



Emberi Erőforrások Minisztériuma

**TARTÓS ÁPOLÁS-GONDOZÁSRA VONATKOZÓ STRATÉGIA
2030**

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	10
2.1.	Megközelítés	10
2.2.	Stratégiai terület bemutatása	10
2.2.1.	A tartós ápolás célcsoportjai	10
2.2.2.	Tartós ápolásra, gondozásra jogosultak köre	13
2.2.3.	A tartós ápolást nyújtó intézmények struktúrája	14
	Szociális ellátórendszer	15
	Egészségügyi intézményrendszer	19
2.3.	Stratégiai területre ható főbb folyamatok, trendek	22
2.3.1.	Európai trendek a tartós ápolás területén	22
2.4.	Szabályozási környezet	24
2.5.	Tartós ápolásra vonatkozó stratégia előzményei és tapasztalatai	25
2.6.	Következtetések	27
3.	SWOT-elemzés	30
4.	Jövőkép, célok, feladatok	31
4.1.	Célfa	31
4.2.	Tartós ápolás-gondozás humánerőforrásának a fejlesztése	31
4.2.1.	A tartós ápolásban-gondozásban közreműködők tudásszintjének növelése	32
4.2.2.	A humán kapacitás fejlesztése	33
4.2.3.	Ösztönzők rendszerének megerősítése	36
4.3.	Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése	37
4.3.1.	Intézmény-rendszerek fejlesztése	38

4.3.2.	Intézmény-rendszerek működésének az összehangolása	41
4.3.3.	Krónikus ellátások átalakítása	42
4.3.4.	Hospice ellátás fejlesztése	42
4.3.5.	Szakápolási központok kialakítása, az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben szakápolást is nyújtó részlegek kialakítása és működtetése	43
4.3.6.	A családban maradás erősítése, támogatása	45
4.4.	Kommunikáció fejlesztése	46
4.4.1.	Szemlélet és attitűd-formálás	46
4.4.2.	Információátadás	47
5.	Pénzügyi terv	48
	Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése	49
	Kommunikáció fejlesztése	50
6.	Megvalósítás és monitoring	51
6.1.	Megvalósítási rendszer	51
6.2.	Monitoring rendszer	51
7.	Ex ante értékelés	52
8.	Mellékletek	53
8.1.	A tartós ápolásra szoruló személy végleges elhelyezésének lehetősége a jelenlegi ellátórendszerben	53
8.2.	Felhasznált irodalom	54

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 szociális és az egészségügyi ellátórendszer képzési tartalmainak összehangolását, a segítő hozzátartozók, önkéntesek felkészítését és az ehhez szükséges feltételek megteremtését tűztük ki célul.

A non-formális és a formális ellátást végzők ösztönzésére kiemelt hangsúlyt fektet a program. Felhívja a figyelmet a segítő hozzátartozók, önkéntesek felkészítésére; ezen belül az „ápoló családtag modell” bevezetésére és támogatására; az anyagi és nem anyagi ösztönzők bevezetése kapcsán a szociális ágazati dolgozó számára lakhatási támogatás bevezetésének szükségességére és a non-formális ápolásban, gondozásban résztvevők anyagi jellegű elismerésére.

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. idősotthoni 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. Az otthoni ellátást, „a tartós ápolási utat” és az ellátást támogató feltételrendszert (pl. segédeszközök) a praxisközösségekhez integrált szakápolási ellátásszervezőnek szükséges menedzselnie. 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 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 szociális 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) funkcióvesztéssel 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.¹

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...”*²

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 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).³

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.

Bár Magyarországon a születések száma a legutóbbi időben kedvező tendenciát mutat, a népesség folyamatosan – számos EU tagállamhoz hasonlóan – csökken és idősödik. A lakosság átlagéletkora 2020-ban 42,8 év, 2010-hez viszonyítva 1,9 évvel magasabb. A születéskor várható élettartam a KSH adatai alapján 2010-2019 között férfiak esetén 2,36 évvel, nők esetén 1,22 évvel emelkedett. A 65 éves életkorban várható élettartam mindkét nem vonatkozásában (férfiak esetén 0,4 évvel, nőknél 0,2 évvel) emelkedett az elmúlt évtizedben.

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 Szociális Ügyekért 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:

- 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, majd az arra épülő cselekvési terv 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 végstádiumában 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, 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.⁴ 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, közöttük Magyarországon is a lakosság egészségi állapota javult, az idő előtti elhalálozások száma pedig jelentősen csökkent. A tartós ápolás-gondozásra szorulóknak elsősorban az idősek 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 emelkedik a hozzátartozó otthoni 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 „gyermek otthoni gondozás díja” (GYOD) nevű ellátás, melynek összege 2021-ben a minimálbér 88%-a, és 2022-re eléri annak teljes összegét.

2.2.1. A tartós ápolás célcsoportjai

Idős személyek

Magyarországon 1990 és 2015 között a 60 év felettiek aránya közel 19 %-ról több mint 25 %-ra növekedett, és az előrejelzések szerint 2060-ra eléri a 29 %-ot. Az utóbbi évtizedekben az idősek belső korösszetétele is megváltozott, jellemzően a legidősebb, azaz a 80 éven felüliek részarányának növekedésével, ami 2001 és 2015 között

2,7 %-ról 4,2 %-ra emelkedett. A várható élettartam az utóbbi évtizedekben nem csupán a születéskor, hanem a 65 éven felüliek korcsoportjában is folyamatosan emelkedik. A demográfiai változások vizsgálata során szembevetendő, 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 nehézségek kezelésének problémáját a tartós ellátást nyújtó ápoló, gondozó otthonokra helyeződő nyomás, a várólisták kialakulása is jól mutatja.

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 „tisza” demencia, sok esetben más betegségekkel párhuzamosan van jelen. Azt ugyanakkor kijelenthetjük, hogy az érintettek számának emelkedő tendenciája Magyarországon is megfigyelhető.

A házi orvosokhoz bejelentkezett, diagnosztizált Alzheimer-kórban érintett lakosság száma¹
(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

¹ Forrás: KSH Statinfo. A házi orvoshoz bejelentkezettek nyilvántartásba vett főbb betegségei alapján. Adott betegségnél egy ember csak egyszer szerepelhet, viszont egy embernek több betegségét is nyilvántartásba vehetik.

2019.

13 749

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 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 az ellátottak a lehetőségekhez mérten teljes életet élhessenek.

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.

Hospice-palliatív ellátásra szoruló betegek

Az elmúlt évek statisztikai adatai alapján megállapítható, hogy a magyar lakossági korfa 65 felett kiszélesedik, és a 65 év feletti aránya várhatóan 20% körülire nő 2030-ra, és a halálokok sorrendje jelentősen megváltozik. Mára az elhunytak

harmadánál rosszindulatú daganatos betegségekre 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

Magyarországon 10 fenntartó 14 telephelyen működtet hajléktalan otthont 456 férőhellyel. Emellett országosan több mint 7.600 nappali melegedő kapacitás áll rendelkezésre, a tartósabb ellátást igénylő személyek részére pedig 218 férőhellyel hajléktalanok rehabilitációs intézménye. Magyarországon közel 10.000 éjjeli menedékhely és átmeneti szállás férőhely kapacitás áll a hajléktalanok rendelkezésére, ezeken kívül télen még további 1.600 többletférőhely biztosított. A hajléktalan ellátórendszerben 2018 decemberében megfordulók átlagéletkora mintegy 56 év volt. 2020-ban a hajléktalan ellátás vonatkozásában az igénybevevők 75%-a volt férfi, és 25%-a nő.

A hajléktalanok között 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. Mindez egyértelműen igazolja a hajléktalanok számára létrehozott speciális ápoló-gondozó otthonok szükségességét.⁵

2.2.2. Tartós ápolásra, gondozásra jogosultak köre

A szociális 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 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 az Szociális törvényben nevesített tartásra köteles és képes személy térítési díjat fizet. A fenntartó ingyenes ellátásban részesíti azt az ellátottat, aki jövedelemmel nem rendelkezik. Ennek részletszabályait a Szociális törvény tartalmazza. Fentiek alapján tehát minden ápolási, gondozási szükséglettel rendelkező személynek lehetősége van szolgáltatás igénybevételére, az ellátásokból senki sincs kizárva.

2.2.3.A tartós ápolást nyújtó intézmények struktúrája

Az egészségügyi és a szociális ellátásban az ápolás, gondozás más-más szerveződési módban működő, szakmailag és szervezetileg eltérő feladat és tevékenységi körében hasonló elemeket tartalmaz. Az ápolási feladat az egészségügyi ellátáson belül a háziiorvosi (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 kormány 2020. január 1-jétől 14 százalékkal emelte a szociális szférában dolgozók bérét, ami átlagosan bruttó 30 ezer forintos bérnövekményt jelent. A szociális területen dolgozók bére több mint a duplájára nőtt az elmúlt 10 évben. 2010-hez képest a szociális átlagbér 137 ezer forintról 298 ezer forintra emelkedett a polgári kormányok alatt. A szociális ágazat bérjellegű kiadásaira 2021-ben 335 milliárd forintot biztosít a kormány, amely mintegy 120 százalékkal több, mint amit a 2010-es költségvetés fordított ugyanerre a célra.

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 szülőkről 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 stratégia szempontjából releváns szolgáltatások a következők:

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. Alapfeladat az igénylő önálló életvitelének segítése háztartási, gondozási és ápolási szolgáltatások nyújtásával.

2010-2019 között 75 054 főről 90 542 főre nőtt az ellátotti létszám. Ezzel párhuzamosan a házi segítségnyújtásban a szakmai munkakörben foglalkoztatottak létszáma is emelkedett 2019-re 5 764 főről 12 397 főre. Az egy főre jutó gondozási támogatás mértéke 145 000 Ft-ról 330 000 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.

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 és speciális szállító szolgáltatás működtetésével a lakókörnyezeten kívüli tevékenységek végzéséhez, valamint egyéb szolgáltatások eléréséhez.

Nappali intézményi ellátások

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.

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. Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben és az ápoló-gondozó célú lakóotthonokban (lsd. később) az ellátott **teljes körű ellátásban** részesül. Az ápolási tevékenység eltér az egészségügyi ellátás részeként végezhető ápolástól, az intézmények csak a szükség szerinti alapápolás szolgáltatást végzik. Ezt az alapápolási tevékenységet 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 többsége külön NEAK finanszírozás nélkül, a szociális tevékenységhez kapott állami támogatás terhére látja 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.

Az idősek otthona és gondozóháza engedélyezett férőhelyszáma 2010-ben 54.517 főre volt elég, 2019-ben ez a szám 57.638 fő, tehát az elmúlt években 3121 új férőhely jött létre. Míg 2010-ben 25 milliárd forint jutott az idősellátással foglalkozó intézmények támogatására, addig 2020-ban 80 milliárd.

– *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.

2010 óta a fogyatékossgal élő embereket segítő szervezetekre fordított kormányzati támogatás duplájára nőtt. Míg 2010-ben a fogyatékossgal élő embereket segítő szervezetekre fordított kormányzati támogatás 521.700.000 forint volt, addig 2020-ban már 1.213.900.000 forint.

– *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 alapteregsége időskori vagy egyéb szellemi leépülés, súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar vagy szenvedélybetegség.

– *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.

– *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.

Országsszerte összesen 112 szervezet foglalkozik hajléktalan-ellátással. A hajléktalan-ellátással foglalkozó szervezetek közül 53 állami, 15 egyházi és 44 civil fenntartású.

Lakóotthonok:

Az ápoló-gondozó célú lakóotthon fogyatékos személyeknek nyújt teljes körű ellátást. Ezek az intézmények kis létszámú, családi környezetet teremtenek legfeljebb 14 főnek.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények ideiglenes jelleggel 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.

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények:

- időskorúak gondozóháza,
- fogyatékos személyek gondozóháza,
- pszichiátriai betegek átmeneti otthona,
- szenvedélybetegek átmeneti otthona,
- hajléktalanok éjjeli menedékhelye,
- hajléktalan személyek átmeneti szállása.

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**.

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 képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartására, illetve támogatására a lakhatási szolgáltatást és az ellátott komplex szükségletfelmérésén alapuló egyéb szolgáltatásokat nyújt.

2019-ig 672 intézményi ellátott került eddig méltó körülmények közé a kiváltás során. Jelenleg összesen 2 352 támogatott lakhatási férőhely áll rendelkezésre fogyatékosággal élő személyek, pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek részére.

Jövedelempótló ellátások:

A súlyosan fogyatékos, tartósan beteg személyeket ápoló-gondozó hozzátartozók, akik ezen feladatuk ellátása mellett kereső tevékenységet nem, vagy legfeljebb csak napi négy órában 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 eléri az akkori minimálbér összegét.

A KSH adatai szerint hozzátartozója ellátására tekintettel 2019. december 31.-én összesen 54 936-an részesültek ellátásban. Közülük 33 076 fő számára ápolási díjat, 21 860 fő számára pedig gyermekek otthongondozási díját folyósították a hatóságok. A legsúlyosabb állapotú gyermeküket gondozók esetében az ellátási összeg mára csaknem négyszer magasabb, mint 2010-ben volt. 2010 és 2021 között több mint kétszeresére, 37 050 Ft-ról 74 405 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 eléri annak teljes összegét.

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.

2030-ig felülvizsgáljuk a jelenlegi támogatási rendszer alapjait, a gondozási-ápolási igény vizsgálatán alapuló differenciált módosítás lehetőségeit. Ezzel összefüggésben vizsgálni kell az ápolat jogán nyújtott támogatások bevezetésének lehetőségeit.

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.⁶

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

Legfeljebb 14 vizitet rendelhet el a kezelőorvos, 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.² 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)
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
Intézeti hospice	palliatív mobil csoport hospice (krónikus) osztály aktív palliatív terápiás osztály vagy részleg	palliatív mobil csoport hospice (terápiás) osztály / hospice-ház
Járóbeteg szakellátás	palliatív járóbeteg szakellátás	palliatív járóbeteg szakellátás
Nappali hospice ellátás	nappali palliatív ellátás	nappali palliatív ellátás
Otthoni hospice	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.

² <https://hospice.hu/hospice-jelentesek>

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 háziorvos 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 idősök 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 idősök otthonukban önálló életet élhessenek, fizikai és mentális állapotuk a lehető legtovább megmaradjon. Mindemellett az idősök otthoni ápolásával kapcsolatos szolgáltatások fejletlenek. Sajnos ez a megállapítás több országban az idősök 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,
- az ellátórendszer pénzügyi fenntarthatóságáért plusz források bevonására került sor,
- az informális, non-formális gondozók tevékenységének támogatása előtérbe került.

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 pénzübeli 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

- Európai Unió Alapjogi Charta
- 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 idősek 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.

Az **Országos Fogytékosságügyi Program** 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 kiadásainak 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.

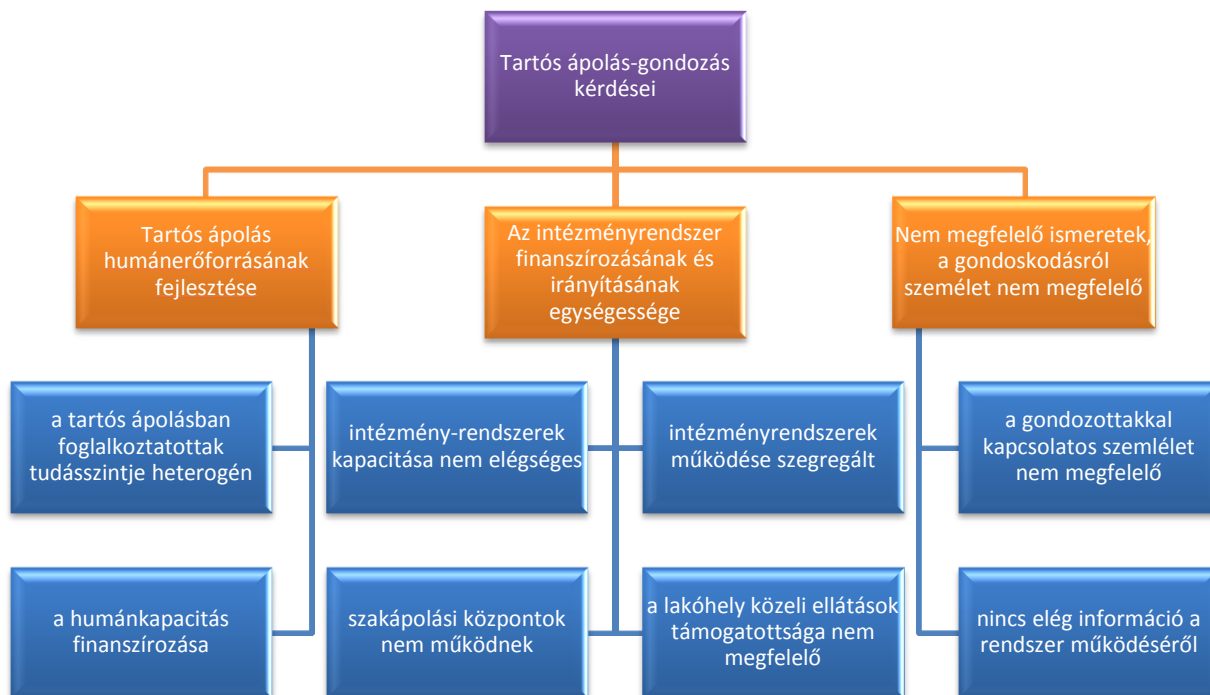
Az **Időügyi Nemzeti Stratégia** szintén felhívja a figyelmet a szociális és egészségügyi ellátórendszer átfedéseire, arra, hogy a tartalmában hasonló ápolási feladatok jelenleg két eltérő ágazati logikába ágyazottan, eltérő minimumfeltételek, protokollok, beutalási rend és finanszírozási filozófia szerint 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-közelbeli megbízható ellátáshoz való hozzáférés. Az ápolási-gondozási feladatok nem épülnek egymásra, az ápolással-gondozással foglalkozó szakemberek szétagoltan, 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 szakember-hiány elkerülésére támogató programokat kell kidolgozni.

Az intézményrendszerek kapacitásának növelése

A tartós ápolásban-gondozásban foglalkoztatottak számát növelni szükséges.

Az idősek 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 7,2%-kal nőtt az idősök bentlakásos intézményben történő elhelyezésének aránya. A számadatok azt mutatják, hogy mára 4 248 férőhellyel több férőhely áll rendelkezésre, mint 2010-ben.

A szakápolási központok

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.)

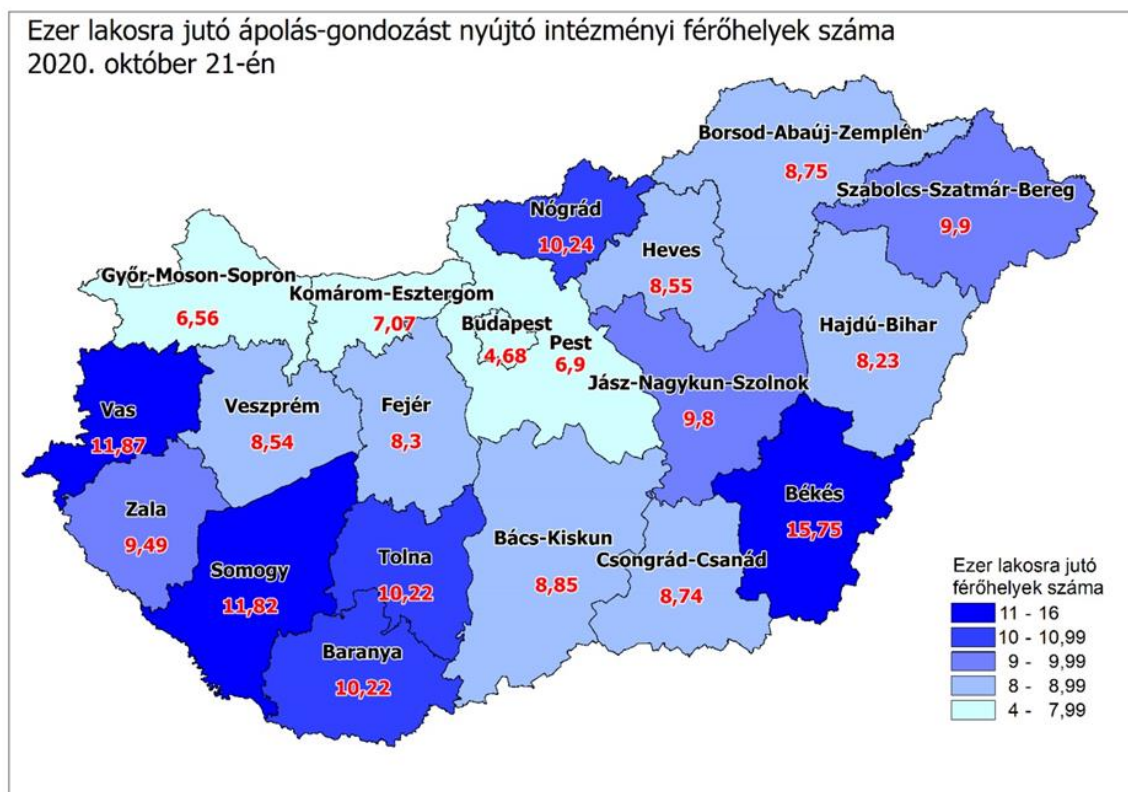
SzCsM rendeletben 2018. január 1-jével meghatároztuk a szakápolást is nyújtó idősok otthona (a továbbiakban: szakápolási központ) igénybevételének feltételeit, a szolgáltatásnyújtás tárgyi és személyi feltételeit, valamint ebben az ellátási formában nyújtandó szolgáltatásokat.

A törvény szerint tehát szakápolási központ a szakápolást is nyújtó idősok otthona, ahol az idősotthoni ellátásra gondozási szükséglettel rendelkező és betegségéből adódóan szakápolást igénylő, de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szoruló idősoket látják el. Jelenleg még nem működik szakápolási központ az országban. Létrehozásukhoz két feltételnek kell teljesülnie: egyrészt a személyi és tárgyi feltételekhez szükséges beruházási forrásra, másrészt a szakápolási központ működtetéséhez szükséges finanszírozási háttér megteremtésére a költségvetési törvényben.

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 fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézetek általi szolgáltatások tapasztalatai megmutatták, hogy az aktív ellátást nyújtó osztályokon kizárólag ápolást-szakápolást, tartós ápolást igénylő betegek ellátására is sor kerül. Ennek okán cél az adott intézetekben a tartós ápolást nyújtó kapacitás bővítése.

Jelenleg 381 bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézmény rendelkezik szakápolási szolgáltatásra vonatkozó egészségügyi engedéllyel, amelyből mindösszesen 17 intézmény látja el feladatait NEAK finanszírozási keretének terhére. Területi megoszlásuk egyenlőtlen.



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 betegségek (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 igényrel rendelkező állapotok esetén is magasabb progresszivitási szintet vesznek igénybe.

A lakóhely közeli ellátások támogatottsága további fejlesztést igényel

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 hasonló módon kapacitás gondokkal küzdenek, működésük nem összehangolt.

A gondozottakkal kapcsolatos szemléletben még csak gyengén tükröződik a törvényben rögzített gyermekek szülők iránti gondozási kötelezettsége

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 idősek gondozásával kapcsolatos szerepelvárások, 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 számához kötött. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés minél nagyobb egyenlőségét szem előtt tartva cél az információhiány további mérséklése, vagyis, hogy az idősek 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.⁷

3. SWOT-elemzés

Erősségek

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

Lehetőségek

- szakápolási központok működtetése
- a non-formális ellátók bevonása az otthoni ellátásba
- ápolási-gondozási pontrendszer,
- tartós ápolási út bevezetése
- esetmenedzserek alkalmazása
- 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

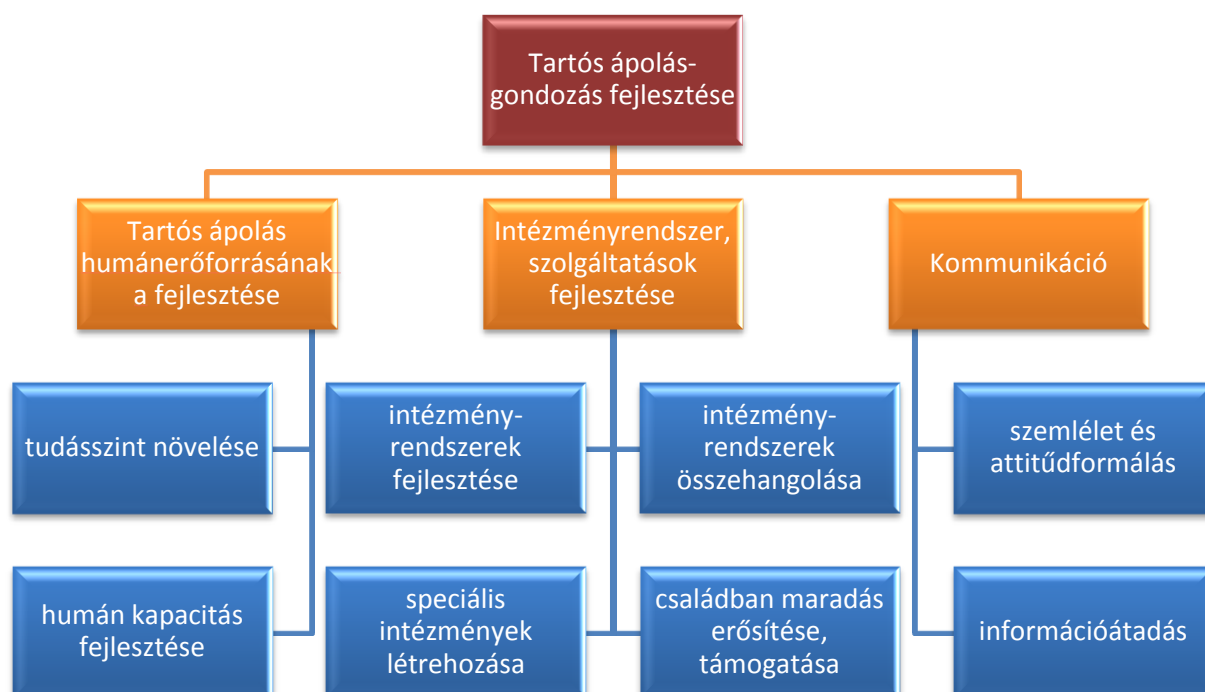
Veszélyek

- szükségletek kezelése
- az idősök 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 humánerőforrásának 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 rendelkezzenek releváns, naprakész, gyakorlatban jól alkalmazható ismeretekkel	(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
Váljon vonzóbbá a non-formális és formális gondozási/ápolási tevékenység ellátása ösztönzők segítségével és álljon rendelkezésre megfelelő mennyiségű és minőségű humán kapacitás	ápoló családtag - modell kialakítása	K	K
	bemutató online felülettel, call-center létrehozása	K	Sz
	online csoportok- és esetmegbeszélések, szupervíziók bevezetése	H	Sz
		H	P
	lakhatási programok kialakítása	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

4.2.1.A tartós ápolásban-gondozásban közreműködők tudásszintjének növelése

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

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 alaptevékenységekre 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, családvostan, orvosi kommunikáció)
- a **palliatív képzés a rezidensi törzsképzésben** szükséges beépíteni (40 óra)

Végzettségi szint növelése elengedhetetlen az otthoni ellátásban bevezetendő szakápolási esetmenedzser (ellátásszervező) munkakör kialakításához, amit **BSc képzésre épülő szakirányú továbbképzéssel** célszerű megszerezni. Ezen felül 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, ún. 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: Váljon vonzóbbá a non-formális és formális gondozási/ápolási tevékenység ellátása. Álljon rendelkezésre megfelelő mennyiségű és minőségű humán kapacitás.

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 pillérre épül:

- Kötelező továbbképzés: olyan szakmai továbbképzés, amely a teljes ágazat tekintetében szükséges, lényeges alapkompenciák 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/gonddozási továbbképzési modul létrehozása és beépítése a személyes gondoskodást nyújtó szakemberek /ápoló, gonddozó, 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 felsőfokú képzésben a szociális munkás, szociálpedagógus képzésre jelentkezők bemeneti követelményét nyelvvizsga megletének mellőzésével, valamint a bemeneti követelményként támasztott emeltszintű érettségi követelmény alóli felmentéssel kell kialakítani, így ezzel elősegíthető a gyakorló szakemberek beáramlása a felsőoktatásba.

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 képesítés 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 kiveztük, 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 segítői 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 szoruló 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

Munkaruha biztosítása:

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

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 képesítés 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) A szociális dolgozók „kiegésének” megakadályozását szolgáló programok bevezetése és alkalmazása intézményi szinten államilag támogatott módon.
- b) 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.

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
Szociális ellátások	- Házi segítségnyújtás - Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás - Támogató szolgálat - Nappali intézményi ellátások	- Ápolást, gondozást nyújtó intézmények - Fogyatékos személyek lakóotthona - Támogatott lakhatás (TL)
Egészségügyi ellátások	Házi szakápolási szolgáltatások	Ápolási osztályok
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	Gyermekek
Intézeti hospice	palliatív mobil csoport hospice (krónikus) osztály aktív palliatív terápiás osztály vagy részleg	palliatív mobil csoport hospice (terápiás) osztály / hospice-ház
Járóbeteg szakellátás	palliatív járóbeteg szakellátás	palliatív járóbeteg szakellátás
Nappali hospice ellátás	nappali palliatív ellátás	nappali palliatív ellátás
Otthoni hospice	otthoni hospice szakellátás	otthoni hospice szakellátás

Cél-eszköz mátrix

Cél	Eszköz	I	T
Álljon rendelkezésre a tartós gondozás-ápolás az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és	hosszított nyitva tartás, hétvégi elérhetőség biztosítása	H	P
	szakápolási szolgálatok vizitszámainak emelése	H	P
	személyi segítség kapacitásának a bővítése	K	P
	demens tanácsadói hálózat kialakítása	H	P
	szállítási szolgáltatás megszervezése demens	R	Sz

mennyiségben az intézményi háttér.	személyek részére a nappali ellátáshoz való hozzáférés javításához		
	férőhelyek bővítése a demenciával élők számára	K	P
	otthoni szakápolási szolgáltatások bővítése	H	P
	időotthoni férőhelyek bővítés	H	P
	támogatott lakhatások bővítése	H	P
Javuljon a különböző ellátási rendszerek átláthatósága és átjárhatósága.	ellátási térkép megalkotása	R	Sz
	„tartós ápolási út” kialakítása	R	F
	ambuláns rehabilitáció fejlesztése	K	F
	ellátásszervező (esetmenedzser) létrehozása	K	F
Váljon elérhetővé a szakápolási központokban a tartós ápolás-gondozás az otthonukban nem ellátható célcsoportok számára.	szakápolási központok kialakításának támogatása	R	Sz
	működési költségek biztosítása	H	P
	személyi és tárgyi feltételeket biztosítása	H	P
	szakmai irányelvek kialakítása	H	F
	profil bővítés	K	Sz
A tartós ápolást-gondozást igénylők körében növekedjen az otthonukban elláthatók aránya 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-idősáv: 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: Álljon rendelkezésre a tartós gondozáshoz-ápoláshoz szükséges intézményi háttér az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és mennyiségben.

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 **idősothoni 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.

Új intézménytípus kísérleti modelljének felállítása - Demencia-falu modellprogram

- Demencia-falu modellprogram létrehozása, amelynek során cél, hogy az a lehető legjobban hasonlítson a tünetegyüttest mutató személy mindennapokban megszokott környezetéhez. Alapvető törekvés, hogy a demenciával élő személyt minél tovább a családi környezetben, a megszokott körülmények között tartsuk, ez azonban a hozzátartozók számára növekvő kihívásokat jelent, ugyanakkor a hagyományos kórházi/idősek otthonában történő ellátás, annak kialakítása, légköre nem megfelelő – nem ritkán az állapotot rontó tényező. A kognitív képességeit fokozatosan elvesztő ember számára a tartós ápolást-gondozást nyújtó intézmény idegen, a szokatlan környezettől szorong, a szellemi leépülés miatt egyre kevesebb biztos pontot, kapaszkodót talál az életben.
- A demencia falu-modellje a következő 6 pillérre épül:
 - támogató környezet (normál életet biztosít, a lakások berendezése, a mindennapi teendők a megszokott élethez hasonlítanak, külső tér biztosítása, ahol sétálni lehet);
 - élvezhető és tartalmas élet (a mozgás szabadságának biztosítása, társasági élet lehetősége);
 - egészség (minőségi életet biztosító személyzet, családi kapcsolatok fenntartása az egészségügyi beavatkozások helyett);
 - életmód (választható környezet a korábban megszokotthoz igazodóan);
 - dolgozók és önkéntesek (csapatmunka, pszichológus, szociális munkás, geriáter stb.);
 - szervezet (a központi víziónak vannak alárendelve).
- A demencia-falu modell kiépítése, működtetése, tapasztalatainak összegzése, szakmai módszertan kialakítása.

4.3.2. Intézmény-rendszerek működésének az összehangolása

Cél:

- A tartós ápolást/gondozást igénylők körében cél, hogy növekedjen az otthonukban elláthatók aránya a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének fejlesztése által.
- Cél, hogy álljon rendelkezésre a tartós gondozás-ápolás az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és mennyiségben szakosított ellátás. Amikor gondozottak életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről a szociális alapszolgáltatások keretében már nem lehet gondoskodni, őket állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni.
- Válgon elérhetővé a tartós ápolást, gondozást nyújtó szociális intézményekben a szakápolási tevékenység az otthonukban nem ellátható célcsoportok számára.
- Javuljon az egészségügyi és a szociális ellátórendszer átláthatósága és 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 javításával az igény, és ezzel a várólisták csökkenthetők, 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.

A „**tartós ápolási út**” megalkotásával modellezni kívánjuk a gondozottak mozgását az ellátórendszerben, ami a kapcsolódó szabályozókkal kiküszöböli a párhuzamosságokat, rugalmatlanságokat és az átjárhatósági problémákat. A tartós ápolási út meghatározza, hogy milyen feltételek megléte esetén, milyen ellátásra van szükség, és azt milyen optimális feltételek között tudják az ellátott számára biztosítani.

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.

Támogatás nyújtása a lakosság számára

A fentiekben felvázolt tartós ápolási úton **szakápolási ellátásszervező (esetmenedzser)** segíti a beteget és a hozzátartozót. A kialakításra kerülő pontrendszer segítségével meghatározza a gondozott ellátási szükségletét, megtervezi a tartós ápolási utat, kialakítja az optimális ellátási környezetet és segít a

különböző ellátási formák elérésében. Munkáját a praxis-közösségekhez integráltan látja el.

4.3.3. Krónikus ellátások átalakítása

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 alakítjuk ki az egészségügyileg támogatott krónikus ápolási rendszert, amely előrelépést jelent a lakosság ellátásában és a működési és gazdálkodási folyamatok javításában is. Az új struktúrában az ápolási osztályok és a krónikus ellátást nyújtó osztályok, a kórházak pénzügyileg és ellátás-szakmailag elkülönült szervezeti egységeként jönnek létre.

A fentiek gyakorlati alkalmazása lehetőséget teremt arra, hogy bizonyos egészségügyileg támogatott szolgáltatások elérhetővé váljanak a populáció szélesebb körében, miközben a rendszer nem csak egyszerűen közelebb viszi az ellátást a betegekhez, hanem ezt a jelenleginél hatékonyabbá és biztonságosabbá teszi.

Az egészségügyileg támogatott krónikus ápolási rendszerben az ápolási osztály lehetőséget ad arra, hogy az esetleges állapotromlás miatt szükségessé váló diagnosztikai és terápiás beavatkozásokhoz megfelelő háttér álljon a rendelkezésre. Az orvosszakmai és kórházi háttér közeli és gyors igénybevétele megakadályozhat olyan állapotromlást, ami további aktív kórházi ellátást igényelne.

Az egészségügyileg támogatott szolgáltatás igénybevételével a hozzátartozók meg tudják tartani a munkájukat, havi jövedelmüket, a teljes munkaidőből való kiesés költsége nem terheli a családot.

4.3.4. Hospice ellátás fejlesztése

Cél: Olyan országos kiterjesztésű hospice és palliatív ellátási rendszer kialakítása, amely a rásszoruló betegek számára a lakóhelyükhöz legközelebbi ellátást tegye lehetővé.

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: Váljon elérhetővé a szakápolás, a tartós ápolás/gondozás az otthonukban nem ellátható célcsoportok számára.

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 biztosa 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 igénybevételeinek feltételei, a szolgáltatásnyújtás tárgyi és személyi feltételei, valamint ezen ellátási forma keretében biztosítandó tevékenységek.

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

Szakápolási központ létrehozásához két feltételnek kell teljesülnie: egyrészt a személyi és tárgyi feltételek kialakításához szükséges beruházási forrás biztosítása, másrészt a szakápolási központ működtetéséhez szükséges finanszírozás megteremtése a költségvetési törvényben.

A Kormány döntése értelmében az első szakápolási központ 150 férőhelyen, pilot program keretében kerül kialakításra az állami fenntartó Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság megvalósításában. Az intézmény azért kerül tiszta profillal meghatározásra, hogy a kiadásai tételesen elemzésre kerüljenek, ezáltal válik

meghatározhatóvá, hogy mekkora többletfinanszírozás szükséges az idős otthoni finanszírozáson felül. A szakápolási központ engedéllyel bíró intézmény abban az esetben lesz jogosult az idős otthoni finanszírozáson felüli összegre, amennyiben az adott ellátottnál fennáll a szakápolási tevékenység biztosítása, és csak addig az ideig, amíg az ténylegesen adekvát.

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 növekedjen az otthonukban elláthatók aránya 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 **hétvégi 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,
- 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 segítség meg szervezése, 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 köznevelésben	H	Sz
	média megjelenések támogatása	H	P
	információs honlap létrehozása	H	F
	Call center létrehozása	H	Sz
	prevenciós programok szervezése	H	Sz

I-időszak: 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 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 osztályszintű 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, preventív 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 Uniók 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 humánerőforrásának a fejlesztése

Célok	Eszközök
A formális és non-formális gondozást-ápolást nyújtó személyek rendelkezzenek releváns, naprakész, gyakorlatban jól alkalmazható ismeretekkel	(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 ellátók számára oktatási programok kialakítása, megszervezése (100 ellátó felkészítése)
Váljon vonzóbbá a non-formális és formális gondozási/ápolási tevékenység ellátása ösztönzők segítségével és álljon rendelkezésre megfelelő mennyiségű és minőségű humán	ápoló családtag – modell kialakítása
	bemutató online felülettel, call-center létrehozása
	online csoportok- és eszmegbeszélések, szupervíziók bevezetése (300 fő részvételével)
	lakhatási programok kialakítása

kapacitás	
Becsült forrásigény: 281 174 millió Ft	

Intézményrendszer és a szolgáltatások fejlesztése

Cél	Eszköz
Álljon rendelkezésre a tartós gondozás-ápolás az igényeknek és szükségleteknek megfelelő formában, helyszínen és mennyiségben az intézményi háttér.	hosszított nyitva tartás, hétvégi elérhetőség modellezése
	személyi segítség kapacitásának a bővítése
	szállítási szolgáltatások megszervezése
	demens tanácsadói hálózat kialakítása
	szakápolási szolgálatok vizitszámainak emelése (10%-os emelés)
	szociális intézmények funkcióváltásának támogatása
	otthoni szakápolási szolgáltatások bővítése
	idős, demens ápoló-gondozó férőhelyek bővítése
	támogatott lakhatás bővítése
	intézeti hospice-ágyak számának növelése (kb. 500 ágyra)
	palliatív mobil teamek/integrált egységek felállítása megyei szinten
Javuljon a különböző ellátási rendszerek átláthatósága és átjárhatósága.	egynapos aktív palliatív ellátás bevezetése egyetemi klinikai központokban
	ellátási térkép megalkotása
	„tartós ápolási út” kialakítása
	ambuláns rehabilitáció fejlesztése
Váljon elérhetővé a szakápolási központokban a tartós ápolás-gondozás az otthonukban nem ellátható célcsoportok számára	szakápolási ellátásszervező (esetmenedzser) létrehozása
	szakápolási központok számának és eloszlásának a meghatározása
	működési költségek biztosítása
	személyi és tárgyi feltételeket megteremtése
	szakmai irányelvek kialakítása
A tartós ápolást-	profil bővítés
	eszközpark kölcsönzés (megyei szintű kölcsönző szolgáltatások létrehozása)

gondozást igénylők körében növekedjen az otthonukban elláthatók aránya a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének fejlesztése által	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 köznevelésben
	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 a végrehajtási tervben szükséges kibontani. A stratégiai tervezés időtávjait a 4. Jövőkép, célok, feladatok Cél-eszköz mátrixaiban tüntettük fel.

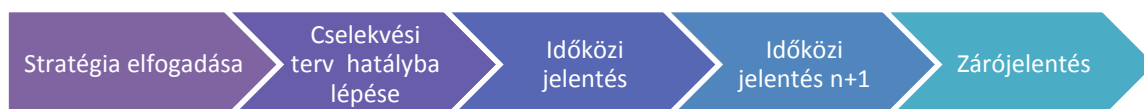
6.2. Monitoring rendszer

Az értékelések a tényeken alapuló szakpolitikai döntéshozatal egyik meghatározó pillérét adják a stratégiai információszerzés egyik lényeges eszközeként. Olyan objektív folyamatokat takarnak, amelyek a tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégián belül adott tevékenységek relevanciáját, hatékonyságát, fenntarthatóságát elemzik a kitűzött célok elérése érdekében. A monitoring során a vállalt tevékenységek nyomon követésén túl sor kerül a kapott eredmények értékelésére is, amelyek a szociálpolitikára, az egészségügyre és a családpolitikára gyakorolt hatásokról nyújtanak más formában gyakran nem elérhető információkat. A tartós ápolás-gondozás egy-egy beavatkozási területének társadalmi és gazdasági hatásai részben előre láthatóak, részben évekkel később mutatkoznak meg, egyes esetekben a különböző rendszerösszefüggések miatt nehezen mutathatók ki.

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. 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 időközi jelentések, végül pedig záró jelentés készül. Az időközi jelentések alkalmasak az előrehaladás bemutatására, az időközben elért eredmények közlésére, 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.



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 Fogytékosságügyi 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

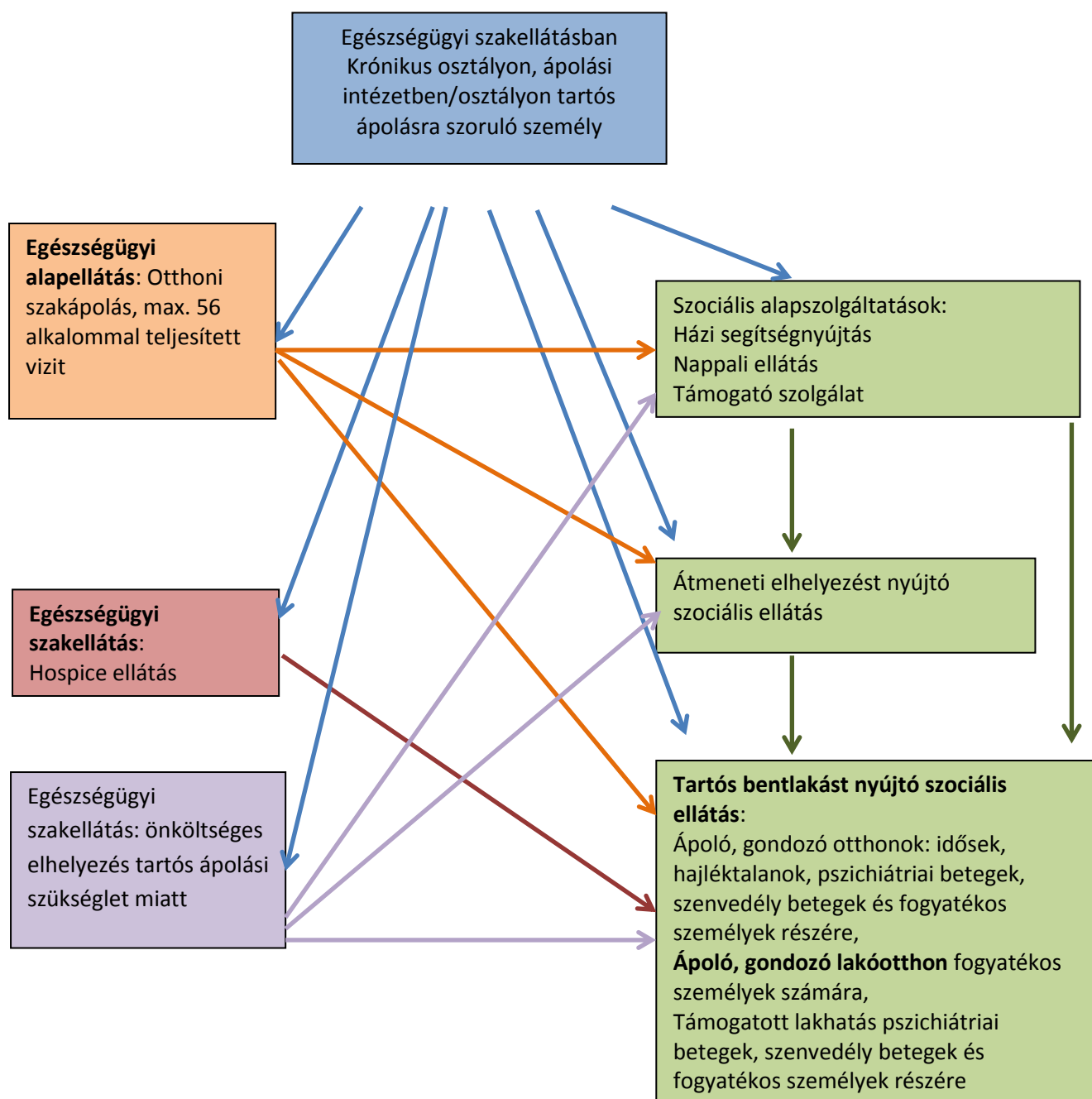
Az European Social Policy Network (ESPN) 2018-ban adta közre „Challenges in long-term care in Europe A study of national policies” címmel átfogó tanulmányát, melyben áttekinti a tagországok tartós ápolással-gondozással kapcsolatos intézkedéseit. A 35 ország adatait tartalmazó tanulmány hat fő ajánlást 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. Prevenciós 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

8.1. A tartós ápolásra szoruló személy végleges elhelyezésének lehetősége a jelenlegi ellátórendszerben



8.2. Felhasznált irodalom

¹ 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.)

² 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.)

³ 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

⁴ Monostori Judit - Gresits Gabriella: Idősödés, Demográfiai Portré, 2018.)

⁵ <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

⁶

http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok (2020.10.27.)

⁷ Gyarmati Andrea: Idősödés, idősellátás Magyarországon. Helyzetkép és problémák. 2019 április