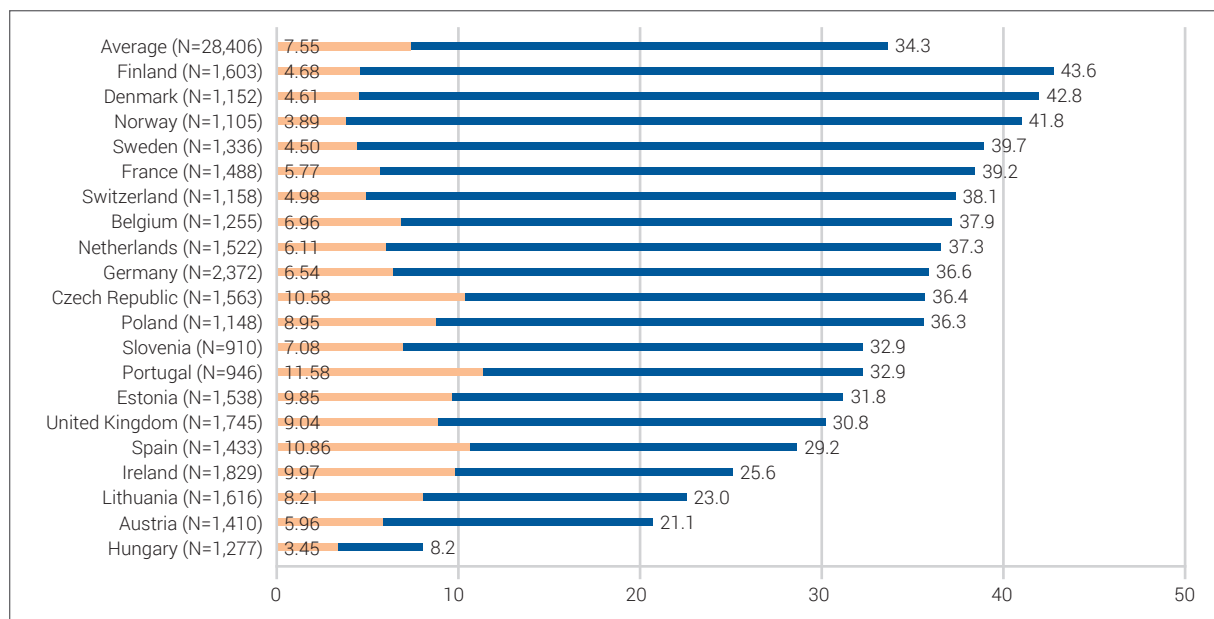
Hasonlóan minden egyéb, a háztartásban végzett tevékenységhez, a nők érintettsége nagyobb, mint a férfiaké, bár távolról sem akkora a különbség, mint például a gyermekek gondozásánál. A férfiak 4,4%-a, a nők 6,7%-a látott el erre rászoruló felnőtt családtagot. Ez a típusú gondozási tevékenység inkább a középkorú vagy idősebb népességre jellemző, a 45–64 évesek 8,9%-a, ebből az ilyen korú nők 10,4%-a volt érintett. Ezek a korosztályok vélhetően főleg szüleikről gondoskodnak, de az életkor előrehaladtával egyre valószínűbb az, hogy a házastárs a gondozásra szoruló. A nem gyermekkorúakat gondozók 15,3%-a (férfiak 8,2, nők 19,8%-a) jelezte, hogy ez a tevékenység korlátozza a munkavégzésben (jellemzően nem tud emiatt munkát vállalni, beleértve azt is, ha ez volt a nyugdíjba vonulásának oka, illetve csak részmunkaidős munkát tudott vállalni). A 15–64 éveseknek azonban csak a 11%-a jelezte, hogy ápolási díjban részesült az adatfelvétel idején.

Ennél frissebb nagymintás adatok a European Social Survey 7., 2014-es hullámából állnak rendelkezésre (22 ország, 28 ezres minta). Eszerint az Unió országaiban átlagosan a felnőtt népesség 34%-a gondoz otthon idős hozzátartozót, ezen belül a magyar adatok a legalacsonyabbak: 8,2% (az intenzív gondozók, azaz akik legalább heti 11 órát gondoznak, aránya

pedig csupán 3,4%). Az informális gondozók között felülreprezentáltak az 50–59 éves gazdaságilag inaktív, vallásos nők. Ők a mentális, fizikai állapotukat sokkal rosszabbnak ítélik, mint a teljes népesség.

Két fontos összefüggést érdemes kiemelni: egyrészt minél magasabb egy országban a gondozásban részt vevők aránya, annál alacsonyabb az intenzív gondozók aránya, illetve fordítva. Másrészt összefüggés van a jóléti állam típusa és a családok gondozási tevékenységének mértéke között: több, informális gondozással és a jóléti állammal foglalkozó kutatás is alátámasztja (pl. Visser et al, 2018) az ún. kiegészítő hipotézis (crowding-in) érvényességét. Ennek értelmében minél nagyobb az állami részvétel (pl. nagyobb a finanszírozás, több a férőhely, tehermentesítő szolgáltatások vannak, a családi gondozók munkáját elismerik és honorálják), annál nagyobb arányban vesznek részt a családok is a gondozásban. Ilyen esetekben ugyanis megoszlik a teher, így sokkal nagyobb az önkéntes bevonódás. Ebből pedig az is következik, hogy az állami kivonulás következtében nem hogy nem nő meg a családi gondozás aránya, hanem éppen hogy csökken: csak azok veszik magukra a gondozással járó terheket, akiknek nincs más választásuk (vö. Gyarmati, 2016).

8. ábra: Informális (családi) gondozók népességen belüli aránya, ESS. 2014.



Forrás: Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health Ellen Verbakel1, Stian Tamlagsrønning2, Lizzy Winstone3, Erlend L. Fjær2, Terje A. Eikemo

Az idősök gondozásával kapcsolatos szerepelvárások, attitűdök generációs változáson mennek keresztül: a különböző korcsoportok eltérően vélekednek erről az Életünk fordulópontjai kutatássorozat szerint. 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. Nemek szerint van eltérés, de nem túl jelentős: a nők inkább egyetértenek (29%), mint a férfiak (23%). Az idősök véleményének megoszlása azt mutatja, hogy 5% szeretne összeköltözni a gyerekével, 30% szeretne professzionális ellátást egy idősök otthonában, 61% szeretne saját otthonában maradni (Monostori–Gresits, 2018).

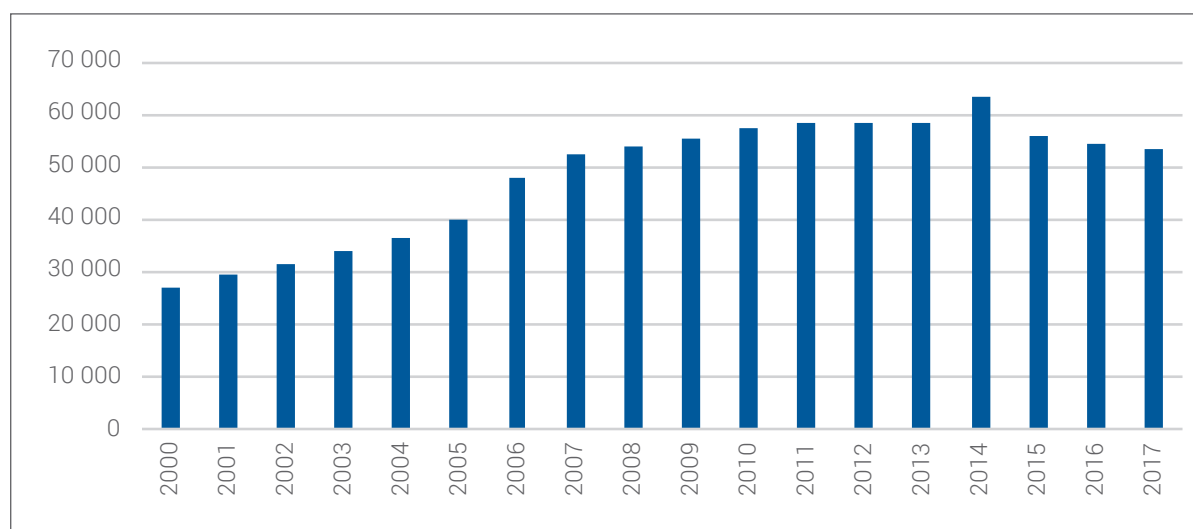
#### 4.2.1 Ápolási díj

Az otthon, súlyosan fogyatékos, tartósan beteg hozzátartozó ápolását végzők számára az Szt.-ben biztosított pénzügyi ellátás az ápolási díj. Az ápolási díj alanyi jogon jár alap (súlyosan fogyatékos – életkorra tekintet nélkül, vagy tartósan beteg 18 év alatti esetén), emelt (fokozott ápolást igénylő hozzátartozó) és kiemelt (a rehabilitációs hatóság a gondozottat E osztályba sorolta, vagy magasabb összegű családi pótlékot is kap) összeggel. A 2019-es, 15%-os emelés után ezek az összegek: alapösszeg 37 490 Ft, emelt összeg

56 398 Ft, kiemelt összeg 67 482 Ft (ezek bruttó összegek, amiből tb-t vonnak). Emellett 2015 márciusig létezett a méltányossági ápolási díj is mint pénzügyi ellátás. Ezt azok igényelheték a települési önkormányzattól, akik alanyi jogúra nem voltak jogosultak (pl. mert nem a jogszabály szerinti közeli hozzátartozót ápolta). A 8. ábra mutatja az igénybevételi számokat, 2017-ben 53 ezer főnek állapították meg ápolási díjat. 2014 utáni csökkenés oka, hogy a méltányossági ápolási díjasok száma (közel 8000 fő) kikerült a statisztikából.

Az ápolási díjon lévő családi gondozók társadalmi helyzetét 2015-ben egy reprezentatív mintás kutatással vizsgálta a TÁRKI. Mivel a kutatás egyedülálló és az egyetlen, ami hiteles képet nyújt az informális gondozók magyarországi helyzetéről, ezért némileg hosszabban mutatjuk be. A kutatási zárójelentés megállapítja, hogy a mintában lévők 52%-a alapösszegű ellátást, 28% emelt összegűt, 21%-uk kiemelt összegűt kapott. Területileg jelentősek az eltérések: tízezer főre vetítve Budapesten a legalacsonyabb, míg a leghátrányosabb helyzetű Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Alföldi régiókban a legmagasabb az ápolási díjat igénybe vevők aránya. 74%-uk nő (minél intenzívebb a gondozási szükséglet, annál inkább a nőkre marad a feladat). Jellemzően a 40-50 évesek korcsoportjába tartoznak, 40%-uk községben él, iskolai végzettségük hasonló a teljes népességhez.

9. ábra: Ápolási díjat igénybe vevők



KSH, STADAT táblák, 2.5.13. Jövedelempótló szociális támogatások (2000–)

A gondozók fele olyan háztartásban él, ahol nincs gazdaságilag aktív személy, 36% az egykeresős háztartás aránya. Háromnegyedüknek volt fizetett munkája, mielőtt a díjat igénybe vette, többségük teljes állásban dolgozott, az adatfelvétel idején 17%-uk végzett fizetett munkát. Akik nem dolgoznak, az ellátott állapotával indokolták ezt. Az inaktívak 55%-a szeretne munkát vállalni, ha nem gondozna: 79%-uk teljes állásban dolgozna, 10%-uk részidőben. A jövedelmi helyzetükre jellemző, hogy az egy fogyasztási egységre eső jövedelem szempontjából 70%-uk tartozik a magyarországi népesség alsó két jövedelmi ötödébe.

Az ápolts személyekről azt lehet tudni, hogy 19%-uk kiskorú, 51% 60 évnél idősebb. Kétharmaduk esetében szülő–gyerek kapcsolatról van szó, jellemzően közel egy évtizede gondozzák őket (47%). A gondozottak 70%-a mozgásában korlátozott, 62%-a krónikus beteg, 42% demens. Az ápolási szükségletük jellemzően 6–9 óra naponta, az ápolts fele 24 órás felügyeletet igényel. A gondozók 37–49%-a számára megterhelő vagy nagyon megterhelő az ápolás fizikailag. Az alap- és intézményes szolgáltatásokról alig van információjuk (támogató szolgálat, házi segítségnyújtás, otthoni szakápolás), alig 20-30% ismeri ezeket. A többség szerint méltánytalanul alacsony az ápolási díj összege, emiatt sokan aggódnak a nyugdíjuk miatt. A kutatás egyik legfontosabb eredménye, hogy cáfolja az ágazati döntéshozók sztereotípiáját, miszerint az ápolási díj szociális menedék lenne. Hiszen, ahogy láttuk az adatokból, a többségük dolgozott, mielőtt informális gondozóvá vált és továbbra is dolgozna, ha lehetősége lenne rá. (Tátrai, 2015)

Civil szervezetek kezdeményezték az ápolási díj jelentős emelését, az otthonápolási tevékenység munkaviszonyként való elismerését, de csak részsikereket tudtak elérni. 2019. 01. 01-től bekerült a szociális törvénybe (1993. III. tv. Szt.) egy új ápolási díj típus: a GYOD (gyermekek otthongondozási díja), ennek összege a költség-

vetési törvényben szabályozott, 2019-ben bruttó 100 000 Ft, az ellátás csak szülő–gyermek viszonyban értelmezhető, ezért sokan kiesnek belőle (A MEOSZ adatai szerint 18 000 fő tudott csak átkerülni januártól ebbe az ellátásba, de rájuk is vár még egy felülvizsgálat<sup>13</sup>). Idős szülőt, hozzátartozót gondozók számára továbbra is csak az alanyi jogú ápolási díjat lehet megállapítani.

#### 4.3. Munka-gondozás összehangolása

Magyarországon egy 2012-es KSH statisztika szerint a családi kötöttség, gondozás miatt 50 év feletti korosztályból 30550 fő adta fel a munkavállalást, ebből 26 100 (74%) volt nő (KSH, 2013, 7. tábla). Ez nem csak az egyéni, családi szinten megjelenő elszegényedés miatt probléma, de az a gazdaság egészét negatívan érinti. Hozzájárul a munkaerőhiányhoz, és szembe megy az Európa 2020 Stratégia foglalkoztatási céljaival is. A Stratégia értelmében a 20–64 évesek foglalkoztatási rátáját a jelenlegi 69%-ról legalább 75%-ra kell növelni, különösen a nők és az idősebb munkavállalók nagyobb mértékű foglalkoztatásának ösztönzésével. Magyarországon a munka-gondozás összehangolását mindössze egy 2 éves fizetés nélküli szabadság „segíti”.<sup>14</sup>

A nemzetközi foglalkoztatási szervezet (ILO) 156. számú 1981. évi egyezménye<sup>15</sup> már foglalkozott a családi gondozás problémájával és felmondási védelmet javasol a családi gondozókra. Ezt Magyarország nem ratifikálta, a felmondási védelem hazánkban részleges.

2019 áprilisában szavazta meg az Európai Parlament „a szülők és gondozók vonatkozásában a munka és magánélet közötti egyensúly megteremtéséről” szóló irányelvet, melyet három éven belül kell a tagállamoknak beépíteniük a jogrendjükben. Ez kezdeményezés azonban inkább csak szimbolikusnak, első lépésnek tekintethető. A 2017-es

<sup>13</sup> MEOSZ, Ápolási díj, nyílt levél. [http://www.meosz.hu/wp-content/uploads/2019/02/Apolasi-dij-nyilt-level\\_2019.02.04.1.pdf](http://www.meosz.hu/wp-content/uploads/2019/02/Apolasi-dij-nyilt-level_2019.02.04.1.pdf) letöltve: 2019. 02.14.

<sup>14</sup> Mt. 61. 131. § (1) „A munkavállalónak hozzátartozója tartós – előreláthatólag harminc napot meghaladó – személyes ápolása céljából, az ápolás idejére, de legfeljebb két évre fizetés nélküli szabadság jár.”

<sup>15</sup> [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312301:NO](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312301:NO)

irányelvjavaslat abból indult ki, hogy nem megfelelőek a munka magánélet összehangoló politikák. „Az Unió és a tagállamok szintjén jelenleg érvényben lévő jogi keret csak kevés rendelkezést tartalmaz arra vonatkozóan, hogy a férfiak a nőkkel egyenlő részt vállaljanak a gondozási kötelezettségekből (...)” Ezért bevezetésre javasolják az ún. gondozói szabadságot. Ez évi öt napra vonatkozó alanyi jogosultságot jelentene, melynek során legalább a táppénz összegének megfelelő díjazás jár.<sup>16</sup>

## 5. Főbb problémák, következtetések

Ami a szükségletek mértékét illeti, a 65 év feletti korosztály létszáma a 2016-os mikrocenzus szerint 1,8 millió fő. Közülük 1,3 millió fő (a korcsoport 74%-a) él valamilyen fizikai korlátozottsággal. Közülük a leginkább rászoruló a 80 év fölöttiek, számuk 412 ezer volt 2016-ban. Demenciában nagyjából 250 ezer idős ember érintett. Szociális szolgáltatások közül alap- és szakellátások állnak rendelkezésre. A legrosszabb a helyzet az idősök otthonában: ezt mindössze az idősök 3%-a tudja igénybe venni. A demenciában szenvedők mindössze 6%-a kerül be idősök otthonába, ugyanakkor az arányuk már jelenleg is 23% az összes bentlakóhoz viszonyítva. Idősök otthonában jelenleg 100 férőhelyre 45 várakozó jut a hivatalos statisztika szerint, becslések szerint ez az arány rosszabb: 100 férőhelyre nagyjából 60-an várakoznak. A várakozási idő hosszú, átlagosan két év, ez idő alatt a családnak kell biztosítania valamilyen módon a gondozást.

Az alapszolgáltatások biztosítása (étkeztetés, házi segítségnyújtás) minden települési önkormányzat számára kötelezően biztosítandó feladat 1993 óta. Ugyanakkor még jelenleg is csupán a települések 80-90%-a biztosítja ezt a két szolgáltatást, sok településen a szolgáltatás helyben nem elérhető. Probléma emellett a kapacitások egyenlőtlen eloszlása: van település, ahol az idősök 80%-a számára biztosított az ellátás, máshol csak néhány százalékban. Jellemző az információhiány: az idősöknek csak kb. harmada tud arról, hogy mire lenne jogosult.

A magyar állam jelenleg a GDP 0,4%-t költi csupán idősök ellátására. Ez az összeg évről évre minimálisan emelkedik, aminek az oka, hogy az uniós csatlakozás óta meghatározóvá vált a neoliberális gazdaságpolitikai szemlélet az idős-gondozásban is. A finanszírozás egyfajta tervgazdálkodás mentén történik: a költségvetési törvényben a normatívák nem az ellátások valódi működési költségeihez kötődnek. A kapacitások száma be van fagyaszthatva, azaz bentlakásos ellátásokban új férőhelyet létrehozni gyakorlatilag lehetetlen, az alapellátásban is csak a meglévő kapacitások vannak finanszírozva központosan. Az önkormányzatok 2013 után egyfajta pénzügyi gyámság alá kerültek, a fenntartói centralizáció miatt sok, általuk korábban fenntartott bentlakásos intézményt adtak át a központi igazgatásnak. Külön feszültséget okoz, hogy a finanszírozás jelentősen kedvez az egyházi fenntartóknak, akik 76%-kal több állami normatívából tudnak fenntartani egy férőhelyet vagy kapacitást.

A gondozási deficit egyre jobban növekszik, amelynek több jele is van. Az egyik ilyen, hogy a professzionális gondozók száma csökken, jelenleg 60 ezer fő körül van a teljes szociális ellátó rendszerre. Szociális területen a legalacsonyabbak a bérek az egész nemzetgazdaságon belül, a betöltetlen álláshelyek száma 2010 óta folyamatosan nő, jelenleg 3600 betöltetlen álláshely van, tömeges méreteket öltött a kivándorlás, egyre több pozíciót szakképzetlen közfoglalkoztatottak töltenek be. A professzionális gondozók átlagéletkora 50 év körül van, hamarosan tömegesen fognak nyugdíjba vonulni, miközben a szociális felsőfokú végzettek száma 2009 óta drasztikusan lecsökkent. A felnőtt családtagot ápoló családi gondozók becsült száma 400–600 ezer fő. Közülük mindössze nagyjából 20 ezer fő kap alanyi jogú ápolási díjat, sokan nem is tudják, hogy jogosultak lennének az ellátásra. Az ellátás összege megalázóan kevés: 67 000 Ft maximálisan, a 2019-es GYOD bevezetése rájuk nem terjedt ki. Jellemző rájuk a jövedelmi szegénység, sokan bár szeretnének, nem tudnak munkát vállalni a gondozási feladataik mellett. A családi gondozók életkora szintén átlagosan 50 év körül van,

<sup>16</sup> 2017/0085 COD) <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/HU/TXT/DOC/?uri=CELEX:52017PC0253&from=HU>

de az egészségi állapotukat nagyon megviseli az intenzív gondozás. Mivel nincsenek számukra tehermentesítő szolgáltatások, a gondozás izolációval, elszegényedéssel, egészségi és mentális problémákkal jár. A családi gondozók számának csökkenését szintén több dolog vetíti előre: egyre több idősnek nincs már élő gyermeke, illetve sokan vándorolnak ki, vagy költöznek távolabb. Az idősök körében nő a válások száma. Változnak az

attitűdök is: a középkorú felnőttek egyre kevésbé érzik morális kötelességnek az idős szülők gondozását, de maguk az idősök sem várják el ezt.

A következmények jól látszanak: ha az állam nem értékeli át a saját szerepét a gondozási krízisben, egyre nagyobb számban maradnak majd a rászoruló idősök ellátás vagy bármilyen gondozói segítség nélkül.

## Irodalom

- Bácskay, Andrea (2017) Területi különbségek az idősgondozásban. in: Ezüstkör: korosodás és társadalom, Giczi Johanna (szerk), KSH, Budapest, 28-35 pp.
- Balogh, Erzsébet, et al (2015) Felsőfokú szociális képzések Magyarországon. in: Párbeszéd- Szociális munka folyóirat [http://parbeszed.lib.unideb.hu/file/2/5628d4c086821/szerkeszto/\(1\)2015\\_kulonszam\\_korrekturazott.pdf](http://parbeszed.lib.unideb.hu/file/2/5628d4c086821/szerkeszto/(1)2015_kulonszam_korrekturazott.pdf) , letoltve: 2019. 02.28.
- Bordás, Péter (2017) Feladatfinanszírozás-e a feladatfinanszírozás? A magyar önkormányzatok támogatási rendszerének értékelése. in: A Közjogi Szemle, 2017. június, 56-63 pp
- Czibere, Károly et al. (2011) HGCS finanszírozási modellkísérlet a HGCS rendszer vizsgálata - modellezése a bentlakásos szociális intézményekben ellátottak állapotának követésére és a gondozási tevékenység mérésére. Projektbeszámoló, 2011. [http://szocialisklaszter.hu/adat/dokumentumtar/hu18\\_hgcs3\\_zaro2011.pdf](http://szocialisklaszter.hu/adat/dokumentumtar/hu18_hgcs3_zaro2011.pdf) , letoltve: 2019. 02.28.
- Cs. Horváth, Zoltán (2014) Az integrált egészségügyi és szociális ellátás létrehozásának lehetőségei, Doktori (Ph.D.) értekezés, Pécs
- Dementia in Europe Yearbook (2017) <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>, letoltve: 2019. 02.28.
- Döhner, Hanneli - Kofahl, Christopher, én. EUROFAMCARE: Supporting Family carers of older people in Europe- Empirical evidence, Policy trends and Future Perspectives. peubare\_a4.pdf Letoltve: 2019.02.10.
- Érsek, Katalin et al (2010) A dementia epidemiológiája Magyarországon. In: Ideggyógyászati Szemle - 2010;63(5-6)
- Eurostat (2019) <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190204-1?fbclid=IwAR2lx0TinPFtUEuVcJ9K5dQwEeAkTAS3RddowUfqrJdC94vatY-TfXx4eU> letoltve: 2019. 03.10.
- Falus, Ferenc- Juhász, Józsefné (2005) Egy lehetséges megoldás: Az egészségügyi és szociális rendszer együttműködésének lehetőségei A Szociális Szakmai Szövetség hírlevele XI. évfolyam 2-3. szám 2005. február-március
- Fraser, Nancy (2016): Contradictions of capital and care. in: New Left Review 100. 99-117 pp.
- Fülöp, Zsófia (2016) Órsérgváltás - Elfekvők helyett szakápolási otthonok, szerző Fülöp Zsófia, Magyar Narancs 2016/13. (03. 31.) <https://magyarnarancs.hu/riport/orsegvaltas-98781>, letoltve: 2019. 03.10.
- Goldmann, Róbert (2014) Humán erőforrás helyzetkép a szociális ágazatban. Kézirat.
- Goldmann,Róbert-Gyetvai, Gellért, -Mester, Dániel (2016) A szociális ellátórendszer jellegzetességei, korprofilja és területi megoszlása. in: Társadalmi riport, 2016. TÁRKI Zrt
- Gyarmati, Andrea (2012) Demens betegek ellátásának körülményei, módszerei- egy kérdőíves kutatás eredményeinek tükrében, in: Kapocs, 2012. XI. évf. 1. szám, 20-36 o.
- Gyarmati, Andrea (2016) Nagyszülök és unokák: a nagyszülőktől az unokák felé irányuló gondozási transzferek jellege és változása. PhD disszertáció. [http://phd.lib.uni-corvinus.hu/908/1/Gyarmati\\_Andrea.pdf](http://phd.lib.uni-corvinus.hu/908/1/Gyarmati_Andrea.pdf), letoltve: 2019. 03.10.
- Győri, Péter – Mózer, Péter (2006) „Tékozló koldus ruháját szaggatja” Az önkormányzati szociális ellátó rendszer újjáépítésének stratégiája (program-tervezet). [http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/gyori\\_peter\\_-\\_mozer\\_peter\\_-\\_tekozloldus.pdf](http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/gyori_peter_-_mozer_peter_-_tekozloldus.pdf), letoltve: 2019. 03.10.
- Hodosán, Róza (2003) Tízéves a szociális törvény A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló, 1993. évi III. törvény és annak változásai. in: Kapocs, II. évf. 5. szám (8)
- Huber et al, (2009) Facts and Figures on Long-Term Care: Europe and North America. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna
- Hurd, M. et al, (2013) Monetary Costs of Dementia in the United States. The New England Journal of Medicine. 1326-1334 pp
- Informal care in Europe, Exploring Formalisation, Availability and Quality, EC, Written by Dr Valentina Zigante, 2018.
- Kostyál, Árpád (2009) Mélyszegénységben élők kapcsolata egyes szociális alapszolgáltatásokkal. in: Kapocs, VIII. évf., 2. szám, Budapest
- KSH (2011) Munkavégzés és családi kötöttségek, 2010. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/munkavegzes-csalad.pdf> , letoltve: 2019. 03.10.
- KSH (2013) Ötven év feletti a munkaerőpiacon. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/otvenvefeletti.pdf> , letoltve: 2019. 03.10.
- KSH (2013) Ötven év feletti a munkaerőpiacon. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/otvenvefeletti.pdf>, letoltve: 2019. 03.10.
- KSH (2014) A népesség gyarapodó rétege – Az időskorúak jellemzői. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/neseseg\\_gyarapodo.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/neseseg_gyarapodo.pdf), letoltve: 2019. 03.10.
- KSH (2016) Szociális statisztikai évkönyv, 2015.
- Máté, Olga (2016) Infójegyzet, 2016/30. Szociális életpályamodel. [http://www.parlament.hu/documents/10181/595001/Infojegyzet\\_2016\\_30\\_szocialis\\_eletpalyamodel.pdf/35de9b02-74aa-42d6-be35-c033de0628e0](http://www.parlament.hu/documents/10181/595001/Infojegyzet_2016_30_szocialis_eletpalyamodel.pdf/35de9b02-74aa-42d6-be35-c033de0628e0), letoltve: 2019. 03.10.
- Mester, Dániel (szerk.) (2010) A szociális szolgáltatási rendszer folyamatai 2002-2007 között. SZMI, 2010. <http://mek.oszk.hu/16200/16284/16284.pdf> , letoltve: 2019. 02.20.

Mohácsi, Mónika (2015) Szociális ellátások finanszírozása, ppt. [http://www.ijsz.hu/UserFiles/mohacsi\\_monika\\_-\\_szocialis\\_ellatasok\\_finanszirozasa.pdf](http://www.ijsz.hu/UserFiles/mohacsi_monika_-_szocialis_ellatasok_finanszirozasa.pdf) letöltve, 2019. 03. 24.

Monostori, Judit - Gresits, Gabriella (2018) Idősödés. in: Demográfiai portré, 2018. KSH, NKI

Rubovszky, Csilla (2017) Az Az idősgondozás megoldatlanságának áldozatai A gondozó családtagok helyzete a mai Magyarországon. Doktori disszertáció, ELTE

Sarkadi, Zsolt (2009) „Nyugdíjsház vagy idősok otthona?” Tanulmány a nyugdíjsházak működéséről, az ellátás biztonságáról. Szirom Alapítvány

Szabó, Lajos (2011) Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai, Akadémiai kiadó, Budapest

Szociális Innováció Alapítvány (2009) Gondozási Szükséglet Vizsgálattal foglalkozó rendelet hatásának vizsgálata, különös tekintettel a házi segítségnyújtás és az idősothtoni ellátás működési területén bekövetkező változásokra. [https://drive.google.com/file/d/0B32\\_CF8UZsH6dU43QW9CMIR1b1k/view](https://drive.google.com/file/d/0B32_CF8UZsH6dU43QW9CMIR1b1k/view) letöltve: 2019. 02.20.

Tátrai, Annamária (2015) Az alanyi jogú ápolási díj rendszere és az ellátotti kör Magyarországon, 2015. TÁRKI Zrt. [http://old.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/szocpol/20160823\\_szocpol\\_monitoring\\_3\\_tatrai.pdf](http://old.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/szocpol/20160823_szocpol_monitoring_3_tatrai.pdf) Letöltve: 2019.02.10.

Visser, Mark, Gesthuizen, Maurice & Scheepers, Peer (2018) The crowding in hypothesis revisited: new insights into the impact of social protection expenditure on informal social capital, *European Societies*, 20:2, 257-280, DOI: 10.1080/14616696.2018.1442928

WICARE Project (2015) Socio-demographic characteristics of workers in the social services. <https://wageindicator.org/documents/publicationslist/publications-2015/WICARE-final%20report-%209%20Socio-demo%20char-rev.pdf> , letöltve: 2019. 02.20.

Zigante, Valentina (2018) Informal care in Europe, Exploring Formalisation, Availability and Quality, EC.



## A szerzőről

**Gyarmati Andrea**, PhD, szociológus, a Jól-lét Közhasznú Alapítvány munkatársa. Kutatási területe: idősödés, intergenerációs kapcsolatok, szociális és gyermekvédelmi ellátó rendszer.

## Impresszum

Friedrich-Ebert-Stiftung  
Kiadó: A Friedrich-Ebert-Stiftung Budapesti Irodája

H-1056 Budapest, Fővám tér 2–3.

Tel.: +36-1-461-60-11

Fax: +36-1-461-60-18

E-Mail: [fesbp@fesbp.hu](mailto:fesbp@fesbp.hu)

[www.fes-budapest.org](http://www.fes-budapest.org)

Felelős: Jörg Bergstermann

A Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) által megjelentett és a honlapján található bármely anyagot tilos kereskedelmi forgalomba helyezni, megjelentetni a FES előzetes írásbeli engedélye nélkül.

### A Friedrich-Ebert-Stiftung küldetése Magyarországon

A Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) a szociális demokrácia alapértékei mellett kötelezi el magát: szabadság, igazságosság, szolidaritás, béke és együttműködés eszméit képviseljük. A Friedrich-Ebert-Stiftung ennek a küldetésnek kíván eleget tenni Magyarországon is. A „szociális demokrácia szószólójaként” hozzá kívánunk járulni a demokrácia, a jogállamiság és a szociális igazságosság fejlesztéséhez állami és társadalmi szinten, valamint a német és magyar nép közötti megértéshez egy közös Európában. A politikai életet, a szakszervezeteket, a médiát és a társadalmat képviselő partnereink is elkötelezik magukat ezen alapelvek iránt.

### A Friedrich-Ebert-Stiftung Budapesti Irodája

A Friedrich-Ebert-Stiftung Budapesti Irodája röviddel a Szovjetunió összeomlását és az 1989-es rendszerváltást követően került megalapításra azzal a céllal, hogy dokumentálja és tanácsokkal kísérelje a demokrácia és a szabadság megteremtésére irányuló átalakulási folyamatot Magyarországon. A politika és a társadalom szereplői között meglévő kapcsolódási felületen a Friedrich-Ebert-Stiftung Budapesti Irodája „a párbeszédet előtérbe helyező szervezetként” kíván közreműködni:

- nemzeti és nemzetközi szakértők és döntéshozók részvételével megrendezett szakmai rendezvények megszervezésével
- a magyar és a német társadalomban felmerülő kérdések, valamint európai témák elemzésével és beszámolóik készítésével
- információs és továbbképzési programok megszervezésével

A jelen tanulmányban kifejtett nézetek a szerző nézetei, és nem feltétlenül tükrözik a Friedrich-Ebert-Stiftung nézeteit.