Téma: **NEGYEDÉVES SZAKPOLITIKAI TANULMÁNY-**

SZOCIÁLPOLITIKA

Időszak: *2013. második negyedév*

Dátum: *2013. július 15.*

Az anyag az NFM_SZERZ/378/1 (2012) számú szerződés teljesítésére készült

Tartalom

Vezetői összefoglaló 1

Az ágazat hazai programjának idősoros monitoringja 2

Roma-politika *2*

A Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia végrehajtása 2

Antiszegregációs Kerekasztal 4

Felzárkóztatási programok 5

Közvélemény-kutatási eredmények 8

Nagy létszámú bentlakásos fogyatékos és pszichiátriai intézmények kiváltása *11*

Kiváltás: nemzetközi tapasztalatok 11

Magyarországi helyzet 15

A kiváltási projekt 19

Az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet megnyitása és a pszichiátriai ellátás helyzete *21*

Európai kitekintés 21

A magyarok mentális állapota 22

A pszichiátriai ellátórendszer állapota 23

Az OPAI létrehozása 26

Közvélemény-kutatási adatok 28

Elemzés 30

A napközbeni kisgyermekellátás hazai és nemzetközi gyakorlata *30*

A szolgáltatást befolyásoló általános jelenségek, trendek 30

Napközbeni gyermekellátás nemzetközi jellemzői 31

Hazai intézményi ellátási tendencia 35

A bölcsődék nyitva tartására 37

A bölcsődék gazdálkodása 38

A bölcsődék igénybevétele és az anyák munkavállalása 39

Vezetői összefoglaló

A 2013. évi második negyedéves szociálpolitika monitoring a társadalmi felzárkózás ügye mellett alapvetően az ellátórendszerrel kapcsolatos témaköröket dolgoz fel. Így sor kerül a fogyatékos szakellátórendszer jelenleg zajló legjelentősebb átalakításának, az ún. kiváltási folyamatnak az elemzésére, illetve a pszichiátriai ellátórendszer átalakításának kockázati felmérésére. Sor kerül továbbá a kisgyermekjóléti ellátórendszer aktuális állapotának áttekintésére is.

A roma-politika kapcsán nagy jelentőséggel bír, hogy **a tavaly év végén kidolgozott monitoringrendszer alapján sor került egy ún. programmonitoring elkészítésére**, mely a **Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia intézkedési tervében foglalt kormányzati programok aktuális végrehajtási állapotáról** ad képet a döntéshozó számára. A beszámoló szerint a mintegy 76 alintézkedést magában foglaló intézkedési terv végrehajtása **többnyire terv szerint halad**. A Stratégia végrehajtásának első évéről **civil szervezetek is elkészítettek egy alternatív jelentést**, melyet május végén hoztak nyilvánosságra. A civilek szerint problémát jelent, hogy a Stratégia nem alkalmaz kizárólagos célzást a romákra vonatkozóan, illetve véleményük szerint a Stratégia céljaival sok esetben ellentétes szakpolitikai kezdeményezéseknek lehetünk tanúi, elsősorban az oktatáspolitika területén.

Egy szintén a közelmúltban – a szakállamtitkárság felkérésére – publikált **TÁRKI kutatás** megállapításai **szerint 2009 és 2012 között nőttek a jövedelmi egyenlőtlenségek**, illetve felerősödtek azok a tendenciák, melyek a társadalom szegmentálódására, **a szegénységben élők társadalmi-demográfiai profiljának élesebbé válásá**ra, illetve a szegénység és társadalmi kirekesztettség generációk közötti újratermelődésének felerősödésére utalnak.

Júniusban kezdte meg a működését az ún. **Antiszegregációs Kerekasztal**, melyre a kormányzati oldal képviselőin kívül olyan szakemberek is meghívást kaptak, akik az ellenzéki holdudvar és média véleményformálására is nagy hatással vannak, és az elmúlt időszakban intenzíven tematizálták a szegregációval kapcsolatos közbeszédet. E **szakemberek kritikáinak tompításához is hozzájárulhat a konzultatív fórum**, mely a fogalmi tisztázást követően az érvényes szakmai normák felülvizsgálatára, az eredményes romapolitika működése érdekében nélkülözhetetlen kompromisszumok megkötésére is alkalmas lehet.

A monitoring anyag foglalkozik mindemellett **a fogyatékos bentlakásos intézményrendszer, illetve a pszichiátria ellátórendszer jelenlegi állapotával, kihívásaival**, illetve aktualitása folytán **a nagy létszámú fogyatékos és pszichiátriai betegeket ellátó intézmények kiváltásának jelenlegi folyamatáról**, illetve **az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet létrehozásáról**, annak előzményeiről.

Az elemzési fejezetben az állami kisgyermek-felügyeleti rendszer, **a bölcsődék hazai helyzetével** foglalkozunk, illetve elhelyezzük a kérdést **nemzetközi kontextusban**.

Az ágazat hazai programjának idősoros monitoringja

Roma-politika

Az elmúlt negyedév romapolitikai eseményei közül **alapvetően két kérdés tematizálta a politikai napirendet**: júniusban **fogadta el a kormányzat a Nemzeti Felzárkózási Stratégia monitoringrendszere alapján első ízben elkészült beszámolót**, mely által számszerűsített formában kaphat információt a döntéshozó arra vonatkozóan, milyen állapotban van a Stratégia végrehajtása. Mindemellett júniusban **a kormányzat intézményes módon felkarolta** az elmúlt negyedév végén az ismét a politikai napirendre került **iskolai szegregáció kérdését, egy egyeztető fórumot létrehozva** a terminológiai, illetve jogalkotási konfliktus rendezésére.

A Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia végrehajtása

A Stratégia Intézkedési Tervében (1430/2011. (XII.13.) Korm.határozat) meghatározottak szerint május 31-ig elkészült a Stratégia 2012-2014. évekre szóló kormányzati intézkedéseiről készült beszámoló, melyet a „Legyen jobb a gyermekeknek!" Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottsága, illetve a Roma Koordinációs Tanács (ROK-T) számára már május végén bemutatott az államtitkárság. **A beszámolót a kormányzat is elfogadta június végén**. Az értékelés alapján **az intézkedések alapvetően a gyermekszegénység, a minőségi közszolgáltatásokhoz való hozzáférés, a munkaerő-piaci integráció, a lakhatási szegregáció és a romákkal szembeni diszkrimináció területeire koncentrálnak**. Az indikátorrendszer a mintegy **76 alintézkedés**t tartalmazó intézkedéscsomag tekintetében az alábbi szempontokra fókuszál: azok **hány embert érnek el, milyen forrásokat igényelnek, illetve mennyire előrehaladott állapotban vannak**. A tavaly év végén elkészült monitoringrendszer alapján készített beszámoló szerint **az intézkedések mintegy kétharmada terv szerint halad**, ami jó aránynak tekinthető.

A Stratégia monitoringrendszere alapvetően **két típusú hatásvizsgálati rendszer**t foglal magában: **az egyik az előbb említett programmonitoring**, ami az intézkedési tervben foglalt szakpolitikai lépések előrehaladását hivatott mérni, **a másik** pedig egy tágabb, **a társadalmi felzárkózás-politika társadalomra gyakorolt hatását vizsgálja**. A társadalmi környezet változása természetesen inkább hosszabb távon érzékelhető folyamat, és nem is problémamentes szakpolitikai intézkedéseket társadalmi hatásoknak megfeleltetni. Egy ilyen jellegű elemzés **legelőször jövő évben** készülhet el, melynek **indikátorrendszerét a TÁRKI dolgozta ki.**

A monitoringrendszer **egy harmadik, a nyilvánosság számára manifesztálódó része egy rendkívül kiterjedt információs rendszer**[1], melyből mintegy 300 indikátor alakulását lehet lekérdezni. Az idő, illetve területi bontást is lehetővé tevő, elsődleges, másodlagos, illetve kontextus indikátorokból felépülő rendszer egyfelől rendkívül gazdag adatbázist jelent a jövőbeli kutatásokhoz, másrészről a stratégiai tervezéshez is kiindulópontot nyújt majd a jövőben. Jelenleg **adatok feltöltése**, illetve az **adathiányok pótlása zajlik** a rendszerben.

Ugyancsak a TÁRKI megvalósításával készült el egy, az egyenlőtlenségek alakulását, illetve a polarizáció mértékét vizsgáló kutatás, melyet a kutatóintézet **a Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság felkérésére** készített. Az idén **áprilisban nyilvánosságra hozott, TÁRKI által végzett kutatás** – melyhez a TÁRKI Háztartás Monitor szolgáltatott keresztmetszeti adatokat – megállapítja, hogy **2009 és 2012 között nőttek a jövedelmi egyenlőtlenségek**[2], és felerősödtek azok a tendenciák, melyek „a társadalom szegmentálódására, **a szegénységben és kirekesztettségben élők társadalmi-demográfiai profiljának mind élesebbé válás**ára, valamint a szegénység és társadalmi kirekesztettség **generációk közötti újratermelődésének felerősödés**ére utalnak."[3]

Tovább **folytatódott a jövedelemeloszlás alsó szegmenseinek elszegényedése**: 2012-ben csaknem másfélszer annyian éltek a 2005-ben rögzített, legalsó decilis felső töréspontja alatti jövedelemből, mint 2005-ben. Ezt a folyamatot **felerősítették a jóléti rendszert**, elsősorban a készpénzes transzfereket **érintő, 2009 óta megvalósult korlátozó intézkedések**, melyek az amúgy is **sérülékeny társadalmi csoportokat érintették negatívan**, akik tekintetében **a készpénzes transzferek szegénységcsökkentő potenciálja is visszaesett**. Nőtt a relatív szegénységben élők aránya (2012-ben 17 százalék volt azok aránya, akiknek háztartásában az egy főre jutó jövedelem legfeljebb havi 66 ezer forint volt), mely különösképp a gyermekeket és fiatalokat, illetve az alacsony iskolázottságú és a roma, illetve az inaktív háztartásfővel élőket érintette. A szegénység növekedése nem tudható be pusztán a gazdasági válságnak, **európai viszonylatban is romlott a helyzetünk**: **míg hazánk korábban az alacsony szegénységű országok közé tartozott az unión belül**, a **2012**-es TÁRKI adatokat az EUROSTAT adataival összevetve **az EU-átlaggal megegyező szegénységi szint** rajzolódik ki. A TÁRKI kutatás is alátámasztja tehát azt a **cselekvési kényszert**, amely a kormányzatot e leszakadó – és társadalmi hátrányait továbböröklő – rétegek tekintetében további jelentős források invesztálására ösztönzi.

A kormányzat által a fent említett programmonitoring alapján elkészített jelentés mellett mindazonáltal **a civilek is elkészítették alternatív jelentésüket**[4] **az intézkedési terv**

[1] https://www.teir.hu/szoc_agazat/

[2] Az egy főre jutó jövedelmek legfelső és legalsó deciliseinek aránya 7,2-ről 9-re emelkedett.

[3] Szivós Péter – Tóth István György (szerk.) (2013): Egyenlőtlenség és polarizálódás a magyar társadalomban. TÁRKI monitor jelentések 2012. TÁRKI Zrt., 49.

[4] A Roma Évtized Titkárság felkérésére készült jelentés elérhető: http://partnershungary.hu/images/Letoltheto/report_hu.pdf

megvalósításának első évéről. A május végén nyilvánosságra hozott dokumentum a kormányzati megközelítésből elsősorban **a kizárólagos roma fókuszt hiányolta**, mely szerintük veszélyeztetheti a sikeres ágazati politikát. A szaktárca mindazonáltal elkötelezett az elsődlegesen szegénységi problémaként kezelt roma-politika mellett, melynek indokoltságát a fent röviden bemutatott TÁRKI kutatás is alátámasztja, továbbá mely megközelítés a többségi társadalom támogatását is valószínűsíthetően nagyobb mértékben élvezi. A civil jelentés továbbá kiemeli, hogy **a Stratégia intézkedési tervében meghatározott beavatkozások sok esetben nincsenek összhangban a szakpolitikai döntésekkel**, gondolva itt elsősorban a tankötelezettségi korhatár leszállítására, illetve a szakképzési rendszer átalakításának módjára (a közismereti tárgyak súlyának csökkentésére). Ezeket a kritikákat az MTA-n júniusban tartott, „A magyar kormányzati romapolitikák 20 éve" címet viselő konferencia résztvevői is nagymértékben osztották.

Az Európai Bizottság mindazonáltal az **Európai Roma Platform** június végi ülésén összességében **elismerésben részesítette a magyar romaintegrációs stratégia végrehajtását**. Az EB egyrészt dicséretben részesítette a komplex szemléletmódú Stratégia **monitoring-rendszerét**, mely minden ágazatra kiterjed, és nyomon követi a stratégia intézkedéseit, eredményeit, valamint társadalmi hatásait. Az uniós testület továbbá **elismerte az ágazatok közötti együttműködést, illetve a sikeres és rendszerszerű párbeszédet az érintettek szerveivel, a civil társadalommal, valamint az önkormányzatokkal**. **Ugyanakkor** a Bizottság jelentésében[5] **arra is kitért, hogy** – Csehország és Szlovákia mellett – **hazánkban jelen van a roma gyerekek szegregációja**.

Egy, a közelmúltban megjelent **kutatás**[6] adatai **szerint, bár 2006 és 2008 között csökkent az iskolai szegregáció mértéke, azóta a szegregáció ismételt növekedésé**nek lehetünk tanúi. Kertesi Gábor és Kézdi Gábor a száz legnagyobb roma lakossággal rendelkező városban azt vizsgálta, hogy milyen helyi döntéshozatali, illetve társadalmi okokat lehet azonosítani a roma tanulók iskolai szegregációja mögött. A kutatás eredménye szerint a szabad iskolaválasztás befolyásolja legnagyobb mértékben az iskolai szegregációt, ugyanis a középosztálybeli vagy jobb módú szülők elviszik gyerekeiket a települések iskoláiból. A téma egy, az ezt megelőző monitoring anyagban említett jogszabályi változás nyomán a hazai politikai napirendet is tematizálta az elmúlt időszakban.

Antiszegregációs Kerekasztal

Az előző negyedéves szociálpolitika monitoringban beszámoltunk arról a civil szervezetek és szakértők körében felháborodást keltő törvénytervezetről, mely nem tekintené az egyenlő bánásmód követelményének megsértésének, ha egy intézkedés a társadalmi felzárkózás elősegítésére irányulna. A negyedik alaptörvény-módosítással összefüggő törvénycsomag

[5] http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/com_2013_454_en.pdf
[6] http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1208.pdf

(T/10593) részeként benyújtott javaslat zárószavazására július 5-én került sor. **Az iskolai szegregáció törvényessé tételével riogató hangadókkal** mindeközben **a szociális tárca tárgyalóasztalhoz ült**, **hogy egyrészt tompítsa a közbeszédet félrevivő félelmeket, illetve hogy egyfajta kompromisszumot alakítsanak ki a szakmai sztenderdekre vonatkozóan.**

Június 4-én (mely időpontválasztás egyfajta szimbolikus konszenzusteremtési gesztust is kifejezhet) alakult meg az **Antiszegregációs Kerekasztal**. A konzultatív fórumra **főleg olyan szakemberek kaptak meghívást, akik az ellenzéki holdudvar és média véleményformálására is nagy hatással vannak** (pl. L. Ritók Nóra, Orsós János vagy Berki Judit korábbi romaügyi helyettes államtitkár), de az üléseken részt vesz a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ elnöke és az oktatási jogok biztosa is. Egy hónapon belül három találkozóra is sor került, melyek célja elsősorban az volt, hogy a kormányzati és a civil oldal együtt tekintsék át az oktatási szegregáció és integráció kérdéseit, illetve végső soron vizsgálja felül az érvényes szakmai normákat, szükség esetén pedig új irányokra tegyen javaslatot. Mindezt megelőzően azonban létfontosságú egyáltalán az olyan fogalmak tisztázása, közös álláspont kialakítása arról pl., hogy mi számít egyáltalán szegregációnak.

Véleményünk szerint a kezdeményezés mindenképpen előremutató, és konszenzust próbál teremteni egy ezidáig hagyományosan baloldali dominanciával bíró területen. A minden esetben a jogi dogmatika érvrendszerével fellépő **balliberális szakemberek kritikáinak tompításához is hozzájárulhat** az Antiszegregációs Kerekasztal. **A roma-politika területén pedig** az eredményes kormányzati politika szempontjából **elengedhetetlen a romák és képviselőik, valamint a mindenkori kormányzat képviselői közös alapfeltevéseken és célokon alapuló, hosszú távú együttműködése.**

Felzárkóztatási programok

Az elmúlt időszakban **kezdődött meg a komplex telepprogramok** (TÁMOP-5.3.6.) **végrehajtása**, melyek a korábbi mintaprogram, a Bizalom és munka tapasztalataira is támaszkodhatnak. A szociális, közösség-fejlesztési, oktatási, egészségügyi, képzési és foglalkoztatási elemeket is tartalmazó programok szakmai koordinálását a Türr István Képző és Kutató Intézet végzi, melynek keretében kompetenciaméréseket, tanfolyamokat és szakmai képzéseket is tart (pl. építőipari, vállalkozási és számítástechnikai ismeretekből). A szegregátumokban élőket szociális munkások is segítik (20 lakosonként egy kötelezően), akik életvezetési tanácsokkal látják el az ott élőket, illetve hozzásegítik őket a különböző közszolgáltatások igénybevételéhez (pl. a közösségi tér funkcióját betöltő, ún. Csillagházakban épített zuhanyzókkal, konyhával stb.). A kétéves projektek előkészítéseként programindító tanácsülések, illetve szakmai workshopok zajlottak le, de több településen már a Csillagházak építése is lezajlott, mely az elérhető közszolgáltatások biztosításán túl a többségi társadalommal való kapcsolattartást is szolgálni hivatott. **Jelenleg 21 telepprogram**

zajlik, azonban a következő EU-s költségvetési ciklusban az államtitkárság további 17 szegregátum bevonását tervezi.

Folyamatosan zajlanak továbbá a korábbi anyagokban bemutatott **gyerekesély programok** (TÁMOP-5.2.3-A-12/1.), melyek **a 26, gyerekszegénység által leginkább érintett kistérségben** komplex beavatkozást folytatnak olyan területeken, mint a korai képességgondozás, közoktatás, egészségügy, szociális és gyermekjóléti szolgáltatások, foglalkoztatás, helyi gazdaságfejlesztés, információs társadalom fejlesztése, ifjúság gondozása vagy a civil szféra erősítése.

Egy májusi kormánydöntésnek köszönhetően **kibővült a szabad vállalkozási zónák száma**. A 147/2013. (V. 14.) Korm. rendelet értelmében az addig 47 kistérség 903 települését magukban foglaló szabad vállalkozási zónák **száma 14 kistérség 177 településével** bővült. A korábbi monitoring anyagban bemutatott program lényege, hogy e **hátrányos helyzetű kistérségekben befektető, illetve munkahelyteremtő vállalkozások adókedvezményekhez** (pl. szociális hozzájárulási adókedvezmény), **illetve egyéb támogatásokhoz jutnak**. A munkahelyteremtő pályázatokon egy munkahely létesítésére 3 millió forintot (a Nemzeti Foglalkoztatatási Alapból nyerhető 2,6 millió forinton felül 400 ezer forint kapható, ha az a zónán belül létesül), a szabad vállalkozási zónákban pedig a fejlesztésekhez további 700 ezer forintot lehet nyerni – ezzel magyarázta a foglalkoztatáspolitikai államtitkár, hogy a 10 milliárd forintos munkahelyteremtő pályázatokból aránytalanul magas (7,8 milliárd forint) a zónák részesedése. Bár a program az ország leginkább elmaradott kistérségeire koncentrál, valamint egyfajta komplex szemléletet képvisel (foglalkoztatási és fejlesztési kedvezményeket nyújt egyszerre), kérdéses, hogy az eddig a tapasztalatlan munkaerő, a fizetőképes kereslet hiánya, illetve a földrajzi távolság miatt távolmaradó cégek számára elég vonzó lehetőséget kínálnak-e a szabad vállalkozási övezetek.

Ebben a negyedévben **kezdődtek meg a képzések az „Aktívan a munkáért!”** elnevezésű TÁMOP-5.3.8.-B-12/1-es **program keretében**. Ezidáig 222 településen közel 10 ezer ember kompetencia felmérése zajlott le, melyek célja azoknak az alapkészségeknek a felmérése volt, amik a foglalkoztathatóság szempontjából alapkövetelménynek minősülnek. Ezek alapján a szakemberek a résztvevőkkel közösen dolgozták ki az egyéni fejlesztési terveket, melyek a most elkezdett motiváló képzések, illetve egyéb támogató szolgáltatások kiindulópontjai. A több mint 7 milliárd forint összköltségvetésű projekt **célja, hogy a – tartósan munkanélküli és a fogyatékos munkavállalókat magában foglaló – leghátrányosabb munkaerő-piaci helyzetűek közül mintegy 30 ezer fő részére nyújtson olyan gyakorlati képzést, mely által munkatapasztalatra tehetnek szert**. A program most kezdődő részében a képzések az alapkompetenciák fejlesztését célozzák, melyet – a résztvevők egy része számára – további, a munkára való szocializációt, majd a szakmai ismeretek elsajátítását célzó képzések követnek.

Június közepéig lehetett jelentkezni a **Szociális Földprogram** idei kiírására, melynek **keretösszege a tavalyihoz képest jelentősen bővült**, 170 millióról (melyből mintegy 153 millió forint került felhasználásra[7]) mintegy 250 millió forintra, mely **azonban** még mindig **alatta marad a 2011-es** 300 millió forintos **keretnek**. A tavalyi 101 résztvevő település után idén 150 település programban való részvételére számít a társadalmi felzárkózásért felelős államtitkárság. Újítást jelent, hogy **a résztvevők a 2013-2014-es téli időszakban is lehetőséget kapnak egyéb közösségi célú önkormányzati munkákban való részvételre**.

Szintén júniusban indított útjára a Nemzetgazdasági Minisztérium egy új, EU-s forrásból megvalósuló, fiataloknak szóló foglalkoztatási programot, az **„Út a szakmaválasztáshoz"** címmel (TÁMOP-2.2.7.A-13/1), melynek keretében **hátrányos helyzetű fiatalok szakmához jutását támogatják**. A mintegy 6 milliárd forintból 6 ezer fő ösztöndíjas részvételére nyílik lehetőség, 500 mentor bevonásával, akik segítséget nyújtanak a 7., illetve 8. osztályos diákok számára, hogy szakképző intézménybe jussanak be. **A támogatottak legalább 50 százaléka roma kell, hogy legyen**, mely hozzájárul a kormány és az Országos Roma Önkormányzat között létrejött keretmegállapodásban foglalt cél, a mintegy 20 ezer roma fiatal piacképes szakmához juttatásához.

Az elmúlt időszak egyik legígéretesebb, egy valós és eddig kevés figyelmet kapott problémára reflektáló kezdeményezése **a június végén bejelentett „200 falu" elnevezésű program**. **A 2014-2020 közötti időszakra tervezett projekt modellprogramjá**nak pályázati felhívása jelent meg most az **"Elnéptelenedő települések romló társadalmi-gazdasági folyamatainak megfordítása"** címmel (TÁMOP-5.3.11-13/1 és TÁMOP-5.3.11-13/2), melyre július végéig pályázhatnak a települések. A modellprogram, mely egyes vidéki települések elnéptelenedésére, elöregedésére, illetve néhol az etnicizálódás problémájára reagál, **10-12 településen támogatja fejlesztési programok elindítását**. A fejlesztési tervek elkészítése során a program alapvetően **a helyi közösségek kreativitására, egyéni erőforrásaira összpontosít**, és **olyan fejlesztések eszközölése a cél, melyek a helyi közösségeket, a települések megtartó, illetve vonzóképességét erősítik, valamint hiánypótló közösségi szolgáltatásokat alakítanak ki**. A modellprogram keretében a közép-magyarországi régióban 350, a konvergencia régiókban pedig 500 millió forintra pályázhatnak a települések. Remélhetőleg a modellprogramot követő, a következő EU-s költségvetési ciklusban elinduló program tervezésekor nagyobb hangsúlyt kapnak majd a probléma által leginkább érintett konvergencia régiók.

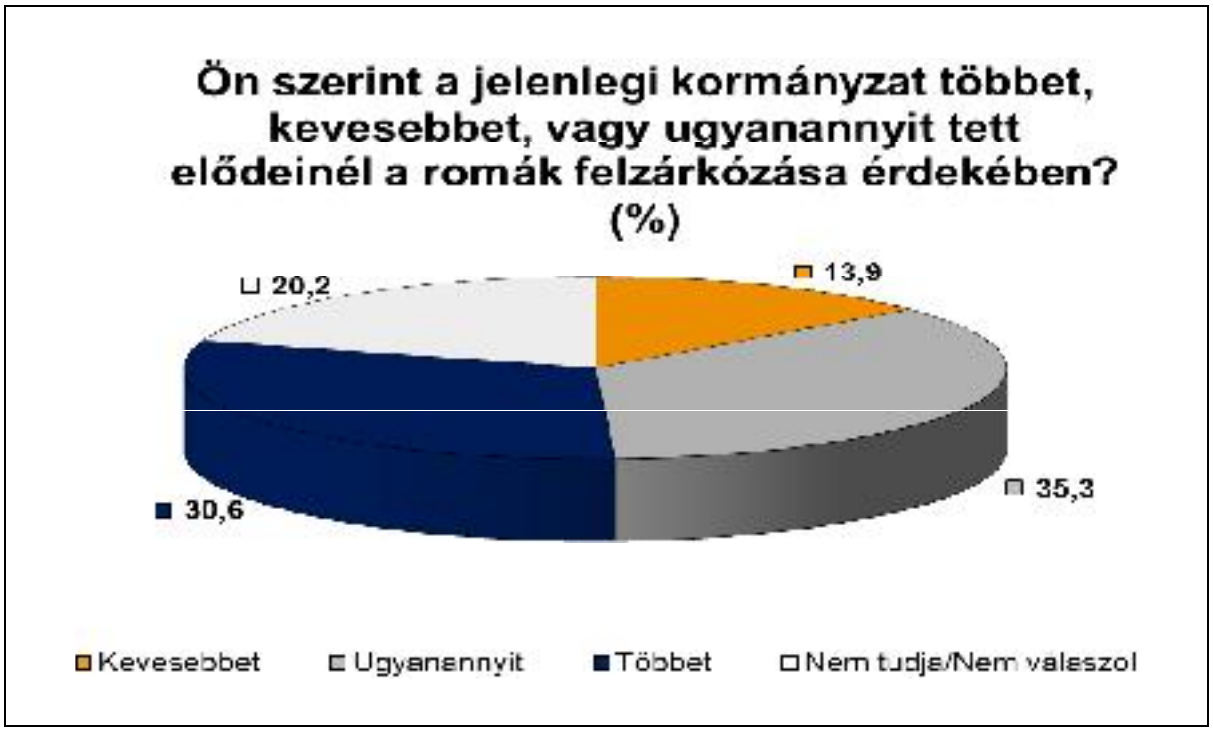
Mindezek mellett **július elején került bejelentésre egy egészségügyi alapellátás-fejlesztési modellprogram**, mely mintegy 3,7 milliárd forintból (a Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében a svájci kormány vissza nem térítendő támogatásával) **négy észak- és kelet-magyarországi kistérségben valósítja meg az alapellátás átalakítását és bővítését**. A

[7] http://www.emet.gov.hu/hatter_1/szocialis_foldprogram/

projekt másik célját, a romák minél szélesebb körben való bevonását a népegészségügyi programokba, a helyi lakosság köréből kiválasztott, ún. egészségőrök képzése is elősegíti majd. A program hozzájárulhat a Stratégiában, illetve a keretmegállapodásban tett egészségügyi vonatkozású kormányzati vállalások teljesítéséhez, melyek a roma lakosság átlagnépességnél lényegesen rosszabb egészségügyi állapotának (pl. a 19 éves kor feletti roma népesség kétharmada szenved valamilyen betegségben) javítását tűzték ki célul.

Közvélemény-kutatási eredmények

A Századvég telefonos kérdőíves közvélemény-kutatást végzett 2013. június 15. és június 19. között, amelynek során 800 véletlenszerűen kiválasztott felnőtt korú személyt kérdezett meg CATI módszerrel. A romaintegráció témakörében az omnibuszos kutatás két témakört vizsgált alapvetően.



A Stratégia értékelésével párhuzamosan, mely egyfajta szakpolitikai diagnózist állít fel a kormányzati stratégia végrehajtási állapotát illetően, a Századvég helyzetképet próbál adni a **kormányzat roma-politikájának lakossági megítélésé**vel kapcsolatban.

Arra a kérdésre, hogy **többet, kevesebbet vagy ugyanannyit tett-e elődeihez képest a jelenlegi kormányzat a romák felzárkózása érdekében**, a válaszok jelentősen megosztottak. Csupán **a válaszadók 14 százaléka vélte úgy, hogy e területen a jelenlegi kormányzat elődeinél rosszabb teljesítményt nyújt**, **több mint 35 százalékuk szerint ugyanannyit** tesz a roma társadalom felzárkózásáért, közel **31 százalékuk szerint pedig többet** tesz meg értük.

Rendkívül érdekes összevetni a most kapott eredményeket **egy fél évvel ezelőtt** lekérdezett, hasonló **kérdésünkre** (Ön szerint a kormányzat ért el eredményeket a társadalmi felzárkózás ügyében?) kapott válaszokkal, amikor **tizedesjegyre pontosan annyian (30,6 százalék) vélekedtek úgy, hogy a jelenlegi kormányzat ért el eredményeket ezen a területen**, mint amilyen arányban jelenlegi kérdésünkre vonatkozóan úgy vélik, többet tett a romák felzárkózásáért. Tehát nem változott jelentősen azok aránya, akik pozitívan ítélik meg a kormányzat e területen végzett tevékenységét.

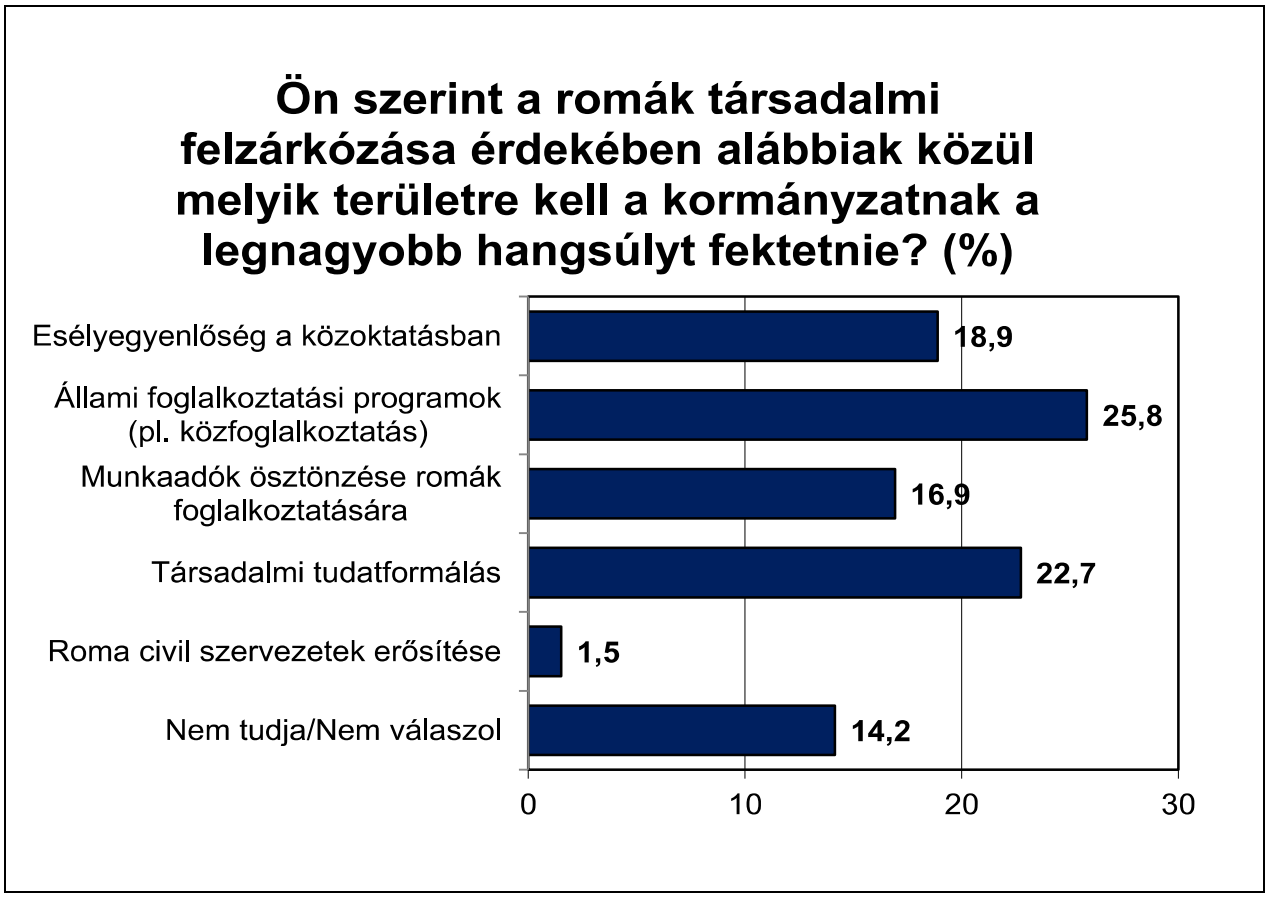
Ami ennél a kérdésnél, illetve a következőnél is **szembeszökő**, az az, **hogy szignifikánsan növekedett azon válaszadók aránya, akik a nem tudja/nem válaszol kategóriát jelölték meg a romapolitikára vonatkozó kérdéseknél**. **A fél évvel ezelőtti** hasonló kérdés**hez képest megduplázódott** a véleményüket kifejezni nem tudó vagy nem akaró válaszolók aránya (egyötöd).

Életkori bontás szerint **a kormányzat roma-politikájával az 50 év felettiek értettek egyet leginkább**, ők átlagon aluli arányban vélekedtek úgy, hogy a mostani kormány elődeinél kevesebbet, és átlagon felüli mértékben vélték úgy, hogy többet tett a roma lakosság felzárkózásáért.

Az iskolai végzettség növekedésével párhuzamosan nő azoknak az aránya, akik szerint a második Orbán-kormány ugyanannyit tett ezen a területen, **mint elődei**; illetve a legfeljebb nyolc általánost végzettek válaszolták azt a legnagyobb mértékben (közel 20 százalékuk), hogy a jelenlegi kormány kevesebbet tett a romákért.

Az anyagi helyzet nem volt igazán differenciáló tényező a kérdés megítélésében, a jó anyagi helyzetben lévők átlag feletti mértékben vélték úgy, hogy a jelenlegi kormányzat kevesebbet tett a romaintegráció érdekében, de átlagon felüli arányban válaszolták azt is, hogy többet tett a területen, mint elődei.

Pártpolitikai preferencia szerint **a magukat baloldalinak vallók voltak leginkább szkeptikusak** a regnáló kormányzat roma-politikai teljesítményét illetően. **Az MSZP-vel szimpatizálók** kiemelkedően magas, **53 százalékos arányban vélték úgy, hogy a kormány kevesebbet tesz** a romák felzárkózása érdekében, de Fideszt leszámítva az többi párt szavazói (és a bizonytalanok) is átlag feletti arányban vélekedtek így. **A Fidesz-szimpatizánsok** többnyire elégedettek voltak a kormányzat e területen nyújtott teljesítményével: **52 százalékuk szerint a Fidesz-kormány többet tett**, míg csupán 7 százalékuk szerint kevesebbet a romaintegráció érdekében. A Jobbik szavazói is átlagon felüli arányban (34 százalékuk) értettek egyet azzal az állítással, miszerint a jelenlegi kormányzat többet tett a romák felzárkóztatása érdekében. **A legkritikusabbak** a tekintetben, hogy az Orbán-kormány pozitív irányba mozdította el a romaintegráció ügyét, **a DK, az LMP és az Együtt 2014 szavazói** voltak: 10 százalék alatti arányban vélekedtek úgy mindhárom párt szimpatizánsai, hogy a regnáló kormány többet tett a romákért, mint elődei.



Arra a kérdésre, hogy **a kormányzatnak melyik területekre kellene a legnagyobb hangsúlyt fektetnie a romák integrációja érdekében**, **a megkérdezettek legnagyobb arányban (több mint egynegyedük) az állam által szervezett foglalkoztatási programokat jelölték meg**. A válaszadók nagy hányada szerint továbbá **a társadalmi tudatformálás** lehet a kormányzat egyik leghatásosabb eszköze a romák felzárkózása érdekében, ezt a **válaszopciót a megkérdezettek csaknem 23 százaléka jelölte meg**. **Ezt követte az oktatási esélyegyenlőség**, mint olyan terület, amelyre a válaszadók szerint a kormányzatnak nagyobb hangsúlyt kellene fektetnie, ezt a választ mintegy **19 százalékuk** adta. Azonban szintén népszerű volt az állami foglalkoztatási forma mellett egy másik foglalkoztatás-élénkítő eszköz, **a munkaadók ösztönzése romák foglalkoztatására**, a kormányzatnak erre az eszközre kellene a legnagyobb hangsúlyt fektetnie a megkérdezettek **17 százaléka szerint**. Összesítve a két különböző foglalkoztatás élénkítő eszközt választók arányát, kitűnik, hogy a **megkérdezettek elsősorban a foglalkoztatás növelését tartják megfelelő eszköznek a romák felzárkóztatása szempontjából** (közel 43 százalékuk). **A roma civil szervezetek erősítését** a romák társadalmi felzárkózása érdekében kevés válaszadó találta adekvát eszköznek, mindössze **1,5 százalékuk** vélte ezt a legcélravezetőbb integrációs módszernek.

Mint már korábban említettük, ennél a kérdésnél is szembeszökő a válaszolni nem tudók, illetve nem akarók magas aránya, több mint 14 százalékuk élt a nemválaszolás jogával.

Munkahelyi státusz szerint az alábbi összefüggések rajzolódtak ki a felmérésből: **a tanulók az oktatási esélyegyenlőséget, illetve a társadalmi tudatformálást választották átlagon felüli mértékben**, mint megfelelő integrációs eszközt. **Ugyanez elmondható** egyébként **a teljes munkaidőben foglalkoztatottakról is**. A háztartásbeliek a foglalkoztatottság növekedését célzó kormányzati beavatkozásokat tartanák legcélravezetőbbnek a romák társadalmi integrációja tekintetében: mind az állami foglalkoztatási programokat, mind a munkaadók ösztönzését romák foglalkoztatására átlagon felüli arányban jelölték meg.

Kor szerinti bontásban elmondható, hogy **a fiatalok (18-29 évesek) az oktatási esélyegyenlőséget, illetve a munkaadók ösztönzését** tartották átlag feletti arányban megfelelő integrációs eszköznek, míg **az idősek (60 év felettiek) a különféle foglalkoztatás élénkítő eszközökről vélték úgy átlagon felüli mértékben, hogy** azok a **legcélravezetőbbek** ezen a területen. A társadalmi tudatformálást a 60 évnél idősebbeket leszámítva minden megkérdezett korcsoport átlagon felüli arányban tartotta fontos integrációs eszköznek.

Iskolai végzettség alapján pedig olyan összefüggés rajzolódik ki, miszerint **a legfeljebb 8 általánossal rendelkező megkérdezettek átlagon felüli mértékben helyeznék a hangsúlyt a foglalkoztatás növelő eszközökre**. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők nem meglepő módon az oktatási esélyegyenlőséget jelölték meg átlag feletti arányban, ami viszont meglepő összefüggés, hogy a társadalmi tudatformálást kevésbé, míg a közfoglalkoztatást szintén átlag feletti mértékben jelölték meg.

A pártpreferenciák hatásáról pedig az mondható el, hogy **a DK, az LMP és az Együtt 2014 támogatói átlag feletti arányban a** különböző **foglalkoztatás élénkítő programokat** tartották megfelelő eszköznek e területen, **míg a kormánypárt, illetve az MSZP szimpatizánsai az oktatási esélyegyenlőséget tartották átlagon felüli mértékben erősítendő romaintegrációs eszköznek**. Meglepőnek tűnhet, hogy **a társadalmi tudatformálást a Jobbik szavazói tartották legfontosabbnak** (24 százalékuk), **és legkevésbé** (7 százalékuk) **az LMP támogatói** jelölték meg megfelelő integrációs eszközként.

Nagy létszámú bentlakásos fogyatékos és pszichiátriai intézmények kiváltása

Kiváltás: nemzetközi tapasztalatok

Az elmúlt 30-40 év paradigmaváltást hozott magával a fogyatékos személyek ellátásáról való nemzetközi gondolkodásban. A trendváltás lényege, hogy **a nagy létszámú bentlakásos intézmények helyett a fogyatékos személy lakókörnyezete közelében, kis létszámú lakásokban, a társadalomba integrált módon biztosítják a lakhatást, illetve a napközbeni tevékenységeket** az érintettek számára. Egyre **nagyobb hangsúly helyeződik a közösségi alapon nyújtott ápolási és szolgáltatási alternatívákra**, melyek magasabb életminőséget

biztosítanak a fogyatékos személyek és családjaik számára. A paradigmaváltás részének tekinthető a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló 2006-os **ENSZ Egyezmény**[8] szellemisége is, mely az orvosi megközelítéssel szemben a környezet hatására teszi a hangsúlyt, és úgy tekint a fogyatékossággal élőkre, mint önálló életvitelre képes személyekre, még ha ebben valamilyen támogatásra is szorulnak. Az Egyezmény **19. cikke** foglalkozik egyébként az önálló életvitel és a közösségbe való befogadás alapelvével.

Számos hazai és nemzetközi szakirodalomban felhívják a figyelmet arra, hogy az ápolást, gondozást nyújtó **tömegintézmények** teljes mértékben **elzárják a** – sokszor szinte az egész életüket az intézmény falai között töltő – **gondozottakat a társadalomtól**, és totális légkörükkel torzult személyiségfejlődéshez, pusztán vegetáló életkörülményekhez vezethetnek, **és szinte semmilyen esélyt nem kínálnak a rehabilitációra**. Éppen ezért sok kutatás az intézeti lét emberi jogi, a fogyatékos személyek méltóságának, önrendelkezésének és életminőségének szemszögéből elemzi a problémát. Az „intézeti kultúrára" számos kutatás szerint jellemző, hogy amellett, hogy szegregálja a gondozottat a társadalmi környezettől, illetve a családtagjaitól, a merev napirend és tömbösített kezelés következtében **az intézeten belüli kapcsolatokat is** egyfajta szociális távolságtartás és **elszemélytelenedés jellemzi**.

A fogyatékos tömegintézmények mindennek ellenére jelentős szeletet hasítanak ki a fogyatékos személyek ellátási rendszeréből Európa-szerte, elsősorban Közép- és Kelet-Európában, de néhány régi tagállamban is (pl. Spanyolországban vagy Belgiumban). Egy, az **EU tagállamaiban és Törökországban** végzett nagyszabású nemzetközi kutatás[9] becslései szerint csaknem **1,2 millió fogyatékos** gyermek és felnőtt (legnagyobb részük (1/4) szellemi fogyatékos, második legnagyobb arányban mentális sérültek) **él hosszabb bentlakást biztosító intézményben**. A kutatás szerint 21 országban a forrásokat a 30-nál több férőhellyel rendelkező intézetek fenntartására használják fel.

Az Európai Unió ugyanakkor – a vonatkozó nemzetközi egyezményekkel összhangban – ösztönzi és közösségi forrásokkal támogatja a nagy létszámú bentlakásos intézmények kiváltásának folyamatát (hozzátéve ugyanakkor, hogy ez, akárcsak a szociális rendszer egyéb szegmensei tagállami hatáskört képeznek). **A kiváltás célja az Unió 2010-2020 közötti időszakra szóló fogyatékosságügyi stratégiájában[10] is megjelenik**, miszerint a Bizottság az alábbiakra törekszik: "az intézményesített gondozásról a közösségi alapú gondozásra való

[8] http://www.un.org/disabilities/documents/natl/hungary-ez.pdf

[9] Mansell, J. – Knapp, M. – Beadle-Brown, J. – Beecham, J. (2007): Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent. – Hivatkozik rá: Az intézeti gondozásról a közösségi alapú gondozásra történő átállással foglalkozó Ad Hoc Szakértői Csoport Jelentése. Európai Bizottság, 2008 – Forrás: http://www.szocialisportal.hu/documents/10504/36116/Szoci%C3%A1lis+f%C3%BCzet+-+Kiv%C3%A1lt%C3%A1s.pdf

[10] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:HU:PDF

átállás ösztönzése; a strukturális alapok és a Vidékfejlesztési Alap felhasználása a közösségi alapú szolgáltatások fejlesztésének támogatására, valamint a nyilvánosság figyelmének felhívása a bentlakásos intézményekben élő fogyatékos személyek – különösen a gyermekek és az idősebbek – helyzetére."

Az ún. kiváltási vagy kitagolási folyamat eltérő módon ment vagy megy végbe az egyes országokban. **Az intézetek felszámolásának úttörői** közé **az EU-n belül Svédországot és az Egyesült Királyságot, illetve azon kívül Norvégiát és az USA-t** szokás sorolni. Az angolszász és skandináv országokban már gyakorlatilag lebontották az intézeteket, a lakóegységek egyre kisebbek (gyakran 1-3 fősek) és egyre nagyobb hangsúlyt kap a személyközpontúság mind a tervezés, mind a finanszírozás tekintetében.

Angliában az 1970-es években kezdődött el a kiváltási folyamat, az intézetek életkörülményeivel kapcsolatos sorozatos botrányok következtében kialakult politikai nyomás eredményeként. A folyamat napjainkra annyira előrehaladottá vált, hogy **a leginkább elterjedt lakhatási forma a 4-6 fős lakóotthon**, de **a támogatott lakhatás is egyre jelentősebb** (több mint 34 ezer fogyatékos ember részesül támogatásban saját otthonában). Az angol rendszer egyik lényeges eleme az ún. **személyközpontú tervezés** (person-centered planning), amely lehetővé teszi, hogy az egyén az igényeinek leginkább megfelelő szolgáltatáscsomagot kapja. Ennek a rendszernek a részeként került bevezetésre a még kezdeti fázisban lévő ún. személyes költségvetés (individual budget) is, melynek keretében az egyénhez rendelt fix összeget egyéni szükségletek szerint lehet különféle szolgáltatásokra, illetve segédeszközökre költeni.

Az elsősorban az angolszász országokban végzett, a kiváltási folyamatokat értékelő, az érintettek életminőségének változását mérő utólagos vizsgálatok egybecsengően megállapították, hogy **a kis létszámú vagy támogatott lakhatási formában élő értelmi fogyatékos személyek életminősége magasabb színvonalú a nagy létszámú intézetekben élő hasonlóan fogyatékos társaiknál**. A kis létszámú otthonokban élőknek pl. több választási és döntési lehetősége van, több társas kapcsolatuk van, gyakoribb és szorosabb a kapcsolatuk a családjukkal vagy nagyobb mértékben vesznek részt a helyi társadalom életében.[11]

Az intézményi ellátást felváltó lakhatási formák és szolgáltatások **költségigényét tekintve ellentmondásos eredményre jutottak a különböző kutatások**. Az **USA-ban végzett kutatások szerint a kis létszámú közösségi ellátási formák olcsóbbak**, mint a nagy állami intézmények, de pl. az **Egyesült Királyságban készült tanulmányok ezzel ellentétes következtetésre jutottak**. Természetesen nagy eltérés van a különböző gondozási igényű emberek ellátásainak költsége között is. Továbbá megfontolandók az átalakítással járó olyan

[11] Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához. Kézenfogva Alapítvány, 2008.

járulékos hasznok is, mint az, hogy az ilyen jellegű lakhatási és szolgáltatási formák terjesztése a fogyatékos személyeket gondozó családokat is részben vagy teljesen tehermentesíti és lehetővé teszi számukra, hogy a munkaerőpiacra visszatérve produktív tagjai legyenek a társadalomnak. Mindazonáltal nincsenek egyértelmű bizonyítékok sem arra, hogy a közösségi alapú gondozási modellek az intézeteknél költségesebbek lennének, sem ennek az ellenkezőjére.

Ezt a kérdést **nem érdemes pusztán gazdasági szempontból értékelni, hiszen a fogyatékos személyek más minőségű ellátást kapnak a közösségi alapú megoldások alkalmazásával**, mint a totalitárius légkörű tömegintézményekben. A közösségi alapú szolgáltatások a társadalmi integráció elősegítése céljából a lakókörnyezetben elérhető munkalehetőségek biztosítását, a társadalmi szolgáltatások és szabadidős lehetőségek létrehozását is magukban foglalják, ami által a „normálishoz" hasonló életkörülmények érhetők el. A közösségi alapú szolgáltatások, mivel **személyre szabottabbak**, nagy valószínűséggel többe is kerülnek, ugyanakkor **hatékonyabbak**, és jobban hozzájárulnak az egyének rehabilitációjához.

Az átalakítások nemzetközi tapasztalatait összefoglalva tehát:

- **A kis létszámú ellátási formák jobb életminőséget nyújtanak**, mint a nagy intézetek.
- A kiscsoportos, lakóközösségbe integrált lakóotthoni ellátási forma **alkalmas minden fogyatékos ember ellátására**, fogyatékosságának súlyosságától és életkorától függetlenül.
- A felnőtt fogyatékos emberek bentlakásos ellátásai **egyre inkább** közelednek a „normál" lakhatáshoz, és **elismerik a magánszférához és az önrendelkezéshez való jogukat**.
- **Az ellátások egy főre jutó költségeiben jelentős eltérések vannak az igénybe vevők gondozási szükségletei alapján**, ugyanakkor az átalakítás költségei és hasznai nem minden esetben azonosíthatók.[12]

Mindezek alapján **az Európai Bizottság felkérésére készített szakértői anyag**[13] az intézeti gondozásról a közösségi alapon végzett gondozásra történő **átállás alapelveit** a következő pontok szerint **határozta meg**:

- A gondozottak jogainak tiszteletben tartása és bevonásuk a döntéshozatalba.
- Az intézeti elhelyezés megelőzése.
- Közösségi alapú szolgáltatások létrehozása, melyek a gondozottak egyéni igényeiből és preferenciáiból indulnak ki.

[12] Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához. Kézenfogva Alapítvány, 2008.

[13] Az intézeti gondozásról a közösségi alapú gondozásra történő átállással foglalkozó Ad Hoc Szakértői Csoport Jelentése. Európai Bizottság, 2008 – Forrás: http://www.szocialisportal.hu/documents/10504/36116/Szoci%C3%A1lis+f%C3%BCzet+-+Kiv%C3%A1lt%C3%A1s.pdf

- Az intézetek bezárása: első lépésként egyéni tervet kell készíteni minden gondozott számára; majd fel kell mérni a gondozó személyzet oktatási igényeit és felkészíteni őket; az intézeteket úgy kell bezárni, hogy egy gondozott se maradjon megfelelő ellátás nélkül; továbbá a segítségre leginkább rászorulókat kell előnyben részesíteni.
- A meglévő intézetek fejlesztési beruházásainak korlátozása, ugyanis azok megnehezítik az intézmények bezárását.
- Humán erőforrás-fejlesztés a leendő gondozók körében.
- Az erőforrások hatékony felhasználása.
- Minőség-ellenőrzés, melynek középpontjában a gondozottak megelégedettsége kell, hogy legyen.
- Holisztikus megközelítés: minden érintett szakpolitikai terület bevonása.
- Az ismeretek bővítése, különös tekintettel a helyi közösségek befogadó hozzáállásának fejlesztésére.

Magyarországi helyzet

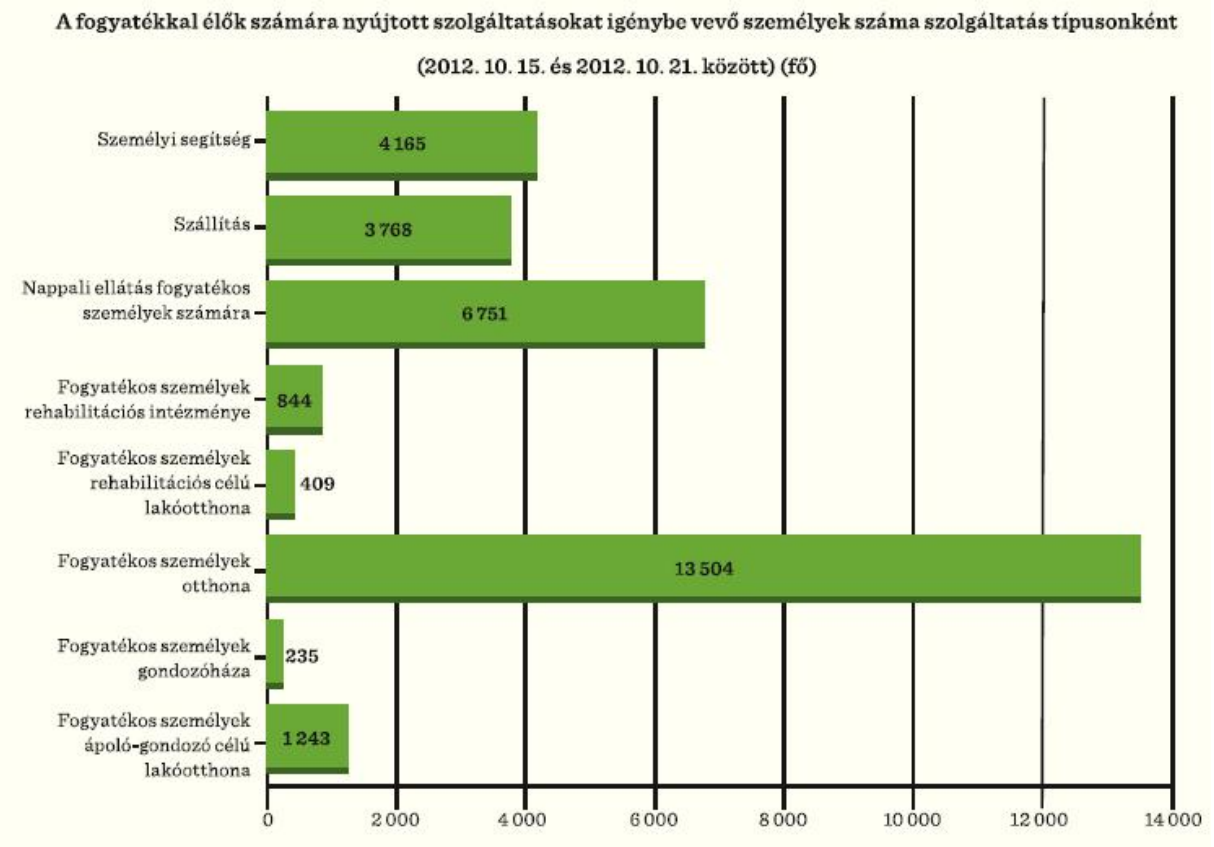
Magyarországon a 2011-es népszámlálás adatai[14] alapján több mint 456 ezer fogyatékos személy él, közülük értelmi fogyatékos mintegy 43 ezer ember (a teljes népesség 0,43 százaléka), továbbá mentálisan sérült több mint 46 ezer ember (a teljes népesség 0,47 százaléka). A fogyatékos személyek **többsége családjával él, ám becslések szerint mintegy 16-20 ezer fő nagy létszámú, átlagosan 130 fős intézményekben**.

A fogyatékos személyek többségének **családban tartásában** a **személyes okok** mellett a **várólisták** kisebb mértékben (illetve intézmény-függően), **de az is szerepet játszhat, hogy sok esetben a fogyatékos személy juttatásai jelentik a család egyedüli bevételi forrását** (pl. emelt összegű családi pótlék, fogyatékossági támogatás, segélyezésnél létszámként szerepel stb.). **A bentlakásos intézmények ellátottjai** mindazonáltal **túlnyomórészt a középsúlyos, valamint a súlyos értelmi fogyatékossággal rendelkezők** köréből kerülnek ki. Ennek a csoportnak szakértői becslések alapján legalább **negyede** vesz igénybe tartós bentlakásos ellátást, és közülük sokan életük jelentős részét töltik az intézetekben.[15]

A **KENYSZI** (Központi Elektronikus Nyilvántartás a Szolgáltatást Igénybevevőkről) által vezetett adatok **alapján a fogyatékos személyek számára fenntartott alap- és szakszolgáltatást** (**2012**. október 15. és 21. között) **28 ezer ember vett igénybe**, **ezen belül fogyatékos személyek otthonában 13 500 fő tartózkodott**. Az ellátási formák igénybevételéről az 1. ábra nyújt bővebb tájékoztatást. A KENYSZI adatai szerint az **ellátottaknak csupán 10,2 százaléka él lakóotthoni formában**. Ezenkívül sokatmondó az

[14] http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_03_00_2011.pdf
[15] Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához. Kézenfogva Alapítvány, 2008.

intézetekben **eltöltött idő** is: az ellátottak több mint egyharmada legalább 5 éve, 9 százalékuk több mint 20 éve ugyanannak a szolgáltatónak a gondozottja.[16]

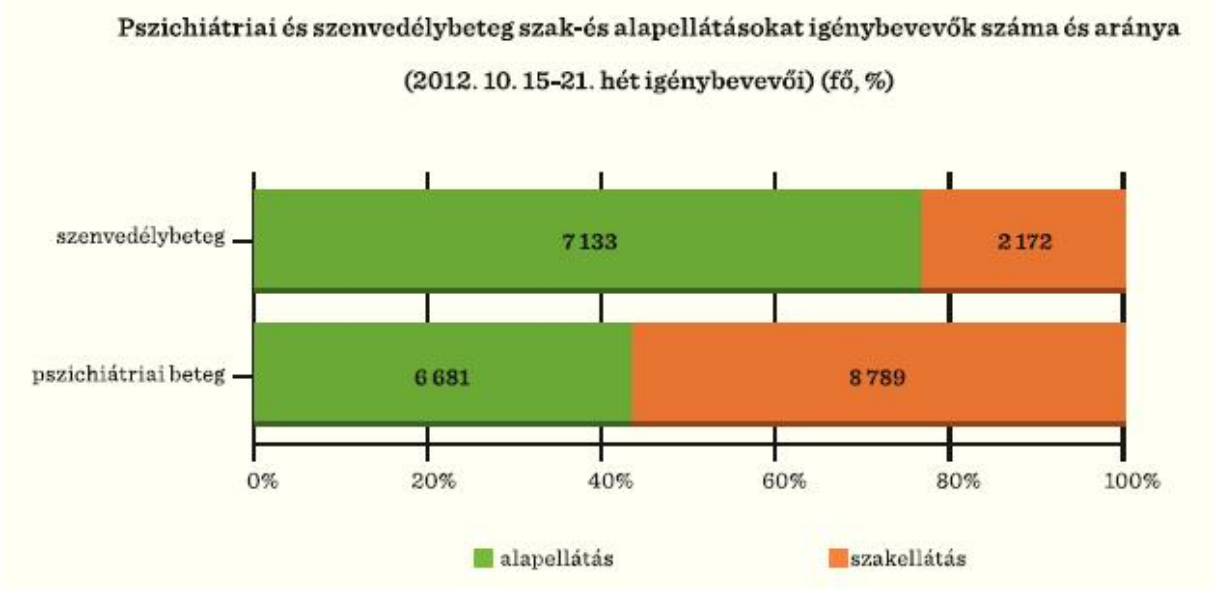


1. ábra: A fogyatékkal élők számára nyújtott szolgáltatásokat igénybevevő személyek száma szolgáltatás típusonként 2012.10.15. és 2012.10.21. között (fő) – Forrás: NRSZH, KENYSZI

A pszichiátriai, illetve szenvedélybeteg szak- és alapellátásokat mintegy 15 ezren, illetve 9 ezren veszik igénybe, hozzátéve **ugyanakkor**, hogy **a közösségi szolgáltatásokról** – tekintve, hogy e téren nincs jelentési kötelezettség – **nem áll rendelkezésre pontos adat**, mely ellátási forma dominánsnak tekinthető az alapellátásban mindkét gondozotti csoport tekintetében. **Pszichiátriai szakellátást 8789-en, szenvedélybetegek számára létrehozott szakellátási formát 2172-en vettek igénybe** a vizsgált időszakban, miként az a 2. ábrán látszik. A **pszichiátriai gondozottak esetében a nagy intézmények még jellemzőbbek a szakellátásban, mint a fogyatékos személyek esetében**: lakóotthoni formában csak 3-5 százalékuk, de rehabilitációs intézményben is csupán mintegy 1,5 százalékuk lakik. A szenvedélybetegeknél némiképp jobb a helyzet: csaknem egynegyedüket gondozzák rehabilitációs intézményben.[17]

[16] A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások igénybevevői – 2012. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH), 2013. február – Forrás: http://www.szocialisportal.hu/documents/10504/36116/Szoci%C3%A1lis+F%C3%BCzet+5.+kicsiny%C3%ADtett.pdf

[17] A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások igénybevevői – 2012. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH), 2013. február – Forrás:



2. ábra: Pszichiátriai és szenvedélybeteg szak- és alapellátásokat igénybevevők száma és aránya 2012.10.15. és 2012.10.21. között (fő) – Forrás: NRSZH, KENYSZI

Az 1993. évi III. törvény a bentlakást biztosító ellátások területén tulajdonképpen az 1970-es években kialakult ellátórendszert rögzítette, **a nagy létszámú intézetek túlsúlyá**t biztosítva. Ugyanakkor a lakóotthont mint szolgáltatási típust jogszabályban rögzítő 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet egy már a gyakorlatban létező ellátási formát legalizált. Mindazonáltal a szakellátásban **a kis létszámú lakhatási megoldások** – mint az a fentiekből is kitűnik – **kevésbé elterjedtek**.

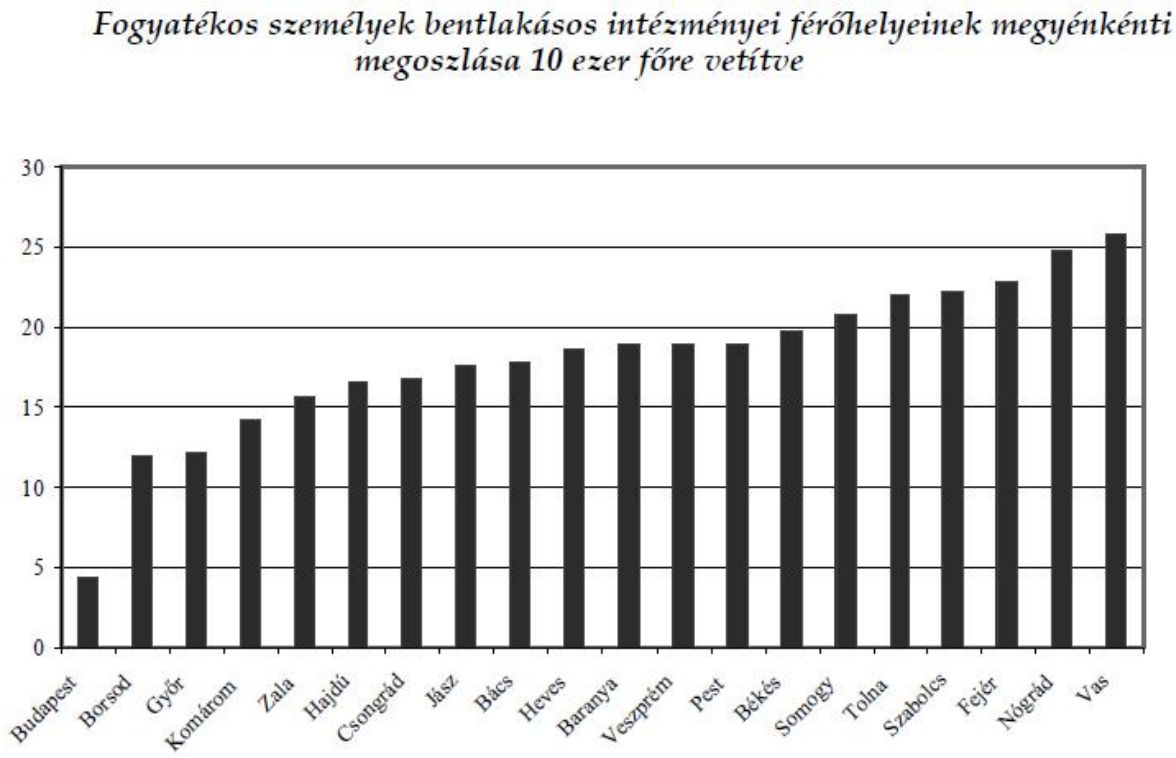
A kiváltási folyamatról közvetlenül az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról (továbbiakban Fot) rendelkezett. A **Fot 17. §**-a kimondja, hogy „a fogyatékos személynek joga van a fogyatékosságának, személyes körülményeinek megfelelő - családi, lakóotthoni, intézményi - lakhatási forma megválasztásához.” A többször eltolásra került határidő szerint továbbá **2013. december 31-ig legalább 1500 fő fogyatékos és pszichiátriai beteg személynek ellátást nyújtó intézményi férőhely kiváltását írja elő**, mely cél elérése mindazonáltal kérdéses.

Jelenleg az ellátórendszer alapvetően intézet-központú, a családoknak gyakorlatilag egyetlen lehetősége az, hogy tartós bentlakásos intézményekben helyezzék el fogyatékos hozzátartozóikat. **Az ún. rehabilitációs intézmények sok szakértő szerint diszfunkcionálisan működnek**, ugyanis tekintve, hogy a **legtöbb esetben ezek is tömegintézmények**, amik sokszor a települések szélén vagy kifejezetten külterületeken kerülnek elhelyezésre, nem képesek arra, hogy 5 éven belül gondozottjaikat felkészítsék az önálló, a társadalomba

http://www.szocialisportal.hu/documents/10504/36116/Szoci%C3%A1lis+F%C3%BCzet+5.+kicsiny%C3%ADtett.pdf

integrált életre. Különösen problémás ez a pszichiátriai betegek esetében, akiknél pedig az érdemi rehabilitáció jelentősen csökkentené a visszaesések számát.

Az ellátásokhoz való hozzáférés tekintetében jelentősek a területi egyenlőtlenségek, mind a nagy létszámú intézmények, mind a lakóotthonok tekintetében, miként azt a 3. ábra mutatja. A főváros nem tart fenn felnőtt korú fogyatékosoknak lakhatást nyújtó bentlakásos otthonokat a közigazgatási határain belül, de a megyeszékhelyeken is jellemzően alacsony azok aránya, míg a megyék perifériáján magasabb az intézetek előfordulásának esélye.[18] Ezért **a fogyatékos személyek a lakhatási szolgáltatás igénybevételéhez sokszor arra kényszerülnek, hogy eredeti lakóhelyüktől távol lévő területekre vándoroljanak**. A **területi egyenlőtlenségek** továbbá **az alapszolgáltatások területén** (pl. a nappali ellátásban) **is** felfedezhetők. A területi egyenlőtlenségek mellett mindazonáltal az intézményekben folyó **szakmai munka színvonalában is nagy különbségek** vannak az egyes intézetek között.



3. ábra: Fogyatékos személyek bentlakásos intézményei férőhelyeinek megyénkénti megoszlása 10 ezer főre vetítve - Forrás: KSH 2009 – Hivatkozik rá: Verdes Tamás – Scharle Ágota – Váradi Balázs (2011): Intézet helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. In: Esély 2011/4.

Az eddigi finanszírozási rendszer is jelentős egyenlőtlenségi faktort hordozott magában. A bentlakásos szolgáltatásokat a központi költségvetés, az önkormányzatok és a lakók közösen finanszírozták. Mivel az állami normatíva a működési költségek legfeljebb 40 százalékát fedezte, a fenntartó önkormányzat anyagi helyzetétől és támogatási hajlandóságától is függővé vált az intézményi ellátás színvonala, mely tovább növelte a területi

[18] Verdes Tamás – Scharle Ágota – Váradi Balázs (2011): Intézet helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. In: *Esély* 2011/4.

egyenlőtlenségeket e téren. Mindemellett az egyre nagyobb részt képviselő, a lakók által fizetett térítési díjakról sem szabad elfeledkezni. A finanszírozási rendszer lényegében módosult azáltal, hogy **a megyei önkormányzat által fenntartott szociális intézetek tavalyi állami átvételét követően 2013. január 1-jétől a helyi önkormányzatok által fenntartott gyermekvédelmi, fogyatékosokat, pszichiátriai és szenvedélybetegeket ellátó átmeneti, illetve állandó otthonok is állami kézbe kerültek**, és a továbbiakban a fenntartói feladatokat a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság látja el.

A szakemberek az előbb említettek mellett **a jogi szabályozás merevségé**t, a **túlszabályozottság**ot szokták kiemelni **az ellátórendszer strukturális problémái között**, mely egyrészt korlátozza az egyéni szükségletekre szabott szolgáltatás-nyújtást, másrészt **túlgondozást vagy alulgondozást eredményez**. Ezenkívül **az ellátásszervezés és a szolgáltatásnyújtás összefonódásá**t emeli ki több szerző, mely szerintük ellentmondásokat eredményezhet pl. a működés ellenőrzése tekintetében is.[19]

Az intézményrendszer strukturális problémái mellett **az infrastruktúra állapota** is indokolja a reformfolyamat elkezdését, illetve folytatását. A **gyakran** az ellátás helyszínéül szolgáló **régi kastélyépületek** általában elavultak, fenntartásuk pazarló, és infrastrukturális beruházásokat igényelne. Ha azonban a döntéshozó elkötelezett a kitagolás véghezvitele mellett, e beruházásoknak csak a legszükségesebbekre kell szorítkoznia.

Az átalakítás során továbbá nem szabad figyelmen kívül hagyni a rendszerben meglévő **ellenérdekeltségek**et, **illetve információhiány**t. **A szakma egy része továbbra is az intézetközpontú megközelítés híve**, ugyanakkor **az intézményfenntartók is ellenérdekeltek lehetnek** egy ilyen folyamatban. Ez azonban **annak is betudható, hogy kevés információval rendelkeznek a nagy intézményeken kívüli alternatívákról** és fel sem merülnek bennük egyéb megoldások. Mindemellett számolni kell a kitagolásban érintett **helyi lakosság előítéletességé**vel is. Egy a jelenlegi kitagolási projektben nyertes intézmény, a bélapátfalvi otthon esetében pl. a helyi népszavazáson elbukott annak az ötlete, hogy a településen helyezzék el lakásokban a kitagolandó intézeti lakókat.

A kiváltási projekt

Mindezek fényében röviden bemutatjuk a jelenleg futó, uniós forrásokból kitagolási folyamatot megvalósító projektet. A folyamatnak megágyazó „A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról" szóló 2011-2041 évre elkészített **stratégiá**t már korábbi monitoring anyagunkban elemeztük. A stratégiának, melynek **legfőbb célja a közösségi lakhatási formák elterjesztése**, a szakmai közeg által is egyik legelismertebb nóvuma, hogy a **normalizáció** (vagyis a lakhatás és a napközbeni tevékenységek színterének szétválasztásának, az átlagos, „normális"

[19] Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához. Kézenfogva Alapítvány, 2008.

életkörülmények megteremtésének) **elvére épül**. A szociális államtitkárság számításai szerint **a kiváltási folyamat közel száz szociális intézményt és mintegy 12 ezer férőhelyet fog érinteni**.

A Stratégia által előírtaknak megfelelően született meg **a 2012. évi CXVIII. törvény**, a **támogatott lakhatás szakmai tartalmát rögzítette**, továbbá előírta, hogy 2013. január 1-jét követően fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg személyek ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátása céljából új férőhelyet intézmény-átalakítás esetén legfeljebb 50 fős, új intézmény létrehozása esetén legfeljebb 12 fő számára lehet létrehozni. A közeljövőben **várható továbbá az 1/2000. SzCsM rendelet elfogadása**, mely a szociális törvény 75.§-ában meghatározott **támogatott lakhatás végrehajtási rendelete**, és a részletszabályokat tartalmazza.

2012 októberében zárult le a beadási határideje a nagy létszámú, tartós bentlakást nyújtó fogyatékos és pszichiátriai intézmények kiváltását célzó TIOP 3.4.1.-A-11/1-es **pályázatnak**, melynek eredményeként a kiváltási folyamat megvalósítását koordináló Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület **hat pályázó megvalósíthatósági tanulmányát fogadta be**. **Bár a**z említett **stratégiában még nem szerepel a pszichiátriai gondozottak csoportja, a kiváltási folyamatnak** – összhangban azzal a közelmúltbeli Fot. módosítással (2013. évi LXII. törvény), mely a fogyatékosság fogalmát kiterjeszti a pszichiátriai betegekre is – **részesei**, és a nyertes pályázatok között is található pszichiátriai otthon (Berzence, Szentes). A **szerződéskötés 2013 júniusára mind a hat intézménnyel megtörtént**, és a **kivitelezési munkálatok júliusban veszik kezdetüket**.

Az infrastrukturális beruházások – vagyis az intézeti elhelyezést felváltó kis létszámú akadálymentes lakhatási létesítmények létrehozása – **mellett a humánerőforrás fejlesztésére is sor került**, illetve fog kerülni a folyamat során. Míg a lakóegységek megépítésére a támogatás 90 százaléka használható fel, 10 százalék képzésre, az ápolók és a gondozottak felkészítésére fordítható. A TÁMOP 5.4.5.-11/1-es pályázat keretében először is **megtörtént a pályázók intézményeiben élő lakók komplex szükségletfelmérése**. **Másrészt 2012. október-december között 107 szakember, ún. mentor, képzése valósult meg** mintegy 10 szakterületen (stratégia, szervezetfejlesztés, intézményi vezetők támogatása, dolgozók és lakók felkészítése, szupervízió, szervezet-működés, foglalkoztatás, támogatás szükségletfelmérés, illetve rehabilitációs mérnök). **A nyertes pályázók intézményeire egyenként 15-20 mentor jut**, akiket kötelező alkalmazni a kiváltás teljes folyamata alatt.

A pályázaton nyertes **intézmények kiváltása során legfeljebb 6 fős, 6-12 fős lakást, illetve legfeljebb 50 fős lakást vagy házat lehet létrehozni**, de **ez utóbbiból maximum egyet**. Volt olyan pályázó is (Bélapátfalva), aki legfeljebb 50 fős (korábban lakócentrumnak nevezett) lakhatási forma nélkül tervezi megvalósítani az intézménytelenítést.

Tekintve, hogy – a minisztérium szerint potenciálisan mintegy 100 intézményt érintő – kiváltási folyamat elején vagyunk, és a fenntartók a korábban említett információhiány, illetve a bizonytalan törvényi és fenntarthatósági feltételek miatt ezidáig kevésbé érdeklődtek a projekt iránt, a folyamatra szánt 7 milliárd forintból **egyelőre 6 milliárd forint EU-s forrás kerül felhasználásra**. **A következő uniós költségvetési ciklusban** mindazonáltal **prioritásként** szerepel a kiváltási folyamat további tömegintézményekre való kiterjesztése.

Mindenesetre az átalakítás módjával kapcsolatban még mindig érvényes a korábbiakban hivatkozott, Kézenfogva Alapítvány által készített szakmai anyag azon realista megállapítása, miszerint „a gazdaság és az államháztartás helyzetét figyelembe véve nem lehet számolni a források jelentős bővülésével. Az nyilvánvaló, hogy a jelenlegi rendszerből nem lehet forrásokat kivonni és új ellátásokra átcsoportosítani, mert az ellehetetlenítené a mostani intézetek működését. Ezért a változásokat csak fokozatosan, kis lépésekben lehet bevezetni."[20] A kiváltási folyamat mindazonáltal azon a társadalmi hasznon kívül, hogy az érintett fogyatékos, illetve pszichiátriai gondozottak életminőségét javítaná, társadalmi integrációjukat elősegítené, javítaná a közpénzek felhasználásának hatékonyságát is, hiszen számos kutatás által alátámasztottan az érintett személyek eredményesebb kezeléséhez, illetve rehabilitációjához járulhat hozzá. A kiváltási folyamat tehát mind morális, mind pragmatikus szempontból kívánatos folyamat.

Az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet megnyitása és a pszichiátriai ellátás helyzete

Június 13-án adta át az emberi erőforrások minisztere az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet alapító okiratát a Nyírő Gyula Kórház főigazgató főorvosának, Dr. Németh Attilának. Az intézet létrejötte hiánypótló a pszichiátriai szakma szempontjából, és részben a 2007-ben megszüntetésre került Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (közismertebb nevén „Lipótmező") funkcióit örökölte. Mielőtt azonban kitérnénk az új országos intézmény feladataira, szerepére, érdemes a **mentális egészség európai és hazai helyzetéről, a hazai pszichiátriai ellátórendszer átalakításáról, illetve a pszichiátriai ellátás jelenlegi helyzetéről** röviden értekezni.

Európai kitekintés

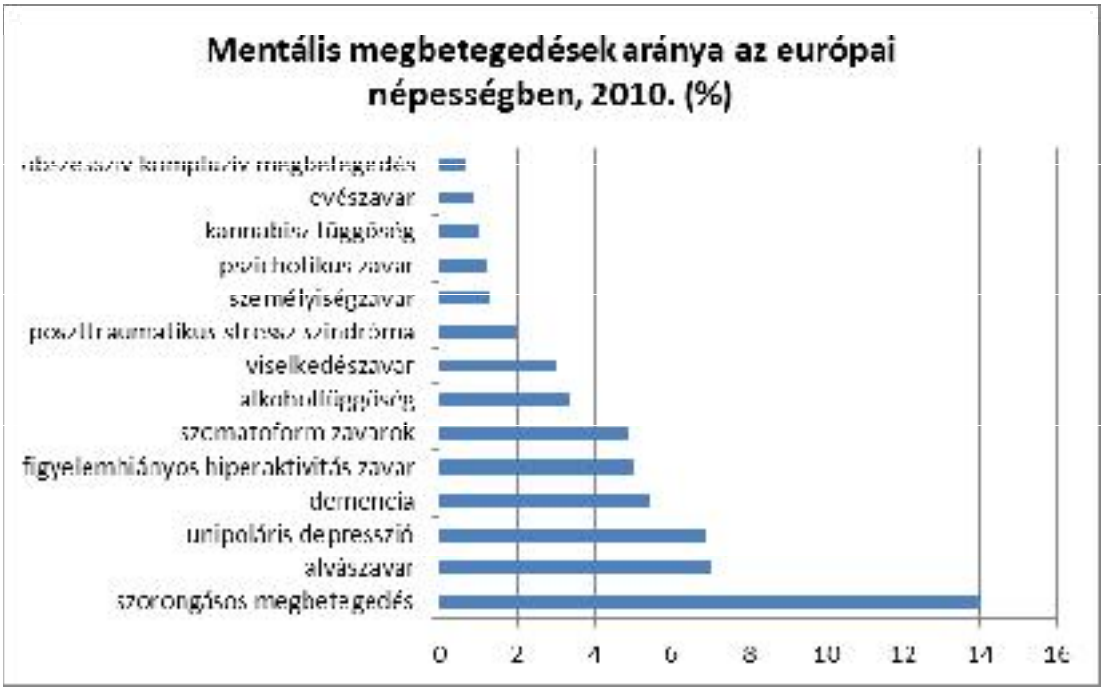
Az Európai Neuropszichofarmakológiai Kollégium (ECNP) 2011 szeptemberében publikált tanulmánya[21] szerint – mely az eddigi legszélesebb körű, mentális zavarra vonatkozó átfogó kutatás Európában, és 30 ország (az EU-n kívül az EFTA-országok) 514 millió lakosára terjedt ki – **az európaiak 38,2 százaléka (164 millió ember) szenved valamilyen mentális zavarban**.

[20] Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához. Kézenfogva Alapítvány, 2008., 74.
[21] http://www.ecnp.eu/publications/reports/sizeandburden.aspx

Ez az arány a kutatók szerint azonban még magasabb is lehet, ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy **az emberek az esetek csupán egyharmadában fordulnak orvoshoz**. A tanulmány szerzői mindezek alapján azt is kijelentették, hogy a mentális zavar a 21. század legnagyobb egészségügyi kihívása.

A problémát **aktuálisan tetézi a sokáig húzódó gazdasági válság**, **mely növeli a mentális terhelést** is, és az öngyilkosságok számát, illetve az alkoholizmusra visszavezethető halálozások számát is növeli. **A mentális zavarok „árát"** próbálja számszerűsíteni több nemzetközi felmérés, többek között egyes ECNP-kutatások is, melyek az ún. DALY-faktor (disability adjusted life years) segítségével veszik számba a betegség okozta munkaképtelenség, illetve korai halálozás miatt kieső éveket. 2005-ben a szervezet mintegy 277 milliárd euróra becsülte a mentális zavar „árát".

A 2011-es ECNP felmérés szerint **a vizsgált 27 mentális zavar-típus közül a leggyakoribbak a szorongásos megbetegedések** (mely 69 millió embert érint), **az alvászavar** (mely 30 millió embert érint) **és az ún. unipoláris depresszió** (mely mintegy 29 millió embert érint). Az 1. ábrán a mentális megbetegedések aránya látható az európai lakosság körében.



4. ábra: Mentális megbetegedések aránya az európai népességben. Forrás: ECNP - http://www.ecnp.eu/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf

A magyarok mentális állapota

A magyarok mentális helyzetét az európai térbe elhelyezve sokatmondó a **2010-es Eurobarometer** azon megállapítása, miszerint „kevésbé egyértelmű, melyik országok a leginkább érintettek a mentális betegségek, illetve érzelmi problémák által; csak

Magyarország az, amelyik mindkét jelenség tekintetében átlagon felüli arányban érintett."[22] Vagyis **a magyar lakosság mentális állapota lényegesen rosszabb az európai átlagnál**.

Magyarországon a **KSH** először **2009**-ben készített a nemzetközi standardoknak megfelelő **lakossági egészségfelmérést**[23]. **A válaszadók 6 százaléka krónikus depresszióban, 3 százaléka mentális betegségben szenvedőnek vallotta magát**; így a felmérés szerint ezek **fényében a mentális zavarok is a leggyakoribb betegségek közé tartoznak**. A megkérdezettek 20 százaléka jelezte, hogy sokat idegeskedik, illetve gyakran érzi magát kimerültnek, folytonos fáradtságra továbbá egyharmaduk panaszkodott.

A pszichiátriai ellátórendszer állapota

A Magyar Pszichiátriai Társaság idén márciusban, a pszichiátriai ellátás és a pszichiátria jövőjét illetően megfogalmazott stratégiai javaslatait tartalmazó dokumentum[24], illetve az ott hivatkozott nemzetközi és hazai felmérések (WHO, a 2012-es ÁSZ jelentés, valamint az ombudsmani jelentések) szerint **a hazai pszichiátriai ellátás mind személyi, mind tárgyi feltételeiben jelentősen elmarad a nemzetközi elvárásoktól és a hasonló fejlettségű országok tényadataitól is**. Az ellátórendszer a szervezet szerint jelenleg **súlyos humánerőforrás (mind az orvosok, mind a szakápolók tekintetében)- és finanszírozási nehézségekkel küzd**.

A magyarországi pszichiátriára **jellemző intézmény- és fekvőbeteg-centrikusság súlypontjának áthelyezése a közösségi típusú ellátási formák felé volt a célja az ellátórendszer 2006-os reformjának**, melyet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény alapozott meg (továbbiakban Eftv.). A jogszabály meghatározta az egészségügyi szolgáltatók körét, átszervezte az ellátási szerkezetet, valamint **csökkentette az aktív pszichiátriai ágyak számát mintegy 20 százalékkal** (3881-ről 3104-re, OEP adatok). Tizenegy kórházban megszüntették, más intézményekben csökkentették ezen aktív kapacitásokat.

Mindazonáltal a reform legemblematikusabb intézkedése **az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárása** volt. Az országos intézmény 849 ágyából ugyan 599-et átvettek a fővárosi kórházak (többek között a Nyírő Gyula Kórház, a Semmelweis Egyetem, vagy a Szent János Kórház), de **250 aktív ágy eltűnt a rendszerből**. Bár hivatalosan senki sem került az utcára a betegek közül, azonban **sokan szétszéledtek** – vagy korábbi orvosuk elvesztése miatt vagy, mert a családjuk nem fogadta őket vissza –, **akikről az ellátórendszer nem rendelkezik információval**. A trend ezt követően is folytatódott: 2011 szeptemberéig további 78 aktív pszichiátriai ágy került megszüntetésre. A GYEMSZI adatai szerint továbbá **2010 és 2012. július 1. között összességében 254 pszichiátriai aktív ágy szűnt meg**.

[22] http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf
[23] http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf
[24] http://www.mptpszichiatria.hu/hirek.aspx?&nid=29193&cid=32#29193

Mivel az átalakítás célja eredetileg a decentralizáció volt, a fekvőbeteg-ellátás súlyának csökkentése indokolható lett volna a betegközeli ellátástípusok fejlesztésével. A 2006-os átalakítások eredményeként ugyanakkor **nem csupán a pszichiátriai ágyak száma csökkent, hanem a pszichiátriai járóbeteg-ellátás fejlődése sem következett be**, a gondozói hálózat finanszírozása (az ún. fix díj) pedig visszaesett 2007-ben mintegy 50 százalékkal. Bár a finanszírozásnak ezt az elemét 2011-ben felváltotta egy másik típusú finanszírozási mód (Homogén Gondozói Kódok), a 2011. évi kifizetés 16 százalékkal alulmúlta a 2006. évit, amint az az Állami Számvevőszék 2012-es, a pszichiátriai betegellátás átalakításának átfogó vizsgálatából[25] kiderül. **A gondozói hálózat** – mely a hatékony betegellátás bástyája lehetne – azóta is **nagymértékben alulfinanszírozott**, pedig szakmai körökben hangsúlyozzák: a jól gondozott betegek megtakarítást jelentenek a kórházi ellátásra fordított összegben.

Az ellátórendszer átalakítása során továbbá **elválasztották egymástól az akut és a rehabilitációs ellátást**, így az akut kezelési fázison túl lévő betegek tekintetében „a rehabilitációs ágyak hiánya **akadályozza a pszichiátriában gyakorta szükséges folyamatos és hosszú távú utókezelést, e nélkül pedig nő a visszaesés veszélye** a betegeknél" – miként arra az ombudsman 2009-es jelentése (AJB 3536/2009.) is felhívta a figyelmet. Ugyanis minél súlyosabb egy beteg állapota, annál kevésbé van betegségbelátása, és ha megszakad a kezelés, a beteg állapota tovább romlik, végül a kórházi pszichiátriára küldik, majd a kezelés után elbocsátják, az elengedett betegek pedig sokszor rövid időn belül visszakerülnek az akut ellátásba. Ez az ún. **forgóajtó-effektus**, az ellátási folytonosság hiánya ráadásul az ellátás nemcsak **diszfunkcionális**, de rendkívül **pazarló** módja **is**, hiszen a betegek a kezelés befejezetlensége miatt újra és újra aktív kórházi ellátásra szorulnak.

Míg „a pszichiátriai egészségügyi ellátás feltételei az intézményrendszer egésze és a betegek szempontjából is kedvezőtlenül változtak"- jegyzi meg az ÁSZ jelentés, addig a pszichiátriai ellátásban ugyancsak szerepet vállaló **szociális szolgáltatások fejlődésé**nek lehetünk tanúi. A szociális ágazat e téren nyújtott szolgáltatásai az alábbiak: bentlakásos, nappali, illetve az ún. közösségi ellátások, melyek közül az utóbbi olyan otthon közeli alapszolgáltatás, mely a pszicho-szociális rehabilitáció eszközeivel az otthonukban nyújt segítséget a betegeknek.

A szociális ágazat ez irányú kiadásai a 2006. évi 14,7 milliárd forintról 2010-re 19,4 milliárd forintra **emelkedtek**, ezen belül a közösségi ellátásra fordított kiadások 1,1 milliárd forintról 2 milliárd forintra – hozzátéve ugyanakkor, hogy a bentlakásos intézmények esetében csökkentek fajlagos kiadások. **A szociális ellátásban részesülők száma pedig 19 808 főről 75 347 főre nőtt 2006 és 2010 között**. A pszichiátriai betegellátás egészségügyi vonatkozásában eközben egyrészt a kiadások csökkenésének lehetünk tanúi (a 2006. évi 92,5 milliárd forintról 2010-re 87,9 milliárd forintra csökkentek az erre a célra fordított OEP-kiadások), másrészt az ellátottak száma is (a 2006. évi 628,7 ezer főről 2010-re 626,1 ezer

[25] http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf

főre) csökkent, továbbá – mind a fekvőbeteg, mind a gondozói típusban – romlott az orvos és a szakdolgozói létszámellátottság az ÁSZ jelentés szerint.

Ugyanakkor – miképpen azt a 2009-es ombudsmani jelentés, illetve a tavalyi ÁSZ jelentés is megjegyzi – **az egészségügyi és a szociális pszichiátriai ellátások nem képeznek összehangolt, egységes rendszert**, az ellátási kapacitásokat pedig „az Eftv., a hagyományok, az egészségügyi és a szociális intézményeket fenntartók összehangolatlan intézményfejlesztései, valamint a különböző szakmai nézetek, érdekek együtt alakították". A szociális és egészségügyi ellátások tekintetében pedig a koordináció, a munkamegosztás, illetve a célszerű betegirányítás terén is vannak hiányosságok, de **a betegek ellátási folyamatát egészében szabályozó ellátási protokoll sem egyértelmű** – állapította meg az ÁSZ.

Az Állami Számvevőszék 2012-es vizsgálata a pszichiátriai ellátás struktúraváltása kapcsán összességében egyrészt az ellátás eredményességének, másrészt pedig a közpénzfelhasználás költséghatékonyságának romlását konstatálta. A pszichiátriai ellátás eredményességének romlását az alábbi **indikátorok romlása** érzékelteti az ÁSZ szerint. A vizsgált évek, **2006 és 2010 között nőtt a befejezett öngyilkosságok, illetve az öngyilkossági kísérletek száma** – ami azért is különösen figyelemre méltó, hiszen az öngyilkosságok száma 1985 és 2006 között folyamatosan (összességében mintegy 50 százalékkal) csökkent, és 2007-et követően kezdett el ismét emelkedni (jelenleg naponta átlagosan 7 ember lesz öngyilkos hazánkban). A **drogfüggők száma sem csökkent**, **nőtt viszont a pszichiátriai otthonokba történő elhelyezés várakozási ideje**. **A depressziós betegek kezelési aránya csökkent. Ugyanakkor** érdemes megjegyezni, hogy ezek **a mutatók nem kizárólag az ellátórendszer működésének függvényei**, ebből a szempontból **óvatosan kell bánni a kategorikus kijelentésekkel**. Az indikátorok romlásában közrejátszhattak olyan tényezők is pl., mint a gazdasági válság, amivel az ÁSZ jelentés kevésbé foglalkozott.

Mindemellett a humánerőforrás hiányosságát érzékelteti, hogy **a kormányzat 2011-ben a pszichiátriát a hiányszakmák között nevesítette**, illetve **2012-ben már a gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakmát is** a hiányszakmák közé sorolta. Azonban **drámaian alacsony a szakápolók száma is**. Továbbá a pszichiátriai ellátásban régóta fennálló, **hozzáférésbeli egyenlőtlenségek sem mérséklődtek**, **az ellátás minden területén** – a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás területén csakúgy, mint a bentlakásos szociális ellátás és a közösségi szolgáltatások terén – **jellemzőek**. Mind az egészségügyi, mind a szociális ellátások vonatkozásában többszörösek a megyék közötti ellátási kapacitásbeli különbségek. A gyermekpszichiátria tekintetében egész régiók vannak lefedetlenül, pedig a gyerekek több mint 15 százaléka érintett valamilyen mentális betegségben.

Mindazonáltal pozitív trendeknek is tanúi lehetünk az elmúlt időszakban: **csökkent** például a **májzsugorban és az egyéb alkoholos májbetegségek miatti halálozások száma** (mintegy 10

százalékkal), illetve **a közösségi ellátásban részesülők számának növekedése is** üdvözlendő tény.

Az ÁSZ megállapítása alapján **mind** a struktúraátalakítás alapjait megteremtő **2006. évi Eftv., mind** az annak részeként végrehajtott **OPNI bezárás előkészítetlen, célszerűtlen volt és az ellátás színvonalának csökkenéséhez vezetett.** Az előzetes egyeztetéseket és hatásvizsgálatokat nélkülöző átalakítás nemcsak a betegellátásban okozott fennakadást (az ágyszám-csökkentés, illetve az azokat részben átvevő intézmények felkészületlensége miatt), hanem az OPNI 2007-es bezárásával megszűnt a hazai pszichiátria módszertani, oktató, tudományos és kutatóközpontja is, mely funkciókat csak részben tudták az egyéb grémiumok (pl. a Pszichiátriai Szakmai Kollégium) pótolni.

Az országos intézet bezárása **egy 2007-es ombudsmani jelentés** (OBH 2464/2007) **szerint** mind a betegek, mind az egészségügyi dolgozók, mind pedig a társadalom számára aggályos helyzetet teremtett, és **az ellátás nélkül maradt krónikus pszichiátriai betegek a hajléktalanok számának növekedéséhez is hozzájárultak**.

Az OPAI létrehozása

A jelenlegi kormány hivatalba lépésével adott volt tehát egy sikertelen rendszer-átalakítás, annak minden következményével, **illetve egy nagymérvű szakmai igény** és felfokozott várakozás **egy új országos intézmény kialakítására**, melyhez hasonló központtal egyébként az európai országok mindegyike rendelkezik.

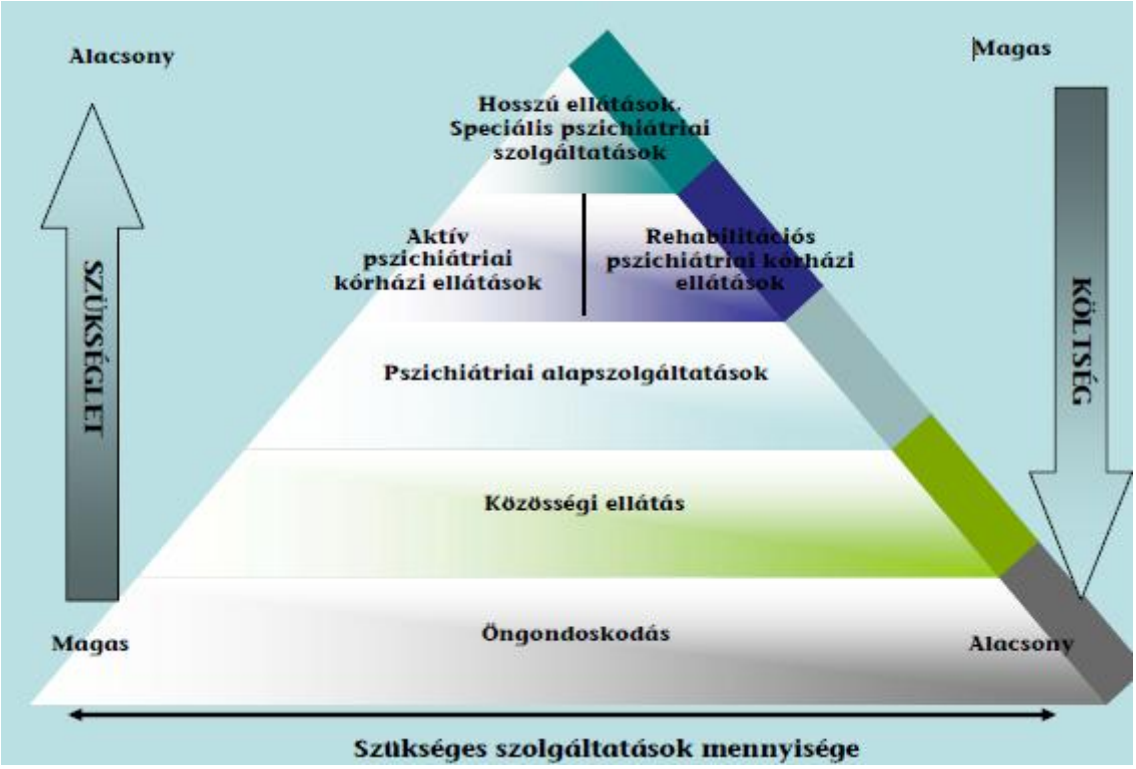
A 2011 májusában elfogadott **Semmelweis Terv fő célkitűzései között szerepelt a pszichiátriai ellátás átalakítása**, „a szétzilált, korábban világszínvonalú" ellátórendszer megerősítése, **ugyanakkor pénzügyi forrást a program nem rendelt** az e cél érdekében megteendő feladatokhoz. A programhoz kapcsolódó kormányhatározat (1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat) egy új országos pszichiátriai intézet létrehozásához kapcsolódó megvalósíthatósági tanulmány elkészítését rendelte el 2011 végéig, amely a megadott határidőre nem készült el.

A késlekedések ellenére ugyanakkor **idén június elején végül sor került az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) megnyitására**. A Magyar Pszichiátriai Társaság már a márciusban közreadott, stratégiai javaslatokat is tartalmazó nyilatkozatában megállapította, hogy adottak a feltételek az OPAI Nyírő Gyula Kórházbeli működésének megkezdéséhez.

Az új országos szervezet kialakítását sok szakember üdvözli – akik az OPNI bezárását gyakorlatilag a szakma lefejezésének tekintették –, ugyanakkor egy nagy központ kialakítása az ellátásban a nemzetközi trendekkel ellentétesnek tűnik. Ugyanis egyre inkább teret hódít az a gondolat, hogy a szociális (és egészségügyi) ellátások területén minél inkább a

betegközeli, illetve otthonközeli ellátási formákat kell támogatni és fejleszteni, továbbá a nagy bentlakásos intézményeket is kis létszámú lakásszerű otthonokra kell kiváltani.

Ez a logika a szociális ellátórendszer számos szegmensében megjelenik, a fogyatékosügytől a gyermekvédelemig, ahol a fő szempont az érintettek életminőségének javítása, társadalmi integrációjának elősegítése. A pszichiátriai ellátás vonatkozásában az alábbi, a WHO által javasolt ellátási szisztéma felel meg ennek a logikának.



5. ábra: A mentális egészség javítása érdekében a WHO által javasolt ellátási struktúra. Forrás: 2012-es ÁSZ jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről

Ebből a logikából látszólag kilóg az OPAI létrehozása, azonban itt **nem a betegellátás kapacitásainak bővítéséről van szó** (ágyszám-bővítés nélkül megy végbe a folyamat) egy óriásintézmény keretein belül, **hanem elsősorban olyan hiánypótló szakambulanciák és specializált részlegek kialakításáról, amelyek jelenleg vagy egyáltalán nem vagy csak kevés helyen léteznek az országban**. Ilyen új specializált osztályok lesznek az alábbi területeken: terápiarezisztens depresszió, kényszerbetegség, anorexia, bulimia, játékszenvedély, szexuálmedicina, hosszabb rehabilitációs kezelést vállaló drogbetegek detoxikálása vagy a daganatos betegek pszichés vezetése (pszicho-onkológia), mely szolgáltatások **országosan is elérhetőek lesznek**. Régóta fennálló hiátust pótol az agresszív betegekkel foglalkozó magas biztonsági osztály kialakítása is, melynek hiányára az alapvető jogok biztosának egy tavalyi jelentése (AJB-1480/2012.) is felhívta a figyelmet. A súlyosan agresszív pszichiátriai betegek hosszú időtávú gondozása nem volt megoldott, ugyanis – az uniós előírásoknak megfelelően – a bűnöző pszichiátriai betegeket csak addig lehetett az Igazságügyi Megfigyelő és

Elmegyógyító Intézetben kezelni, ameddig börtönbüntetésük le nem járt, az azt követő kezelés nem volt megoldott.

Az OPAI létrehozásán kívül **idén kezdi meg a szaktárca az előkészítő munkáját egy olyan országos mentális egészségügyi gondozó hálózatnak, mely 40 ún. lelki egészségponton keresztül látna el betegközeli szakmai munkát** részben az elsődleges, kisebb részben a másodlagos prevencióban. Erre, illetve az előbb említett magas biztonsági osztály létrehozására a népegészségügyi program 5,5 milliárd forintos keretéből 3 milliárd forintot költene a kormányzat. Ezenkívül az OPAI infrastrukturális fejlesztésére, valamint a módszertani, kutatói és oktatói munka fejlesztésére 130 millió forintot biztosít a kabinet. Az országos intézet feladatai ellátáshoz csak jövőre kap plusz finanszírozást.

Bár az OPAI létrehozása üdvözlendő és szakmai körökben nagyrészt elismert fejlemény, az **ellátórendszer struktúráját tekintve fennmaradtak bizonyos – már régebb óta létező – problémák**. Ezek közül talán a legfontosabb az, hogy **nincs kialakult ellátási folytonosság a betegellátásban, illetve hogy az egészségügyi és szociális ellátás nem alkot egy összehangolt, egységes rendszert**. Ez a beteg szempontjából diszfunkcionális és kevésbé eredményes, de az állami kiadások oldalán is hatékonyságcsökkentő elemként jelenik meg. Az ellátás alapszolgáltatásai további fejlesztést igényelnek: az egészségügyi ellátások területén a gondozói hálózat bizonytalan lábakon áll, de a szociális közösségi szolgáltatások további fejlesztése, kiegyenlítettebb területi eloszlása is kívánatos lenne.

Egy másik jelentős probléma a korábban szintén érintett **ellátási, illetve hozzáférésbeli területi egyenlőtlenségek**. A területi egyenlőtlenségek létére már a 2009-es ombudsmani jelentés is felhívta a figyelmet, a 2012-es ÁSZ jelentés pedig felhívta az emberi erőforrás minisztert a területileg kiegyenlítettebb hozzáférés biztosítására. A torz szerkezet miatt egyes betegcsoportoknál (pl. gyermekpszichiátria) ellátási zavar is keletkezhet. A hozzáférés egyenlőtlensége mellett azonban minőségbeli egyenlőtlenségek is vannak a rendszerben.

A jövőbeli pszichiátriai ellátás szempontjából továbbá jelentős probléma az is, hogy – **az egészségügyi és a szociális ágazat együttműködésével – nincs döntés a tekintetben, hogy a pszichiátriai betegellátás az intézményközpontú ellátórendszer vagy a közösségi, lakóhely- és betegközeli szolgáltatások (az ún. közösségi pszichiátria) túlsúlya mellett történjen-e**. A közösségi pszichiátriának jelenleg csak a szociális oldala működik, az egészségügyi oldal forráshiány és a jogi szabályozás hiánya miatt nem funkcionál. A közösségi pszichiátria megvalósításához ugyanakkor a szociális és az egészségügyi ágazat együttműködésére lenne szükség.

Közvélemény-kutatási adatok

A Századvég által megkérdezettek közel fele (48,4 százaléka) értesült az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetet létrehozásáról. A szociodemográfiai háttértényezők

nem befolyásolták jelentősen az értesültséget, azonban megállapítható, hogy a nők szereztek elsősorban (mintegy 10 százalékponttal magasabb arányban, mint a férfiak) tudomást az intézet megalakulásáról. Érdekesség, hogy épp a budapestiek voltak a legtájékozatlanabbak a fővárosban létesült intézménnyel kapcsolatban (csak 45 százalékuk hallott az intézmény létrehozásáról).

Elemzés

A napközbeni kisgyermekellátás hazai és nemzetközi gyakorlata

A szolgáltatást befolyásoló általános jelenségek, trendek

A kisgyermekkor (vagyis a gyermekpszichológia által kiemelten kezelt 0-3 éves, és 3-6 éves kor) egy igen fontos életszakasz, amelyet számos változás jellemez: fizikai, értelmi, érzelmi és szociális téren egyaránt. A jó minőségű napközbeni gyermekellátás döntő szerepet játszik a gyermekek jól-létében és testi/mentális fejlődésében, valamint a társadalmi kohézió erősítésében azáltal, hogy megtörheti a hátrányok halmozódásának ciklusát (bármelyik dimenzióban, legyen az szociális, korai fejlesztést igénylő mentális stb.), és lefekteti az élethosszig tartó tanulás alapját[26]

Ennek a felismerése összefüggésben áll **a női munkavállalás mértékének emelkedésé**vel, és a családstruktúrák átalakulásával. A családokat érintő demográfiai változások az európai, észak-amerikai és japán térségekben hasonló jelleget öltenek. **Növekszik a válások száma, csökken a házasságkötéseké** (és ezzel együtt nő, az egyéb együttélési formában történő gyermekvállalás), **egyre több az egyszülős háztartás**, a párválasztás egyre későbbre tolódik, **egyre kevesebb gyermek születik** (ez még a nagy népességszaporulatú országokra – pl. Franciaország – is igaz), a fiatalok egyre későbbi életkorban vállalnak gyermeket, és **nő az idősek aránya**.[27]

A nyugdíjkorhatár további emelése miatt sokan a családon belül a középső generációra (azaz a gyermekre) eső többletterheket prognosztizálnak. Ezzel éppen az aktív státusú, középkorú (szülővel és gyermekkel rendelkező) **köztes generáció** feladat-ellátási terhének növekedését eredményezheti, mivel erre a kohorsz**ra** (közülük is inkább a nőkre) **hárul a saját gyermekük nevelése mellett az idős szülőkről való gondoskodás is**. Azaz kétirányú, de – feltételezésünk szerint – családi életciklus szerint változóan aszimmetrikus a felelősség.

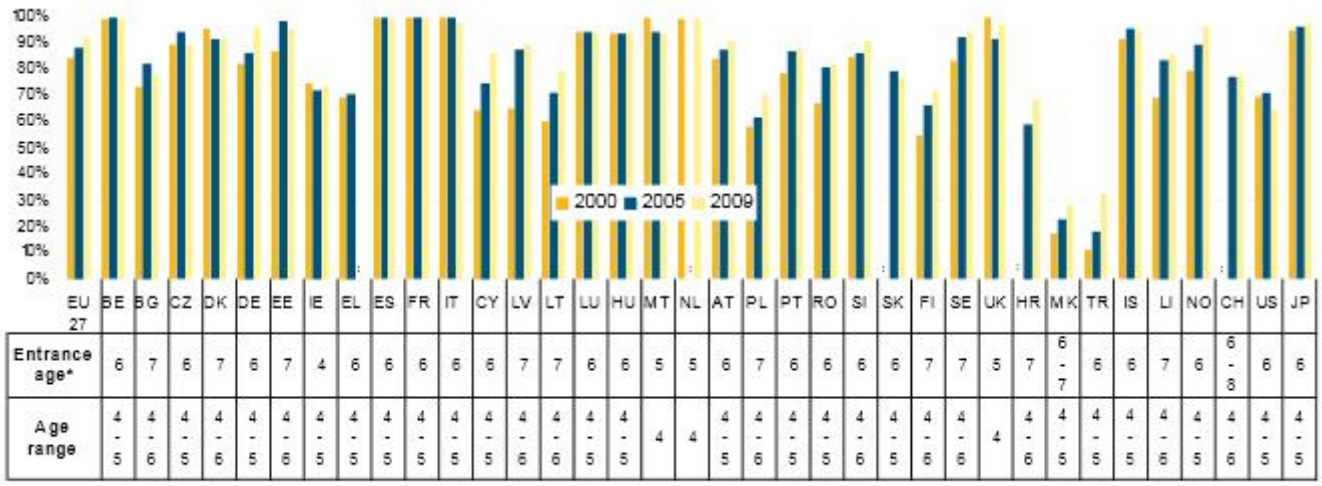
Ezek (mint a napközbeni gyermekellátás hozzáférésének és színvonalának biztosítása, a növekvő női munkaerő foglalkoztatáspolitikai/szociális eszközökkel való kezelése, a középgeneráció kétirányú felelősségvállalása és tehermentesítése) egy olyan megoldandó problémahalmazt képeznek, amire külső támogatással az államnak is reagálnia kell.

[26] Edward C. Melhuish, (2004), A literature review of the impact of early years provision on young children, with emphasis given to children from disadavantaged backgrounds, National Audit Office, UK.
[27] Castells, M. (2006): Az identitás hatalma. Az információ kora. Gazdaság, társadalom és kultúra II. kötet, Budapest, Gondolat; OECD (2011): Doing Better for Families. OECD Publishing

Napközbeni gyermekellátás nemzetközi jellemzői

Az Európai Unió is nagy hangsúlyt fektet a napközbeni gyermekellátó intézmények fejlesztésének támogatására. **Az uniós referenciaérték[28] az óvodai részvételre vonatkozóan kimondja, hogy 2020-ra a 4 éves és a tankötelezettségi kor közötti gyermekek legalább 95%-ának kötelezően részt kell vennie a korai gyermekkori oktatásban**. Az uniós beiratkozási arányok ebben a korosztályban folyamatosan emelkedtek: 2000-ben 85,6 százalék, míg 2009-ben 92,5 százalék volt uniós szinten, mely átlagérték megközelíti a kitűzött EU-s célt. Belgiumban, Spanyolországban, Franciaországban, Olaszországban és Hollandiában az összes ilyen korú gyermek beiratkozott, de Németország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Ausztria, Lengyelország, Portugália, Románia, Szlovénia, Finnország és Svédország esetében is magas az iskola-előkészítő oktatásba járó gyermekek aránya, mely jelenség összefüggésbe hozható a nők magas foglalkoztatási arányával is. Az alábbi ábra az európai országokban, illetve az USA-ban és Japánban a kisgyermekkori oktatásban 4 éves és tankötelezettségi kor közötti résztvevő gyermekek arányát mutatja.

A kisgyermekkori oktatásban résztvevő gyermekek aránya (iskolai előkészítő oktatás), 2000-ben, 2005-ben és 2009-ben, (4 éves és a tankötelezett kor közti korcsoport) (%)



	EU 27	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	HR	MK	TR	IS	LI	NO	CH	US	JP
Entrance age*	6	7	6	7	6	7	4	6	6	6	6	6	7	7	6	6	5	5	6	7	6	6	6	6	7	7	5	7	6 - 7	6	6	7	6	6 - 8	6	6
Age range	4 - 5	4 - 6	4 - 5	4 - 6	4 - 5	4 - 6	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 6	4 - 6	4 - 5	4 - 5	4	4	4 - 5	4 - 6	4 - 5	4 - 5	4 - 6	4 - 5	4 - 6	4 - 6	4	4 - 6	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 6	4 - 5	4 - 6	4 - 5	4 - 5

* Entrance age to primary education

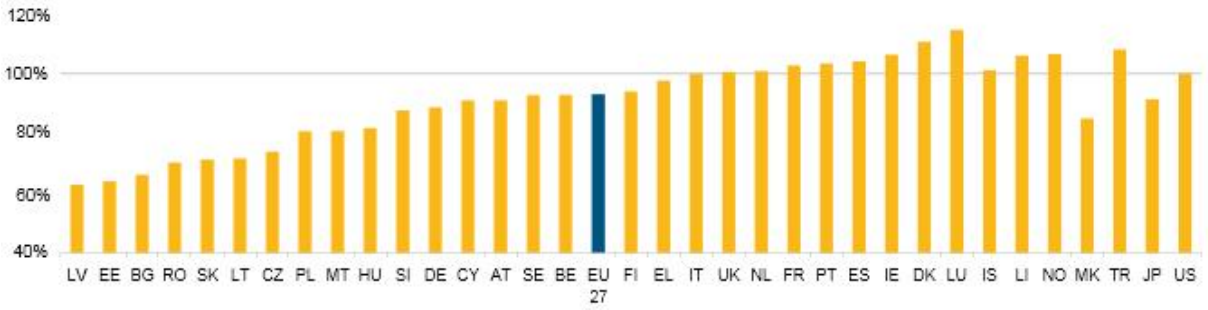
6. ábra: A kisgyermekkori oktatásban résztvevő gyermekek aránya (iskolai előkészítő oktatás), 2000-ben, 2005-ben és 2009-ben, (4 éves és a tankötelezett kor közti korcsoport) (%) - Forrás: Eurostat
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-054/EN/KS-SF-11-054-EN.PDF

Összességében a kötelező oktatásban résztvevő tanuló népesség létszáma 7 százalékponttal nőtt 2000 és 2009 között EU-s szinten (alapfokú és az alsó középfokú oktatás (ISCED 1 és 2 szint).[29] Ugyanakkor az EU benchmark, azaz az egyes országok egymáshoz viszonyított értékei alapján számolt súlyozott átlagokkal számolva nagy különbségek fedezhetőek fel az egyes országok kötelező oktatásban résztvevő tanulói létszáma között: csökkenés

[28] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:119:0002:0010:EN:PDF
[29] ISCED 1: általános iskola 8 osztályánál alacsonyabb végzettség, ISCED 2: befejezett általános iskola (8. osztály)

tapasztalható számos kelet-európai országban (Lettország, Észtország, Bulgária, Románia, Szlovákia, Litvánia és a Cseh Köztársaság). Ez az eredmény persze tükrözi az elmúlt évtizedben kimutatható különböző demográfiai tendenciákat is, mint az adott ország alacsonyabb születési száma és/vagy a migrációs mintákat. A tanulók száma kötelező oktatásban jelentősen csökkent az olyan nagy népességszámú országokban, mint Lengyelország (-19,3 százalékpont) és Németországban (-11,4 százalékpont). Néhány ország van csak, amely jelentős növekedést (vagyis több mint 10 százalékpontnyit) mutat a tanuló népességet illetően: Luxemburg (14,7) és Dánia (10,7). A helyzet viszonylag stabil az európai országok közül Olaszországban, az Egyesült Királyságban, Hollandiában, Franciaországban, Portugáliában és Spanyolországban, az EU-n kívül pedig az USA-ban, és Izlandon.

Tanulók száma a kötelező oktatásban 2009-ben (bázisév 2000) (%)



7. ábra: Tanulók száma a kötelező oktatásban 2009-ben (bázisév 2000) (%) - Forrás: Eurostat, Education statistics, UOE data collection, In: Trends in European education during the last decade. Study. Eurostat, Statistics in focus 54/2011

Az egészen fiatal gyermekek fejlődésének korai ösztönzése az 1980-as évekig nem számított nagy jelentőségű kérdésnek, a legtöbb iskola előtti intézmény feladata csupán a gyermekmegőrzés volt. A tudásalapú társadalmakban ugyanakkor felmerült az igény, hogy már kora gyermekkorban megkezdődjön a szocializáció, a csoportban létezéssel kapcsolatos készségek fejlesztése, a további oktatásra való felkészítés. A döntéshozók továbbra is a felsőfokú oktatásra helyezik a legnagyobb hangsúlyt, ezt követi a középfokú és alapfokú oktatás, míg a korai gyermekévek csekély figyelmet kapnak – annak ellenére, hogy az iskolarendszert megelőző intézményeknek nagy szerepe lehet(ne) abban, hogy megalapozzák egy élet jó indulását, különösen a hátrányos helyzetű gyermekek esetében.

Ahogy Sharon Kagan (Columbia Egyetem professzora) fogalmaz, három tényező is alátámasztja a korai gyermekévek fontosságát: a neurológiai kutatások bizonyítják a korai agyfejlődés kritikus voltát; a társadalomtudományi kutatásokból tudjuk, hogy a korai, minőségi programok nagymértékben elősegítik a gyermekek felkészültségét az iskolára és az életre; a közgazdasági kutatások pedig megmutatták, hogy ezek a programok jelentős összegeket és időt takarítanak meg a társadalom számára.

Vannak ennél prózaiabb okok is, amik az iskolát megelőző intézmények mellett szólnak: egyrészt a női munkaerő felszabadítását és munkaerőpiacra áramlását is elősegítik ezek az

intézmények, másrészt segíthetnek a gyermekeket érintő szegénység és oktatási hátrányok kezelésében. Különösen fontos szempontok ezek a nagyon egyenlőtlen társadalmakban, ahol a szegénység és alulteljesítés generációsan és ciklikusan ismétlődik (Christine Pascal, CREC).

Az **Economist Intelligence Unit**[30] 45 országra kiterjedő kutatást végzett a három és hat év között gyermekek oktatásáról, melynek keretében vizsgált országok az alábbi táblázatban látható pontszámokat kapták.

Jó kezdet mutató és az iskola-előkészítési intézményekhez kapcsolódó összesített indikátorok (hozzáférés, megfizethetőség, szolgáltatás minősége), 2012.

Overall score			2) Availability	25%		3) Affordability	25%		4) Quality	45%	
1	Finland	91.8	1	Belgium	99.7	1	Norway	92.4	1	Finland	93.5
2	Sweden	91.7	2	Norway	98.6	2	Denmark	89.8	2	Sweden	90.2
3	Norway	88.9	3	UK	97.7	3	Sweden	86.7	3	UK	86.9
4	UK	87.9	4	Sweden	97.5	4	Finland	84.2	4	Norway	80.4
5	Belgium	84.7	5	Finland	94.9	5	Belgium	78.5	5	Belgium	78.0
6	Denmark	83.5	6	France	91.3	6	UK	77.6	6	New Zealand	77.3
7	France	81.0	7	Spain	90.5	7	France	76.6	7	Netherlands	76.6
8	Netherlands	75.6	8	Germany	88.6	8	Italy	75.6	8	Denmark	76.3
9	New Zealand	73.9	9	Denmark	87.0	9	New Zealand	71.9	9	France	75.5
10	South Korea	72.5	10	Portugal	85.8	10	Netherlands	70.7	10	South Korea	69.0
11	Germany	71.9	11	South Korea	82.0	11	Switzerland	70.4	11	Hong Kong	68.9
12	Austria	70.9	12	Italy	81.4	12	Germany	66.6	12	Austria	68.6
13	Switzerland	69.9	13	Ireland	79.8	13	Czech Republic	66.5	13	Japan	67.7
14	Spain	69.1	14	Chile	77.8	14	Austria	65.4	14	Ireland	65.2
15	Portugal	68.7	15	Czech Republic	76.0	15	South Korea	64.0	15	Portugal	64.5
16	Italy	68.4	16	Austria	75.8	16	USA	63.0	16	Switzerland	63.1
17	Czech Republic	68.1	17	Switzerland	75.6	17	Chile	62.1	17	Germany	62.4
18	Ireland	67.4	18	Mexico	74.3	=18	Australia	60.6	18	UAE	62.3
19	Hong Kong	66.2	19	Hungary	74.0	=18	Spain	60.6	19	Taiwan	62.2
20	Chile	63.6	20	Netherlands	73.9	20	Hong Kong	60.0	20	Czech Republic	61.0
21	Japan	63.5	21	Canada	70.9	21	Singapore	59.8	21	Spain	58.6
22	Hungary	61.6	22	Greece	68.5	22	Taiwan	59.2	22	USA	57.8
23	Israel	61.0	23	New Zealand	64.7	23	Israel	58.8	23	Greece	57.6
=24	UAE	60.3	24	Israel	64.6	24	Japan	57.2	24	Australia	56.4
=24	USA	60.3	25	Singapore	64.3	25	Poland	56.5	25	Israel	56.0
26	Canada	59.9	26	Hong Kong	60.9	26	UAE	55.3	=26	Canada	54.5
27	Greece	59.4	=27	Argentina	59.0	27	Hungary	54.2	=26	Hungary	54.5
28	Australia	59.1	=27	Russia	59.0	28	Portugal	53.0	28	Italy	53.7
29	Singapore	58.8	29	Poland	57.4	29	Ireland	52.5	29	Chile	53.0
30	Taiwan	58.4	30	Japan	54.9	30	Canada	51.9	30	Singapore	50.6
31	Poland	56.1	31	USA	54.4	31	Greece	45.4	31	Poland	50.2
32	Mexico	50.5	32	Australia	54.3	32	Malaysia	42.6	32	Russia	48.0
33	Russia	49.9	33	UAE	54.0	33	Argentina	39.4	33	Turkey	47.8
34	Argentina	43.0	34	South Africa	48.6	34	South Africa	36.9	34	Mexico	41.5
35	Turkey	39.9	35	Ghana	48.5	35	Mexico	36.3	35	Malaysia	33.9
36	Malaysia	39.4	36	Thailand	47.9	36	Russia	36.0	36	South Africa	33.7
37	South Africa	38.8	37	Brazil	47.8	37	Thailand	31.4	37	Argentina	30.9
38	Thailand	37.9	38	Vietnam	43.6	38	Ghana	30.0	38	Thailand	30.6
39	Brazil	35.1	39	Taiwan	42.6	39	Philippines	24.8	39	Brazil	28.9
40	Ghana	34.3	40	Philippines	40.6	40	Brazil	24.7	40	Ghana	28.1
41	Vietnam	31.3	41	Malaysia	35.1	41	Turkey	23.9	41	China	27.8
42	China	30.7	42	China	34.8	42	Indonesia	22.7	42	Vietnam	26.8
43	Philippines	30.5	43	Turkey	33.5	43	India	19.5	43	Philippines	24.7
44	Indonesia	22.1	44	India	21.8	44	Vietnam	19.2	44	Indonesia	24.0
45	India	21.2	45	Indonesia	11.5	45	China	19.0	45	India	22.5

1. táblázat: Jó kezdet mutató és az iskola-előkészítési intézményekhez kapcsolódó összesített indikátorok (hozzáférés, megfizethetőség, szolgáltatás minősége) - Forrás: Starting well – benchmarking early education across the world, Economist Intelligence Unit (EIU), LIEN Foundation, 2012

[30] Starting well – benchmarking early education across the world, Economist Intelligence Unit (EIU), LIEN Foundation 2012

A felmérés szerint, mely a hozzáférés mellett a megfizethetőséget, illetve a szolgáltatások minőségét is figyelembe vette, a skandináv területek rendelkeznek a legjobban működő intézményekkel, őket követik a nyugat-európai országok. A skandinávok jellemzően kiforrott gyermeknevelési stratégiával rendelkeznek, valamint alanyi jogon biztosítják az ilyen oktatást. Ezeken a területeken legalább egy év intézményi iskola-előkészítésben 5 vagy 6 éves korában mindenki részt vesz, amellett, hogy 3-5 év között is szinte minden gyermeket beiratnak a szülei. A hátrányos helyzetű családok támogatásban részesülnek, ahol pedig a rendszer magán működtetésű, az esetleges hozzájárulások, fizetési kötelezettségek az átlagfizetésekhez képest is megengedhetőek. A nevelők jól képzettek, versenyképes fizetést kapnak, létszámuk megfelelő, erős a szülők bevonása és a velük való kapcsolattartás.

A kutatási eredmények szerint **sok tehetős, erős gazdasági helyzetű ország ért el ugyanakkor alacsony besorolást**: a magas átlagjövedelmű Ausztrália, Kanada, Szingapúr és az USA mind a lista második felében végzett. Ugyan ezekben az országokban is megtalálhatóak a minőségi iskola-előkészítő intézmények, de azok nem érhetőek el egyenlő eséllyel a társadalom minden rétege számára, a minőségi minimum követelmények pedig igen széles skálán mozognak.

Ezen fejlett országok ellentéteként, számos olyan országot is kimutatott a felmérés, amelyek alacsonyabb átlagjövedelem mellett is magas szintű, széles intézményhálózatot működtetnek. Az olyan országok, mint Chile vagy a Cseh Köztársaság, az ezzel járó pénzügyi terhek és nehézségek ellenére is biztosítják a minden család számára elérhető iskolamegelőző rendszert, illetve intézményesítik az erre való alanyi jogot.

A mai költségvetési és pénzügyi problémák közepette a források előteremtése, illetve csökkentésük elkerülése nagy kihívás még azokban az európai országokban is, ahol az iskolamegelőző intézményrendszerek elterjedtek, társadalmilag már elfogadottak. Csökkentések szinte mindenhol érzékelhetőek, annak ellenére, hogy egyre több kutatási eredmény támasztja alá az ilyen rendszerek hosszú távú hasznát. Az intézmények megfelelő fejlesztését célzó kormányberuházások éves szinten akár 8-17 százalékos „megtérülést" is hozhatnak, többek között azzal, hogy kimutathatóan csökkentik a későbbiekben szükséges oktatási költségeket és a bűnözési rátát.

Jellemző tény, hogy azokban az országokban a legdrágább, átlagember számára legkevésbé megengedhető az intézményekhez való hozzáférés, ahol egyébként a legkevesebb van belőlük. Ez az alacsony jövedelemszintű országokban nagy problémát jelent. A kutatás során összeállított lista legvégén Kínát találjuk, ahol az iskola előtti gyermeknevelő intézmények havi díja akár hatszor annyiba is kerülhet, mint a legjobb egyetemekéi. Ezzel párhuzamosan az is látható, hogy minél inkább elterjedtebbek ezek az intézmények egy országban, annál inkább meg is engedhető a költségük.

Az iskolát megelőző oktatási intézmények által végzett munka minőségét értelemszerűen nagyban befolyásolja a nevelők képzettsége, karrierlehetősége, illetve a szülők bevonásának és aktivitásának szintje. Javítja a színvonalat az egy nevelőre jutó gyerekek számának csökkentése, az egészségügyi ellátások rendszerbe illesztése, az iskolarendszerrel való kapcsolatok erősítése is.

Globalizálódó világunkban relatíve új jelenség az oktatási rendszerekben is megjelenő más nemzetiségű, bevándorló gyermekek egyre nagyobb száma, arányuk növekedése. A megfelelő intézményekkel már kora gyermekkorban megkezdhető a szociális integráció folyamata.

Hazai intézményi ellátási tendencia

Hazánkban a rendszerváltás előtt nagy hangsúly helyeződött a kisgyermekkori intézményes ellátásra, mely rendszer fenntartása az új gazdasági rendszerben nehézkessé vált, ennek is tudható be, hogy **míg 1990-ben 1003 állandó bölcsőde működött az ország területén**, addig ez a szám **2003-ban már csak 515** volt, majd **2009-re 625-re emelkedett**.

A bölcsődék fontosabb adatai, 2011. (KSH)

Év	A működő		Beíratott gyermekek	Ezer 3 éven aluli gyermekre jutó bölcsődébe beíratott	A beíratott	A gondozott
	intézmények	férőhelyek			gyermekek számából számított kihasználtsági százalék	
	száma					
1990	1 003	50 250	40 825	111,3	87,2	61,8
2000	532	24 965	29 561	102,6	104,8	76,4
2001	532	24 394	28 981	101,6	103,0	76,9
2002	523	24 078	28 847	100,5	107,4	81,0
2003	515	23 771	29 422	102,6	111,6	82,9
2004	527	23 911	30 347	103,7	110,8	86,5
2005	530	23 766	30 230	106,3	110,2	86,7
2006	543	24 255	31 153	108,1	113,8	89,4
2007	556	24 934	32 010	109,2	114,7	90,3
2008	594	25 937	33 726	114,7	120,0	91,5
2009	625	26 687	34 694	118,6	116,6	93,1
2010	668	32 516	35 782	124,4	102,3	81,1
2011	689	35 450	36 685	134,2	103,9	96,5

2. táblázat: A bölcsődék fontosabb adatai, 2011 - Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv 2012, KSH

2012-ben a szaktárca tájékoztatása szerint mintegy 700 bölcsőde működött, melyekbe több mint 37 ezer gyermeket írattak be. Emellett **161 olyan intézmény működött, amely óvodán belül létrehozott bölcsődei egységben szervezi meg a 3 éven aluli gyermekek napközbeni ellátását**. A **2 és 3 év közötti gyermekek számára létrehozott egységes óvoda-bölcsődei elhelyezés keretében** (melyre a 2011-es köznevelési törvény teremtett lehetőséget) pedig mintegy **125 önkormányzat, illetve önkormányzati társulás oldotta meg a napközbeni gyermekfelügyeletet, mintegy 550 kisgyermek számára**.

Az Új Széchenyi Terv keretében 2011 és 2013 között több mint 10 milliárd forint áll rendelkezésre új bölcsődei férőhelyek létrehozására, illetve a meglévők korszerűsítésére. Folyamatosan jönnek létre új férőhelyek, így várható, hogy a projekt végéig, **idén év végéig, a 2010 és 2012 között létrehozott 1500 új bölcsődei férőhely létrehozását követően, további 2000 férőhely jön létre, illetve korszerűsödik**. A bölcsődei kapacitások fejlesztése a 2014-2020-as EU-s költségvetési ciklusban is prioritást élvez.

Fontos is lenne a gyermekfelügyeleti rendszer további fejlesztése, hiszen megváltoztak a családi struktúrák és emelkedik a női munkavállalás. **Noha kiépülőben van egy családi napközi rendszer, ez nem pótolja a bölcsődék alacsony számát**, hiszen:

- egyelőre kevés ilyen intézmény van,
- eloszlásuk az ország területén nagyon egyenlőtlen,
- és általában magas térítési díjjal működnek.

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium megbízásából készült 2009-es felmérés szerint elsősorban **az átlagnál képzettebb, feltehetően magasabb jövedelmű szülők veszik igénybe ezt a gyermekfelügyeleti formát**.[31]

A családi napközik a tapasztalatok szerint **ott működnek jól, rentábilisan, ahol:**

- **nincs vagy kevés a bölcsődei, óvodai, iskolai napközis férőhely, a meglévő férőhelyek túlzsúfoltak vagy ha olyan igények jelentkeznek, amiket a hagyományos gyermekfelügyeleti formák nem képesek kielégíteni** (pl. fogyatékos gyerek)
- **a szülők** az önköltség és a támogatás felhasználása után kiszámított **személyi térítési díjat ki tudják fizetni**
- **az önkormányzat vagy a munkáltató támogatja a szülőket ebben**
- **a szolgáltató** saját tőke beruházással **jó tárgyi feltételeket biztosító telephelyet tud működtetni**
- a szolgáltatást nyújtó személynek **van tudása és tapasztalata a gyermeknevelésben és gondozásban**.[32]

[31] http://csana-info.hu/data/userfiles/csanatanulmany.pdf

A családi napközik fontosabb adatai, 2011

Területi egység, fenntartó, népességnagyság	Intézmények száma	Engedélyezett férőhelyek	Gondozott gyermekek száma	Igénybe vett gondozási napok száma	Beíratott gyermekek száma	Ebből 3 évesnél fiatalabb
Ország összesen	857	6 253	13 032	996 219	4 992	2 744
Területi egység						
Közép-Magyarország	341	2 636	7 547	429 651	2 003	1 233
Közép-Dunántúl	54	428	718	63 173	391	273
Nyugat-Dunántúl	63	437	613	69 087	384	189
Dél-Dunántúl	123	817	1 264	131 602	669	248
Dunántúl	240	1 682	2 595	263 862	1 444	710
Észak-Magyarország	66	469	725	70 538	323	196
Észak-Alföld	61	435	603	52 967	277	178
Dél-Alföld	149	1 031	1 562	179 201	945	427
Alföld és Észak	276	1 935	2 890	302 706	1 545	801

2. táblázat: A családi napközik fontosabb adatai, 2011 - Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv 2012, KSH

Idén júniusban – egy korábbi kormánypárti módosító javaslat el nem fogadását követően **egy LMP-s képviselő javaslatára – sor került a köznevelési törvény módosítására** oly módon, hogy **a családi napközikben a jövőben a** (2014. szeptember 1-jétől életbe lépő) **óvodáztatási kötelezettség is teljesíthető lesz**.

A bölcsődék nyitva tartására

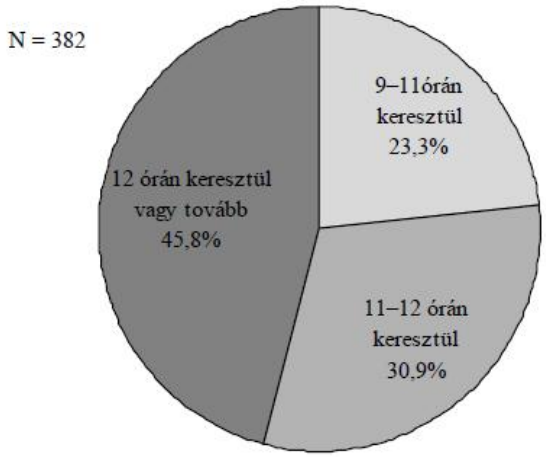
Az egyik legfontosabb „soft" mutató a bölcsődékkel kapcsolatban, összhangban a munkaerő-piaci tendenciákkal **a bölcsőde nyitási és zárási időpontjára vonatkozó adatok**. Egy 2009-ben zajlott kutatásban[33] résztvevő 382 bölcsőde (mely az összes bölcsődei intézmény 55 százalékát fedi le) adatai alapján elmondható, hogy elég hosszú ideig vannak nyitva az intézmények ahhoz, hogy a szülők reggel munka előtt oda tudják vinni gyermeküket, és délután vagy kora este munka után érte tudjanak menni. Ehhez az szükséges, hogy az intézmények nyitva tartása meghaladja a nyolc órát. Az adatok szerint **a bölcsődék napi**

[32] Kovácsné Bárány Ildikó – Dr. Mátay Katalin – Szombathelyiné dr. Nyitrai Ágnes (szerk.) (2013): A családi napközi működésének követelményei. Szociális füzetek. – Forrás: http://szocialisportal.hu/documents/10504/36116/Csal%C3%A1di+napk%C3%B6zik+m%C5%B1k%C3%B6d%C3%A9s%C3%A9nek+k%C3%B6vetelm%C3%A9nyei+.pdf

[33] Makay Zsuzsanna: Magyarországi bölcsődék működésének néhány jellemzője. Kutatási beszámoló Budapest, KSH NKI, 2010. In: Demográfia, 2011. 54. évf. 2–3. szám 176–197.

nyitva tartása igen hosszú: **mindegyik intézmény legalább napi 9 órán keresztül nyitva tart, nagyrészük pedig 12 órás vagy hosszabb nyitva tartással működik**.

Bölcsődék megoszlása a napi nyitva tartási idő szerint, 2009 (%)



8. ábra: Bölcsődék megoszlása a napi nyitva tartási idő szerint, 2009 (%). KSH

Az eredmények arra utalnak, hogy ha a bölcsődék teljes nyitvatartási idő alatt fogadják a gyermekeket, akkor a klasszikus, napközben nyolc órán át dolgozó szülők még utazással együtt is meg tudják oldani, hogy gyermeküket egész napra a bölcsődére bízzák. A nyitvatartási idő tehát önmagában nem okoz problémát. Általános tendenciaként elmondható, hogy **minél nagyobb településtípusról, valamint minél nagyobb intézményről van szó, annál hosszabb ideig van nyitva a bölcsőde**.

A bölcsődék gazdálkodása

A bevételi források között a normatív költségvetési támogatást, az egyéb központi költségvetési támogatást, a pályázati úton elnyert támogatást, a térítési díjból származó bevételt és a nonprofit szervezettől kapott támogatást szerepeltette a fent említett kutatás megjelölhető forrásként. A kiadások a következő tételeket tartalmazták: személyi juttatások és munkaadókat terhelő járulékok, dologi és egyéb folyó kiadások, felújítási és karbantartási kiadások, beruházási kiadások.

Két törvény szabályozza a fizetendő bölcsődei díjakat:

Az 1997. évi XXXI. Törvény (2) (Gyvt) A bölcsőde esetében az intézményi térítési díjat külön meg kell határozni a gyermek gondozására, nevelésére, nappali felügyeletére és a vele történő foglalkozásra (a továbbiakban együtt: gondozására), valamint a 151. § (3) bekezdésében foglaltak szerint a gyermekétkeztetésre vonatkozóan.

328/2011. (XII. 29.) Korm. Rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátások és gyermekvédelmi szakellátások térítési díjáról és az igénylésükhöz felhasználható bizonyítékokról.

2012-ben a legfontosabb, a koragyermekkori nevelő intézményeket befolyásoló változás a gondozásért meghatározott térítési díjak bevezetése volt. Ezek a díjak Ft/nap-ban alakíthatóak a jövedelemkategóriákhoz vagy megállapítható egy egységes napidíj. A gondozásért fizetendő térítési díjhoz meghatározott kategóriák kialakítása a családban az egy főre eső nettó jövedelem alapján lehetséges. Azaz olyan sávokat alakítanak ki, amely szociális helyzet alapján differenciált.

A bevételek és a kiadások alapján a bölcsődék gazdálkodási mérlegéről elmondható, hogy a vizsgált **intézmények majdnem felé**nek (45,6 százalékának) negatív az egyenlege, **költségvetési hiánnyal küzd**enek. Összesen **31,7 százaléknak az egyenlege pozitív**, vagyis kevesebbet költenek a rendelkezésre álló összegnél, és csak **22,8 százalék rendelkezik ugyanannyi bevétellel, mint kiadással** (azaz zéróösszegű a kimutatás). A települési lejtő összefüggésben van az adatokkal: „a községekben van a legtöbb deficites bölcsőde (63 százalék), míg a városokban ez az arány 40–46 százalék körül mozog. A helyzet tehát nem mondható jónak, és elgondolkodtató olyan szempontból is, hogy milyen hatással van a pénzügyi mérleg az egy gyermek fajlagos bekerülési költségére.”[34]

A bölcsődék megoszlása gazdálkodási egyenlegük szerint, 2007 (%)

Egyenleg	%	N
Negatív	45,6	118
Nulla	22,8	59
Pozitív	31,7	82
Összesen	100.0	259

4. táblázat: A családi napközik fontosabb adatai, 2011. - Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv 2012, KSH

A bölcsődék igénybevétele és az anyák munkavállalása

Szintén fontos szempont és némileg más működési módot kíván, ha a gyermekek egész napos ellátását és nevelését kell biztosítaniuk, és mást, ha a gyermekeket egyéb okból, például szocializációs céllal, vagy az anyai teendők könnyítése miatt naponta rövidebb időre bízzák a bölcsődére. **A bölcsődei felvételiknél előnyben részesülnek a munkavállaló szülők**, amit a kutatási adatok is alátámasztanak: az anyák döntő többsége dolgozik: a bölcsődék

[34] Forrás: Makay Zsuzsanna: Magyarországi bölcsődék működésének néhány jellemzője. Kutatási beszámoló Budapest,KSH NKI, 2010. In: Demográfia, 2011. 54. évf. 2–3. szám 176–197.

vezetőinek kétharmada szerint a náluk gondozott gyermekek esetében „szinte mind dolgoznak”, míg egyharmaduk szerint, noha nem mind, de a „többség” dolgozik.

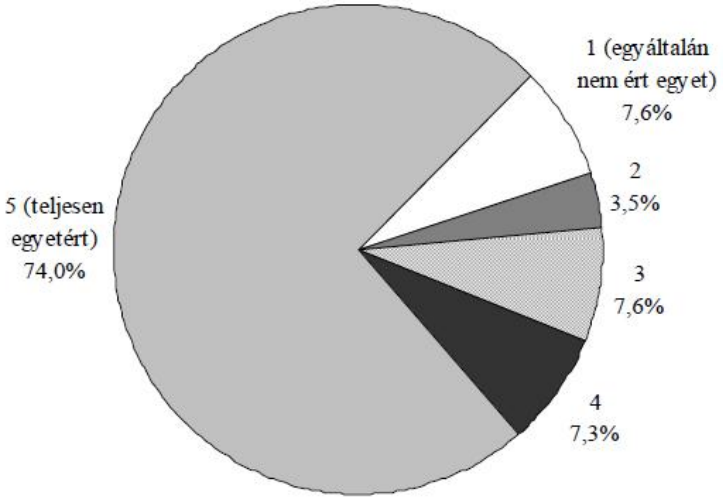
Az anyák munkavállalásának vélt megoszlása településtípus szerint (%)

Településtípus	„Szinte mind dolgoznak”	„A többség dolgozik”	Összesen
Budapest	58,3	41,7	100,0
Megyei jogú város	76,3	23,7	100,0
Egyéb város	68,1	31,9	100,0
Község	61,8	38,2	100,0

3. táblázat: A családi napközik fontosabb adatai, 2011 - Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv 2012, KSH

A kutatás arra is kitér, hogy szükség lenne-e a férőhelyek bővítésére. A 369 válaszadó döntő többsége teljesen egyetért azzal, hogy „több férőhelyre van szükség, mert több szülő kívánja bölcsődébe adni a gyermekét, mint amennyi hely van”. Azaz **a hiátus várólistákat szül a gyakorlatban, melyet a családi napközik nem képesek kompenzálni**. Ezt a létező igényt a Századvég által végzett korábbi közvélemény-kutatások is alátámasztják: szinte minden megkérdezett szerint a napközbeni gyermekellátási kapacitások bővítésére lenne szükség.

A bölcsődevezetők véleményének megoszlása a férőhelybővítés szükségessége szerint (%)



9. ábra: A bölcsődevezetők véleményének megoszlása a férőhelybővítés szükségessége szerint, 2009. (%) KSH

Ugyanakkor **a bölcsődei ellátórendszer fejlesztésére a nők mielőbbi munkába állásának elősegítése szempontjából is szükség van**. Az OECD 2009-es adatai szerint **hazánkban a 3 év alatti gyermeket nevelő anyák esetében a foglalkoztatatási ráta a 20 százalékot sem éri el,** mellyel **az OECD országok között az egyik legrosszabb arány**t értük el. Tehát érdemes ezzel a csoporttal kiemelten foglalkozni. Érdekes tanulságokkal szolgál e tekintetben egy, a

kisgyermekes nők munkaerőpiacra való visszatérési esélyeivel foglalkozó tanulmány[35], amely a TÁRKI nemrégiben megjelent tanulmánykötetében szerepel.

A tanulmány azt vizsgálta, hogy **milyen tényezők képesek befolyásolni azt, hogy a gyes-en, gyed-en lévők közül kinek nagyobb az esélye visszatérni a munkaerőpiacra**. Bálint Mónika és Köllő János 2008-as elemzése[36] alapján **a 15-40 évesek középső korcsoportjának, illetve a diplomásoknak van a legnagyobb esélye a munkaerőpiacra való visszatérésre**. Kimutatták továbbá azt is, hogy **elősegíti az anyák munkába való visszatérését, ha több háztartás él együtt, ha a lakóhely munkanélküliségi adatai alacsonyak, ha a lakóhely közlekedési infrastruktúrája megfelelő, illetve ha a lakóhelyen bölcsőde is rendelkezésre áll**.

Gregor Anikó mindezt a TÁRKI Háztartás Monitor adatai alapján azzal egészítette ki, hogy kimutatta: komoly törésvonalak azonosíthatóak a kisgyermekes nők csoportján belül munkaerő-piaci erőforrásaikat tekintve, melyek az iskolázottsággal és az anyagi körülményekkel is összefüggenek. **A TÁRKI felmérésében a legfeljebb 8 osztállyal rendelkező gyes-en, gyed-en lévők 12 százaléka jelezte, hogy van munkahelye, ahova visszatérne** dolgozni, míg ez az arány **a diplomások esetében 92 százalék** volt. **A szakmával rendelkező és érettségizett nőknek körülbelül a fele számol azzal, hogy van hova visszamennie dolgozni.**

A kisgyermeket nevelő nők közül **tehát azoknak** az alacsonyabb végzettségű, rosszabb anyagi körülmények között élőknek **van legkevesebb esélye munkába állni, akik egyébként is híján vannak** az olyan, **az elhelyezkedésben erőforrásként hasznosítható képességeknek**, mint a jogosítvány, idegen nyelv-ismeret vagy a számítógép használata. Ennek a csoportnak a munkaerőpiacra való visszaterelése tehát jelentős mértékű és **komplex megközelítésű beavatkozást igényel az állam részéről**. **E célcsoport tekintetében** ugyanis **aligha elégséges bölcsődei férőhelyeket teremteni**, náluk egyéb, aktív foglalkoztatáspolitikai eszközök alkalmazására is szükség van. **Az iskolázottabb, jobb foglalkoztathatósági jellemzőkkel körülírható csoport tekintetében azonban**, akiknél sokszor van hova visszamenni dolgozni, **jelentős eredményeket lehet elérni a napközbeni gyermekellátási kapacitások fejlesztésével**.

[35] Gregor Anikó (2013): Vissza, de hova? Kisgyermekes nők visszatérési esélyei a magyar munkaerőpiacra. In: Szivós Péter – Tóth István György (szerk.):Egyenlőtlenség és polarizálódás a magyar társadalomban. TÁRKI monitor jelentések 2012. TÁRKI Zrt., 106-110.

[36] Bálint Mónika – Köllő János (2008): A gyermeknevelési támogatások munkaerő-piaci hatásai. Esély 2008/1. 3-27.