

Krémer Balázs

Ápolás-gondozás – kit, miért, hol, hogyan, és egyáltalán...

„Munka-definíció”

Hogy mit is jelent pontosan az ápolás és gondozás fogalma – az mindig csak utólag derül ki. Leginkább: mindazon személyes segítségnyújtásoknak a köre, amit ennek tartanak, amit ápolók és gondozók, valamint az őket foglalkoztató intézmények végeznek. Tehát, nem sokat ér definíciókkal bajmóldni. De, azért mégiscsak el kéne indulni valahonnan.

Nos, indulásként tekintsük ápolásnak és gondozásnak mindazon segítségnyújtási formákat, amelyeket olyan emberek kapnak, akik nem képesek önmaguk normálisnak, emberinek, elfogadhatónak tartott létfeltételeikről autonóm módon, egyedül gondoskodni.

Hogy kik is ők, miben is kell őket segíteni, milyen rásegítés kell a milyen jellegű feltételek kipótlásához, biztosításához – erről fog szólni az alábbi hevenyészett vázlat. Ami egészen bizonyosan következménye már a fentebbi gyengécske definíciónknak is, az egy fontos alapérték – ami nem feltétlenül jellemzi jelenkori ápolási-gondozási gyakorlatainkat.

Nevezetesen az önrendelkezés, az autonómia értéke. Az ápolási és gondozási segítségnyújtásoknak az a legfontosabb céljuk, hogy általuk az ilyenféle segítséget igénybevevők, felhasználók maximálisan, optimálisan visszanyerhessék elveszett autonómiájukat, önálló és emberi életre való képességeiket.

Kik is ők?

- Csecsemők, gyerekek

A kérdés bonyolult, alapesetben a szülők, legfőképpen az anyák dolga a róluk való gondoskodás, de ez nem tekinthető evidensen fennálló körülménynek. Speciális esetek:

- Szülők nincsenek, nem képesek gondoskodni a csemetékről,
- A szülők nem képesek folyamatosan gondoskodni – pl. dolgoznak, távol vannak,
- A gyermeknek speciális egészségügyi, magatartási, stb. problémái vannak, ami miatt a szülők nem képesek önmaguk maradéktalanul ellátni a gondozás feladatait. (Ilyenkor a gyerek jogcímén a szülőknek kell besegíteni, rásegíteni.)
- Súlyosan fogyatékos, halmozottan fogyatékos gyerekek – akiknek az esetében a gondozás feladatainak nagy részét, alkalmasint többségét át kell vállalni a szülőktől,

- Betegek, lábadozók, gyógyulók

Alapesetben ez a fajta ápolás a „normál” egészségügyi gyógyítás része. Speciális helyzetet az jelent, amikor maga az ápolás válik a gyógyítás meghatározó részévé. Ilyen esetek, pl.:

- Krónikus betegek, ezen belül:
 - Ágyhoz kötött, fekvő betegek (felfekvés ügyében ide sorolhatóak a kerekesszékhez kötöttek is)
 - Pszichiátriai betegek,
 - Terápia alatt álló „szerfüggők”, drogosok és alkoholisták, stb.
-

- Gyógyíthatatlan, megállíthatatlanul romló állapotú betegek (SM, „hospice”, stb.)
 - Súlyos műtéten, betegségen (pl. szív, daganatos betegségeken) átesettek („rehabilitáció”)
 - Baleseti sérültek, súlyos sebészeti beavatkozásokon átesettek („rehabilitáció II”)
 - Tartósan „kis felügyelet” mellett teljes emberi életre képes személyek segítése (pl. gyógyszerfogyasztás kontrollja utógondozott TBC fertőzöttek, epilepsziások, stb. számára, rendszeres átkötözést igénylő kelések, fekélyek, stb.)
 - Tartósan diétára és speciális életvezetési normákra készített betegek (pl. cukorbeteg, vesebeteg, stb.)
 - Allergiások, a szokásoshoz képest „túlérzékenyek” és „túlreagálók”
- Terhes, veszélyeztetett terhes nők
 - Fogyatékos, végérvényes egészségkárosodást szenvedett emberek
 - Mozgáskorlátozottak,
 - Érzékszervi károsultak, kommunikációban gátoltak (vakok és gyengénlátók, siketek és nagyothallók, stb.)
 - Értelmi fogyatékosok,
 - Halmozottan fogyatékosok,
 - Nagyon öregek, öregségükben szellemileg és fizikailag leépültek
Az öregség az előbb felsorolt problémák szinte teljes körét magával hozhatja: tartós ágyban fekvés, szenilitás és demencia, mozgáskorlátozottság, stb.

Milyen fajta "elemi" segítségnyújtásokat érthetünk az ápolás és gondozás fogalmához tartozónak?

- Információs szolgáltatás és tanácsadás a célszemélynek: hogyan lehet egyedül is úrrá lenni a bajon, vagy legalábbis: kevesebb gonddal együtt élni a bajjal?
- Információs szolgáltatás, tanácsadás és képzés a közvetlen környezetben élőknek: hogyan lehet jobban segíteni, könnyebben együtt élni?
- Mentális zavarok, félelmek, szorongások, rossz hangulatok oldása, alacsony önértékelés és kedélyvesztettség enyhítése, lehetőleg jó kedélyű beszélgetés,
- Speciális „használati” eszközök: testközeli segédeszközök, kommunikációt támogató eszközök, speciálisan alkalmassá tett tanulási, munkaeszközök, pl. speciális informatikai eszközök, stb.
- Lakás-átalakítás és lakás-felszerelés: szélesített ajtók, kádülőkék és fürdőszobai kapaszkodók, fényeljelző csengők (siketek számára), stb.
- Ápolást (esetleg az „ön-ápolást”) segítő eszközök: ágytálcák, beteg-emelő szerkezetek, vérnyomásmérők és más diagnosztikai eszközök, szoba WC-k, rendelkezésre bocsátása stb.
- „Ügyeleti”, „vészelző”, hívó-rendszerek,
- Háztartási és házkörüli segítségnyújtások: takarítás, fűtés, mosás, főzés, stb.
- Írás és olvasás képesség-hiányainak pótlása, felolvasás, papírok kitöltése, stb.
- Étkeztetés, dietikus tanácsadás, diétás étkeztetés,

- „Elkísérő”, esetleg szállító segítségnyújtások: hivatali és kereskedelmi ügyintézés, vásárlás, orvoshoz jutás, stb.
- Bevásárlás, gyógyszer-kiváltás, az ápolat-gondozott személy felhatalmazásával, az ő nevében való „eljárási”,
- Szociális és egészségügyi támogatás igénylésében való tájékoztatás, segítségnyújtás,
- A jogi értelemben korlátozottan cselekvőképes személyekkel kapcsolatos jogi képviselő, szó szerinti és áttételes „gyámügyi” feladatok (pénz és vagyonkezelés, értékmegőrzés, stb.)
- Napi „vegetatív” működések támogatása: etetés, ágytálcázás, átmozgatás (az ágyban való végtagmozgatástól és forgatástól a „valódi” sportolásig), levegőztetés (az ablak kinyitásától a kertbe való kiültetésen át a kirándulásig)
- „Vegetatív rendellenességek” enyhítése: inkontinencia, szexuális zavarok,
- Gyógytorna, fizioterápia, masszázs, konduktori feladatok, járást segítő, ügyességet fejlesztő, stb. terápiák,
- Mentális állapotot karbantartó, egyszerűbb pszicho-terápiák (pl. logopédiai tréningek, memória-tréning demensek számára),
- Napi higiéniai feladatok: mosdás, fürdés, alsónemű és ruhacsere, fésülködés, szájápolás, ágynemű-csere, stb.
- Rendszeres testápolási feladatok: hajvágás, kozmetika, körömápolás, testközeli segédeszközök, protézisek, műfogsorok tisztítása,
- Speciális szakértelmet igénylő „tisztítási” és „karbantartási” feladatok: mesterséges testnyílások, légzést, keringést segítő eszközök, implantátumok, szondák és kanülök tisztítása és karbantartása,
- Művégtagok, kerekesszékek tisztítása, mechanikai karbantartása,
- Sebtisztítás, ecsetelés, pörkeltávolítás, sebkötözés, felfekvések, fekélyek és kelések kezelése, ellátása,
- Szondán át történő táplálás és folyadékbevitel,
- Láz- és vérnyomásmérés, bevitt-ürített folyadékmérés, EKG, bonyolultabb diagnosztikai mérések és az egészségi állapot követését szolgáló kontrollok,
- Gyógyszer-adagolás, injekció, infúzió bekötése és adagolása – az ön-gyógyszerelés betanítása, felügyelete
- Fájdalom és más problémák (pl. alvászavarok) enyhítése
- Katéterezés, a széklet és vizelet-kiválasztás kontrollja, a szükséges beavatkozások megtétele (pl. beöntés),
- Lélegzést segítő oxigén-, szívóterápia
- Egyéb, az állapothoz igazodó terápiák elvégzése, „közvetítése”
- Szükség esetén orvosi beavatkozás, kórházba való szállítás kezdeményezése, stb.
- Képzés – az eszközök, technikák, magatartási szabályok betanítása

A fentebbi lista messze nem teljes. Egy egészségügyi végzettséggel nem rendelkező szerző nem is nagyon vállalkozhat arra, hogy teljesebbé (netán szakszerűbbé) tegye.

Néhány következtetést azonban így is meg lehet tenni a lista alapján.

- Az igényekhez igazodva, az elvégzendő, ellátandó feladatok kombinációja csaknem végtelen,
- A kombinációkat bonyolítja, hogy a különféle feladatokat különféle képzettségű és végzettségű laikusok, ápolók, gondozók, szociális munkások képesek ellátni.
- Ugyancsak korlátozza a lehetséges kombinációkat az, hogy különféle összeférhetlenségeket és kombinációs tiltásokat is figyelembe kell venni. Jómagam

nem tudom, hogy miképpen szokás rendezni hemofiliások és cukorbeteg pedikűrjét, de pl. ezt a legtöbb ápolási protokoll határozottan tiltja az ápolást végzők számára.

- Miközben a kombinációkkal alig lehet kalkulálni – azért mégiscsak muszáj. A fenti elemekből összerakott különböző csomagok fogják képezni azokat a szolgáltatásokat, amelyeket a későbbiekben ápolásnak, gondozásnak fogunk nevezni.

„Ápolási-gondozási csomagok”, intézmények és szolgáltatások – itthon és a nagyvilágban

Először is, a gondozás és ápolás intézményeiről nem csomagként szokás gondolkodni, hanem intézményként. Előbb legfeljebb néhány fontosabb tulajdonságát szokás csak meghatározni az intézménynek, és csak később, az angolban szokásos szófordulattal, „specifikálják” azt, hogy mi is van az intézmény csomagjában, puttonyában. Tehát, az alábbi lista összeállítása könnyebb, mint a fenti, hiszen intézmények, azok mindenütt vannak. Hogy mi a dolguk, mit is csinálnak – arról gyakrabban megfeledeknek, amint éppenséggel nálunk is így van ez. Másrészt, **az intézmények „természetes” sorrendbe rakása csaknem mindig egyfajta „progressziós” elvet követ.** Hogy mit is jelent ez a progressziós elv, akár általában, akár ápolásra és gondozásra hangszerelve – ezt nem szokás kifejteni. Valami kisebbtől és kevesebbtől halad a nagyobb és több felé, de nem tisztázott az, hogy mi a kicsi és a nagy, a kevés és a sok. Leginkább azt szokás hinni, hogy a kisebb gondozás, az kevesebb pénzbe kerül, és fordítva. A benyomások szintjén megjelenő progresszív ápolási lista árai azonban nem feltétlenül növekvők: olykor a költség „másnál” jelentkezik, ami „minket” nem érdekel; máskor a pénzforgalmi elvű könyvelésben az éppen drágább egyik akkor is drágább a másikonál, ha az egyik (pl. eszköz) 2 évre, a másik (pl. házi ápolás) 2 hétre szól. Valódi, tényleges költségelemzéseket, no pláne a szakmai eredményességgel összevethető, „hatékonysági” szempontú költségelemzéseket nem ismerünk, tehát, a költségesség szerinti progresszivitási lista, az akár babonákra és hiedelmekre is épülhet, nem kellene hozzá valódi árak és költségek.

Ami viszont **minden körülmények között megjelenik a progressziós ranglistákon, az egyfajta „elidegenülési” és „professzionalizálódási” szempont.** A listán alacsony a rangjuk az informális, közösségi alapú formákban is ellátható szolgáltatásoknak, magas rangúak az elidegenedett, profi, üzemszerű ellátások. Ez egyáltalán nem természetes. Ha a szomszéd úgy megy el vásárolni a néniébe, hogy „aranyom, vegyél ki a pénztárcából egy ezrest, és hozzád kenyeret meg tejet!”, az tej és kenyér ügyében éppen olyan jó, mintha a profi ápoló és gondozó a pénz kivételéről és a visszajáróról is szigorú számadású nyomtatványt állít ki, mellékelve a hivatalos számlát is. (Ez nem vicc, elvileg így kell és így lehet egy közszolgálati –állami vagy nem-állami – intézmény munkatársának tejet és kenyeret vennie a néniébe.) A professzionalizálódás mindig és mindenhol a világban egy elidegenülési folyamatot is takar: a termékek értéke leválasztható az azt létrehozó személyiségről, és önmagában is megítélhető. Semmilyen közszolgálat nem képes – legalábbis Magyarországon – a „bizalom”, a társadalmi tőke értékét figyelembe venni, bár általában is átjárhatatlannak tűnnek a határok a bizalomra épülő és a szakszerűségekre épülő ellátási formák között. (Ha szakszerű elszámolásra, könyvelésre, protokollok követésére akarnánk kényszeríteni a közeli ismerőst – ez kiölni a bizalmat a viszonyokból...) Ennyiben, **a progresszivitási rangsor nem feltétlenül fejez ki kevesebb és több ápolást és gondozást – de feltétlenül kifejez kevesebb elidegenedett bürokráciát, és többet.**

Végezetül, a progresszivitás ki nem mondott tartalma ki szokott fejezni **egy kettős értelmű „autonómia” rangsort** is: mi az a minimális segítség, amely mellett **az ápolat-gondozott személy megőrizheti-fenntarthatja autonómiát és méltóságát** – ez az egyik „autonómia” szempont. A másik szempont, az a feminista beszédmód hiánya miatt alig fogalmazódik meg

Magyarországon, viszont egyre hangsúlyosabb Európában, és úgy szól, hogy mi az a minimális gondozás, amely mellett ***a családtag (nevezzük nevén: az anya, a feleség, a lány...) lelkiismeret-furdalások és szorongások nélkül munkát vállalhat, mert tudhatja, tisztességes ellátást kap az, akinek ellátásáról amúgy őneki kellene gondoskodnia.***

Ez utóbbi szempont tovább nehezíti az informalitások, a laikus, közösségi elvek mérlegelését a progresszió szemszögéből: az állam, a progressziót kalibráló szakember preferálhatná, ha a női családtag gondozna – ám a női egyenjogúság harcosa nem lesz lelkes attól, ha a szociális rendszerek nem a nők munkaerőpiaci esélyegyenlőségét, hanem a nőknek a piacokról való kivonulását ösztönzik. A dilemmát azzal lehet feloldani, ha az ápolást és gondozást még az informalitások, közösségek körében is normális „piaci munkának” tekintjük annyiban, hogy nem azonos a munkavégző a munka végtermékének fogyasztójával, haszonélvezőjével. Tehát, ápolásért, gondozásért, szociális étkeztetésért, mint munkáért kaphat pénzt a szomszéd, de nem kaphat a családtag. Ha a családtag kap pénzt, akkor azt tekintjük továbbra is segélynek, pótléknak.

A fentiek előrebocsátásával tehát, csak egy szükségszerűen „hevenyészett” progressziós elvet követő listát az alábbiak szerint állíthatunk fel:

(„dolgoz”, eszközök)

- Gyógyszerek a tartós „fogyasztóknak” – „közgyógyellátás”
- Implantátumok, „testbe beépített” eszközök,
- Testközeli, „hagyományos” gyógyászati segédeszközök,
- Test-távoli, kommunikációt, informálódást, életvitelt támogató eszközök (pl. SMS küldésére alkalmas telefonok siketeknek, „beszélő” számítógép vakoknak, stb.)
- Az otthoni ápolást segítő eszközök (esetleg kölcsönzése),
- Lakásfelszerelés, lakás-átalakítás,

(„otthoni ápolás”)

- „háztartási segítségnyújtás” (akár közösségi formában is)
- „kísérő szolgáltatások”, így: fogyatékosok személyi segítése és szállítása
- „szociális étkeztetés” (nem „szegénységi” elvű természetbeni ellátás, hanem főtt étel biztosítása annak, aki nem képes főzni, háztartást vezetni – lehet informális, közösségi alapú is)
- Jelzőrendszeres, „vészívó” rendszerek, (megfontolható: ápolási felügyelet iskolában, munkahelyen...)
- „házi gondozás” – amely szemben a háztartási segítségnyújtással már „testközeli” segítségnyújtást is takar, pl. mosdás, hajápolás, levegőztetés, stb.
- „házi ápolás” – ágyáthúzás, sebkezelés, egyszerűbb állapot-kontrollok (pl. láz, vérnyomásmérés) és átmozgatások,
- „ápolási díj” - ??? nehéz elhelyezni a progressziós listán, a tartalma tisztázatlan, és bármilyen más otthoni és nappali támogatási formával is együtt járhat???
- „házi szakápolás” – a létező ápolási specifikációk fennmaradó része,
- „hospice”

(„nappali”, napközbeni ellátás)

- „klubok” – alapvetően szabadidős, kulturális programok, „időtöltés” és „közösség”, (lehet informális, közösségi, önszervező is)
- „terápius” és más „foglalkoztatók” (pl. drogosok, fogyatékosok, stb.)
- napközbeni gondozóházak – hasonlóak a bentlakásosokhoz, de aludni hazaviszik az ápolatkat,

- nappali kórházak, klinikák – mint fent, de komolyabb terápiákra is berendezkedettek (pl. pszichiátria)

(bentlakásos ellátások)

- „védett házak”, „nyugdíjas házak” – önálló lakások, apartmanok – az ápolási-gondozási szolgálatok részben ügyeletet jelentenek, részben, a lakóparkok szolgáltatásaihoz hasonló facilitásokat (gyógytorna, fodrász, esetleg közös helyiségek, TV-szobák, kiszállított étkezés igénybevétele, stb.)
- „lakóotthon” – önálló lakrészek, de már „intézményi háztartás”, folyamatos ápolási-gondozási ellátás
- Ideiglenes lábadozók, szanatóriumok, rehabilitációs célú intézmények,
- Ideiglenes, átmeneti elhelyezést biztosító szociális otthonok és krónikus osztályok,
- Tartós ápolást-gondozást biztosító szociális otthonok, krónikus kórházi osztályok,
- (embertelen, de szükség lehet rá:) „elfekvők”, kórházi hospice, stb.

(kiegészítő, sehova sem besorolható „egyebek”)

- az ápolási-gondozási facilitások használatát megtanító speciális képzések,
- információ-szolgáltatás, tanácsadás, ezek háttérszolgáltatásai – pl. Internet site-ok, stb.
- „care-management”, diszpécseri-közvetítői és ellátást „kijáró” szolgáltatások,
- jogsegély, panaszok elbírálása, „ombudsman”-szószóló, stb.

(csomagokon átnyúló kombinációk, kumulációk)

A „csomagok”, intézményesült szolgáltatások gyakran szakmailag indokolhatatlan lehatárolódásokat is jelentenek. Ezért, számot lehet és kell vetni a csomagokon átnyúló kombinációkkal is. Ilyenek lehetnek:

- Otthoni vagy intézményi ápolásban-gondozásban részesülők gyógyszer- és eszköz-ellátása,
- Intézményi otthonban lakók „otthoni szakápolása”, amire az intézmény nincsen felkészülve,
- Nappali intézménybe történő szállítás, kísérés, stb.

Mindez ráirányítja arra a figyelmet, hogy a ***különféle ellátási formák kumulációja, egymásra halmozódása a hozzáférések szabályozásának és az ápolás-gondozás finanszírozásának egyik legnehezebb, de megkerülhetetlen kulcseleme.***

Ma ez a probléma leginkább a fogyatékosok ellátásában jelentkezik igen élesen. Egy-két mintaprojekt, kísérlet szintjén ma már gyakorlatilag minden, bármi megtalálható Magyarországon is, ami fellelhető a nagyvilágban. Bár soha semmilyen szisztematikusan vizsgálat nem készült a halmozódásokról, erős a gyanú arra, hogy van egy szűk fogyatékos elit, amelyik tucatnyi különböző ellátási formához is hozzáfér, míg a nagy többség semmilyen támogatásban nem részesül.

Az ápolás-gondozás ára, finanszírozása, „mikro-ökonómiája”

Ezen a Földön mindennek ára van, így az ápolásnak és gondozásnak is. Tehát, pénz az kell hozzá. ***A közfinanszírozás vagy magánfinanszírozás dominanciájának kérdése nem elsősorban annak a kérdése, hogy mekkora az aránya az ápolásra fordított magánpénzeknek és közpénzeknek, hanem az, hogy ki a vásárló, ki mozgatja a mechanizmusokat.*** Az alábbiakban nem a pénzek mennyiségéről, hanem a finanszírozási mechanizmusokról fog szó esni. És, hogy még komplikáltabb legyen a kérdés, azt is igyekszünk kimutatni, hogy a közpénz is szolgálhatja a piaci, magán-vásárlói dominanciák

erősítését; de jelentős magánpénz fizetését is ki lehet csikarni erőteljes közfinanszírozói dominanciák mellett is. ***Az igazi, legfontosabb kérdés az, hogy ki a vásárló, kinek a kegyeit kell a szolgáltatóknak elnyerniük ahhoz, hogy pénzt kapjanak az ápolási és gondozási feladatok ellátásáért.***

Hogyan lehet a közpénzt ápolásra és gondozásra költeni?

Ha most éppen az ápolás-gondozás közszolgálati rendszerének reformjain gondolkodunk, akkor azt feltételezzük, hogy közpénzt is kell költeni ápolásra és gondozásra. Más szóval, azt feltételezzük, hogy van némi pénz az ápolásra, gondozásra szánt köz-kasszában, és arra keressük a választ, hogy milyen úton eljuttatva lehet eljuttatni ezt a pénzt úgy az ápolási-gondozási feladatok ellátóihoz, hogy ennek révén a legtöbb, legjobb, legjobb helyre eljutó ápolás és gondozás álljon elő.

Két különböző úton indulhatunk el. Vagy az ápolásra-gondozásra szoruló emberek vásárlói hatalmát erősítjük meg úgy és annyira, hogy ők maguk (akár saját pénzeikkel kiegészítve is, de) „legyenek képesek megvenni” azokat a szolgáltatásokat, amelyekre szükségük van. A másik úton valamilyen közszereplő finanszírozza, „veszi meg” az ápolást és a gondozást, ami természetben, ellátásként kerül a rászorultakhoz.

A két útnak különbözők az előnyeik és hátrányaik.

Ha a fogyasztókat tesszük meg vásárlókká, akkor ez javítja választási lehetőségeiket, és nagy valószínűséggel elégedettségüket is. Azonban, az egésznek csak akkor van értelme, ha van kínálat, ha van választási lehetőség. Ha nincs választék, ha monopóliumok vannak a piacon – akkor nem lehet kellő hatalmat teremteni a vevőknek.

Ugyancsak gond az is, hogy ha a vásárlóvá előléptetett fogyasztóké a választás hatalma – akkor nincsen sok értelme fejlesztési prioritásokról, minőségbiztosításról és más szakmai iniciálékról beszélni. A vevő abból választ, ami van; azt választja, ami tetszik neki – és nem számít neki túl sokat az, hogy másnak, mindenféle állami embereknek mi tetszik, mi tetszene. Ez persze, a másik oldalon, az állami felelősségek oldalán is vonzó: a vevő mindig fog valamit választani, a kínálat bővítése iránti közfelelősség rejtve marad. Ebben az esetben nem is kell erről túl sokat beszélni, efféle hosszú oldalakat összeírogatni... Az a kis baj azonban naggyá nőhet, hogy a rászorultak még jobban ki lesznek szolgáltatva a szolgáltatóknak. Mindig is ki vannak szolgáltatva, hiszen öregek, betegek, fogyatékosok, rozzantak, és segítségre szorulnak – de így még inkább ki lesznek szolgáltatva, annál inkább, minél kisebb a verseny, a szolgáltatási kínálat.

További gondot jelent az, hogy az ápolási rendszerek ilyen jellegű piacosítása a hozzáférés egyenlőtlenségeit a végletekig növelhetik. Akinek több pénze van, jobban informált, jobbak a kapcsolatai és jobb az alkupozíciója, az több és jobb szolgáltatást fog kapni annál, mint akinek ebben az értelemben gyengébb a piaci ereje. Mit tegyünk, már csak ilyen ez a piac... A közvetlen állami szolgáltatásvásárlás révén kétség kívül javíthatóak a hozzáférés egyenlő esélyei és a szolgáltatás tartalmi és minőségi is elvileg jobban követhetővé tehető. Mindez különlegesen fontos előny akkor, ha jelentősek a kapacitás-hiányok, ha a hiányokat (és nem az ellátásokat...) kell igazságosabban teríteni. Nagy baj azonban az, hogy, ha az állam a vásárló, akkor a szolgáltatók valahogy mindig jobban igyekeznek a vásárló kedvében járni, mint az ügyfelekében. Ennek minden következményével: elbürokratizálódnak, romlik a rugalmasság és a minőség, csökken az ellátók felelősségérzete, felszínes és bürokratikus kritériumok alapján akarják „teljesítményeiket” és „bevételeiket” növelni, és nem a több és jobb szolgáltatás előállításáért (v.ö. a HBCS magyarországi történetével).

Jó megoldás nincs, csak rossz, meg még rosszabb; nagyobb áron és sok veszteség árán megvalósítható, vagy még így sem megvalósítható verziók. A kérdés az, hogy hogyan egyáltalán, és, hogy mi a kevésbé rossz.

(a fogyasztók vásárlói hatalmának megerősítése)

Az alábbi konstrukciók arra irányulnak, hogy általánosan felhasználható pénzt, vagy speciálisan felhasználható, pénz-értékű utalványt adjanak az ápolásra-gondozásra szoruló személyeknek, vagy legalábbis, „felértékeljék” azt a pénzt, amit ápolás és gondozás megvásárlására akarnak fordítani. Bár egyáltalában nem mellékes kérdés, ezúttal nem részletezzük, hogy milyen ágazathoz tartozó, mely igazgatási szinten működő állami szereplő milyen mérlegeléseken keresztül, kinek, hogyan és mekkora összegű pénzt, vagy pénzt pótló-kiváltó pót-pénzt adhat.

- „Ápolási pótlék”

Az, aki ápolásra vagy gondozásra szorul, az az állapotától függően differenciált többletpénzt kap az államtól (vagy éppen a társadalombiztosítástól, lásd a német ápolásbiztosítási modellt). Az elosztás igazságos, a választási lehetőség, a fogyasztók hatalma nő. Viszont, ma Magyarországon szinte biztos, hogy ezt a többletpénzt az emberek csak esetlegesen fogják ápolási-gondozási szolgáltatás vásárlására költeni. Az elvileg ápolásra és gondozásra szánt pénz csak kis valószínűséggel lesz arra elkölve, amire szánták, tehát, a finanszírozás hatékonysága igen rossz. (!!!)

- Ápolási utalvány, vaucher,

Az amerikai terminológia az efféle utalványok lenézetttségét jól érzékelteti az általánosan használt „food-stamps” kifejezéssel, és ezt a hozzáállást a magyarok is értik a tejutalványok bevezetése óta. Az alapkonstrukció úgy szól, hogy az állapottól függően nem pénzt kap a delikvens, hanem az ellátások bizonyos körére átváltható csekket, utalványt. A rendszer viszonylag jól és igazságosan kalibrálható, teret engedhet annak, hogy, ha valakinek nem elég jó az utalványért megkapható jószág vagy szolgáltatás, akkor többlet-ráfizetésért többet és jobbat is kaphat. Az alternatívák összevethetősége szempontjából az a szerencsés, ha az utalvány beválthatósági köre szűk (pl. csak segédeszközökre váltható be); a vásárlói hatalom kiterjesztése szempontjából az, ha a beválthatósági kör tág (bár ekkor nőnek a kimenetek piaci egyenlőtlenségei). A rendszer fenntartása, működtetése és hatósági kontrollja igen bonyolult és költséges. A pénzként működő utalvány kinyomtatása, szigorú sorszámozása és „névhez kötése”; az utalványok visszaváltására jogosult szervezetek felhatalmazása és elszámoltatása; a csekkekért nyújtott ellátások érték-arányosságának és minőségének kontrollja – ez mind mind igen bonyolult és költséges eljárás. Az egész utalványozósdinak semmi értelme nincsen akkor, amikor nincsen kínálat, amikor nincs több rendelkezésre álló alternatíva, amikor nincsen kínálati piac.

- Ártámogatás, szubvenció

Amolyan „szocialista” piacépítési technika, amely révén, kétség kívül a nyílt piacokon is megvásárolhatóvá lehet tenni bizonyos speciális, magas árú termékeket és szolgáltatásokat. A konstrukció részben erőteljesebben támogatja a biztos keresletre számítható piaci termelőket, mint a fogyasztókat; másrészt, a rendszer erőteljesebben támogatja azokat, akiknek amúgy van pénzük, mint azokat, akiknek nincs. (Ha hiány van, akkor azokat, akik képesek kijárni, szemben azokkal, akik nem – v.ö. Konrád-Szelényi hajdani elemzéseit a szocializmus lakás-elosztási mechanizmusairól.) Az ártámogatás ott jól működtethető, ahol a dotált termék vagy szolgáltatás valamilyen igen speciális szükségletet úgy elégít ki, hogy a dotált termék más szükséglet kielégítésére nem használható, nem konvertálható. (Nem véletlen, hogy a konstrukció a gyógyszerek és segédeszközök körében maradt fenn, bár, létjogosultságát ott is többen megkérdőjelezi.)

- Ápolásbiztosítás befizetései után járó adó- és befektetési kedvezmények

A rendszer ösztönzi az ápolási célú takarékoságot. A rendszer „későn érik be”, hiszen ha valaki ma, aktív korúként kezd el ilyen biztosításba befizetni, akkor a befizetett pénz csak 30-50 év múlva lesz ápolásra költve, addig semmit nem javít az ápolás finanszírozási helyzetén. Az elosztási hatás 60%-os foglalkoztatási ráta mellett drámaian egyenlőtlen: az elvileg befektetésre ösztönözhető, aktív korú lakosság 40%-a eleve kiesik, gyakorlatilag azonban, ilyen „megtérülési” kondíciókkal a munkában levők többsége számára sem tehető igazán vonzóvá az ilyen jövedelem-kivonás. A többség számára lenne annak a pénznek jobb helye is, még adókedvezmények igénybevehetősége mellett is.

(állami ellátás és szolgáltatásvásárlás)

Bár itt is lényeges kérdés, ezúttal is el fogunk tekinteni az ágazatok és igazgatási szintek buja problematikáinak elemzéseitől. Azzal a leegyszerűsítéssel élünk, hogy az állam (valamilyen szerve) közvetlenül a szolgáltatóknak, ellátóknak ad közpénzt, azzal az elvárással és (naiv) hittal, hogy ők ezért ápolni és gondozni fognak. Mindezzel feltételezzük a köztársasági és a közszolgáltatói szerepek valamilyen szintű szétválását is („purchaser-provider split”)

- „Ápolási segély” – „ápolási díj”

Az állam speciális szociális jövedelmet állapít meg gyakorlatilag annak az ápoló-gondozó családtagnak a részére, aki ápol és gondoz. A pénz feladatban kifejezhető ellenértéke, tartalma és szakszerűsége ellenőrizhetetlen és követhetetlen – a családtag úgyis „jobban tudja”, hogy mire van szükség. Ilyen körülmények mellett a családi ápolást nem lehet munkaként intézményesíteni. A szakmai tartalmak körülírásának hiánya mellett bonyolult kérdés az ellátások kumulálódásának szabályozása. Bár nem lenne „szép” adminisztratíván korlátozni, mégiscsak meg kellene tenni, pl. annak a tiltását, hogy a gondozási díjon otthon levő anyuka nappali intézménybe, foglalkoztatóba írathassa fogyatékos gyermekét. (Ha már, akkor inkább legyen foglalkoztató a gyereknek, az anyuka meg dolgozzon közben. Vagy legalábbis, a foglalkoztató legyen fenntartva annak a gyereknek, akinek az anyukája dolgozik, munkát keres – és nem főmunkaidőben ápol, pláne, ha nem ápol...) A konstrukció további problémája az, hogy erősen izoláló, szegregáló hatása van, mind a gondozóra, mind a gondozottra nézvést, különösen akkor, ha tényleg a hozzátartozó gondoz, és nem más ellátásokat jár ki főmunkaidőben a gondozásra szoruló hozzátartozója számára.

- Általános „blokk-finanszírozás”

Ez nagyjából a jelenlegi önkormányzati alapellátás-finanszírozás elve: az ellátandó népesség lélekszáma szerint növekvő, általános finanszírozás. Bár ez a metódus vélelmezhetően nem tartható fenn a jelenlegi, igen széles szolgáltatási körben, de nem nagyon képzelhető el más finanszírozási technika a közösségi-szomszédsági alapú, önsegítő jellegű, és más „bizalmi elvekre” épülő ápolási-gondozási feladatok támogatásában. Hogy, ha valaki vállalja, hogy rendszeresen ránéz, elbeszélget, segít, stb.

- Férőhely vagy ellátotti létszám szerinti „bemeneti” finanszírozás

Elvileg, ha pontosan és sztetend módon, általánosan meghatározhatók az ápolási és gondozási feladatok, akkor egyszerű, olcsó adminisztráció mellett, jól finanszírozható a feladat a „fejpenzes” konstrukciókban. Nagyjából ez volt a remény a szociális intézmények finanszírozási rendjének kialakításakor. A rendszer nem vált be, de ez nem feltétlenül a finanszírozási elv hibája: a szociális intézmények szabályozása duplán is spórolni akart az adminisztratív terhekkkel, azzal, hogy az elvégzendő feladatok tartalmát is csak a bemeneti oldalon szabályozta. Valóban sokkal egyszerűbb az intézménybe felszerelt zuhanytálcák

számát meghatározni, mint a személyes higiéne ellátási követelményeit – de a kellő számú zuhanytálca nem garancia az elvárt személyes tisztaságra. Nem megkerülhető tehát az elvégzendő feladatok pontosítása sem. A szociális intézmények finanszírozásának másik tanulsága az, hogy ilyen konstrukciók mellett szigorúbban kell örködni a bekerülés felett, kontrollálni szükséges a beutalásokat. Ellenkező esetben az intézmények érdeke lesz a „lehalászás”, a „lefölözés”: azoknak a gondozandóknak a kiválogatása, akik egészségesebbek, jobb állapotban vannak, kisebb költségeken is elláthatóak.

- Gondozásba vételkori diagnózis szerint differenciált fejpénz

Ez nagyjából a HBCS logika, annak összes előnyével és hátrányával. Az előny: nagyjából lehet tudni, hogy ki miért van ott. Hátrány: azt lehet hazudni az elvégzett feladatokról, a „pontszámokról”, aki amit akar és nem szégyell.

- Feladatfüggő, tételes teljesítmény-elszámolás

Ha a bekerüléskori diagnózis nem ad elég kemény számlázáshoz való alapot, akkor lehet tovább keményíteni, és nem a diagnózishoz rendelt feltételezések, hanem a ténylegesen elvégzett, elkönyvelt, kiszámlázott feladatok alapján is finanszírozni. A rendszer igen komoly adminisztrációt követel meg, gyakorlatilag csak informatikával erőteljesen támogatott ügyviteli rendszerek esetén valósítható meg, akkor is csak nehezen.

(kombinációk – ha vannak egyáltalán...)

A piactudományok általános működésrendjében az a diktál, aki fizet. Ha az ügyfél fizet, akkor ő. Ha valamilyen harmadik fél (állami intézmény, biztosító-társaság, stb.), akkor ő. A választás vagylagos. Szűk a mozgástér akkor, ha bárki kombinálni akarja a fogyasztó választási szabadságának elveit a közvásárlásnak azon előnyeivel, hogy elvileg szakmaibb kritériumok alapján, igazságosabb hozzáférést lehetővé téve lehet így közfeladatot, mondjuk ápolást és gondozást finanszírozni. Egyetlen kompromisszumos megoldás ismert (legalábbis általunk), és ez az „esetmenedzselés”, a „care-management” technikája.

- Ápolás-menedzselés

Az ápolási menedzser a brit szisztéma kreatúrája, aki némiképp úgy „kettős ügynök”, ahogyan a házi orvos az az egészségügyi rendszerben. Amikor ugyanis az ápolási menedzser beutal, diszpécserkedik – akkor egyfelől ő az, aki az ügyfél számára utalványt állít ki, sőt, ő maga tölti ki és adja át a (beutaló) csekket a szolgáltatóknak az ügyfél nevében, viszont, másfelől, ő a köz képviselője azzal, hogy ő ítéli meg, hogy mire, milyen jószágra, ápolási és gondozási szolgáltatásra van szüksége az ügyfélnek.

Ahhoz, hogy az ápolási menedzser sikeresen végezhesse a dolgát, ahhoz két feltétel teljesülése kulcsfontosságú: a megfelelő informáltság és a szolgáltatóktól való függetlenségé.

A megfelelő informáltság azt takarja, hogy nemcsak azzal kell tisztában lennie az ápolási menedzsernek, hogy kinek milyen elvi jogosultságai vannak, hanem azzal is, hogy éppen itt, éppen most milyen ápolási-gondozási kapacitások állnak rendelkezésre, mihez lehet aktuálisan is hozzájutni.

A szolgáltatóktól való függetlenség követelménye azt takarja, hogy a menedzsert nem befolyásolhatja az, hogy bizonyos fenntartók bizonyos intézményeiben kihasználatlanok a kapacitások, és ezért nekik érdekük a kapacitások optimális, hatékony kitöltése, kihasználása. Minden eddigi okoskodásunk kínálati piacot feltételezett, tehát azt, hogy az ápolási-gondozási üzletben résztvevőknek jellemzően vannak kihasználatlan kapacitásaik. Ilyen esetben egyértelmű az a követelmény, hogy egyik szolgáltató sem állhat a menedzser szívéhez közelebb, mint a többi.

Magánpénzek az ápolásban-gondozásban – „co-payment filozófiák”

Az előző fejezetben azt a „trükköt” vezettük elő, hogy azokat a közpénz-költési technikákat elemeztük előbb, amelyek a vásárlók hatalmát erősítik, választási lehetőségeiket szélesítik. Most kifordítjuk az előző sorrendet, és előbb azokat a magán-fizetési technikákat tárgyaljuk, amelyek illeszkednek egy a közfinanszírozás által dominált szerkezethez.

- Szimbolikus mértékű tarifák

A szimbolikus mértékű tarifák fizetési kötelemének nem a pénz mennyisége adja meg az értelmét, de még így, elszámolás nélküli elkönnyvelési eszközként is nagy lehet a jelentőségük. Részben azért, hogy pontosan érzékeltetik azt, hogy a megigényelhető, igénybe vehető segítség mértéke véges. A véges mértékű tarifa – véges mértékű szolgáltatás ellenértéke. Ugyanezt a tartalmat erősíti az, hogy a mégoly jelentéktelen mértékű tarifa fizetéséhez is szerződést kell kötni az ügyféllel, amelyben az ügyfélnek is kötelezettséget, áldozatokat kell vállalnia ahhoz, hogy az ápolási-gondozási kapcsolat létrejöjjön. (Emiatt, ha valóban szimbolikus mértékben, akár 2 Ft 51 fillér értékben is, de szükséges „térítési díjakat” megállapítani.)

- Szociális térítési díjak

A jelenlegi térítési díjak a szolgáltatások költségeinek 15-20%-át fedezik, ami azért több mint szimbolikus mérték. A kalkuláció mértéke a szolgáltatás elismert önköltségéhez igazodik, ennek bizonyos %-a az „intézményi térítési díj”, ami elég jól tervezhető hozzájárulást jelent a rendszer működéséhez. (Bizarrr, de mondjuk a Főváros önkormányzata által működtetett közszolgálati intézményi körben kizárólag a szociális ágazat hoz be magánpénzt, a többi gyakorlatilag egyáltalán nem.)

Ezt a kalkulálható magán-bevételi mértéket csökkenti az, hogy a ténylegesen befizetett térítési díj nem az „intézményi térítési díj”, hanem a „személyi térítési díj”. Ugyanis, ha az intézményi térítési díj magasabb, mint a saját jogú jövedelem 80%-a, akkor ez a 80% a befizetendő „személyi térítési díj”. Mindez azt a hatást hozza, hogy senki nem maradhat ki az ellátásból pusztán azért, mert nem képes megfizetni a térítési díjat. (Bárki eljátszhat a gondolattal: a szociális térítési díj adaptálása a tartós egészségügyi ápolási szolgáltatások körére szintén eredményezhet 10-15 % forrásbővülést, ami azért nem lebecsülendő.)

- „Extrák” díjai, árai

Ha azt feltételezzük, hogy vannak akármilyen kompozícióban finanszírozott „alapsomagok”, amelyek a szolgáltatások limitált körét foglalják magukba, akkor megengedhető az is, hogy legyenek választható, opcionális extrák is, amelyek díját külön kell megfizetni. Ezzel nincs is semmi baj, feltéve, hogy az extrák valóban extrák. Van azonban két tipikus probléma, ami azzal kapcsolatosan gyakran felmerül, hogy az extrák nem is igazi extrák. Az egyik típusú baj az, ha alapsomag nincs is, csak az extrákkal kibővített, többletár megfizetése révén utolérhető az alapsomag is. A másik probléma az, amikor extrának tekintenek bizonyos olyan alapvető létszükségleteket is (pl. körömápolás), amelyek biztosítása elvileg nem maradhatna ki az alapsomagokból. Mindkét eljárás csak arra való, hogy elrejtse, átláthatatlanná tegyék a ténylegesen megfizetendő térítési díjak mértékét. Az átláthatatlan térítési díjak pedig leginkább a hozzáférés átláthatatlanná tételére, bizonyos szegényebb ügyfelek „kiárazására” való – ami a közkontrollok gyengülését is mindig magával vonzza.

- Privát árkiegészítések

Ilyen megoldásokról akkor beszélhetünk, amikor a tényleges ápolás-gondozás ára piaci elvek szerint „mozog”, viszont az intézményi közfinanszírozás mértéke rögzített. Ekkor a lebegő mértékű részt a használónak kell megfizetnie, feltéve, hogy az intézménybe kerülés egyéb kritériumait teljesíti.

- **Vásárlás**

Nüanszyninak tűnik, pedig jelentős a különbség: itt a fogyasztó a vásárló, aki természetesen igénybe veheti a vásárláshoz a megkapott ápolási-gondozási pénzeit, utalványait, vauchereit is. Az ápolásra-gondozásra való beszállójegy itt a fizetés, a jogosultsági kritériumok teljesülése itt a pénzek, utalványok megszerzéséhez szükséges.

- **Biztosítási díjak, ápolási takarékszamlák, „elő-fizetéses” („pre-payment”) konstrukciók**

Ezek olyan önkéntes befizetéseknek tartanak, amelyeket még messze az igénybevétel előtt, aktív jövedelemszerzőként fizetnek be a későbbi fogyasztók. A biztosítási konstrukciók alapkérdése a kockázati közösségek összetétele. A jelenleg vélelmezhető biztosítási ügyfelek köre finanszírozás szempontjából „kedvező” – leginkább a jobb módúakról feltételezhető, hogy a jelen fogyasztásból van mit átcsoportosítaniuk a több tíz év múlva esedékes, időskori szolgáltatás-vásárlásaikra. A konstrukciók megítélése eléggé összetett: ha a magánbiztosítás csak a felsőbb rétegeket éri el, akkor ennek a társadalmi-szociális jelentősége nem túl nagy. Másfelől, mivel éppen a ma legjobb helyzetűeknek van a legtöbb esélyük arra, hogy nagyon sokáig éljenek, ezért a biztosítottak aránya az időskorban várható gondozási ügyfelek között jelentősebb is lehet a jelenlegi befizetők társadalmi létszamarányánál.

Mindezt figyelembe véve is, a magánbiztosítások elterjedésének is jelentős gátat szab az, hogy ma hiányos és lyukas a gondozási paletta – nem lehet tudni, hogy milyen ápolást és gondozást kaphat majd az, aki 20-30 év múlva, vagy később fog ápolásra, gondozásra szorulni.

Ahol minden finanszírozási elv borul: különféle tartalmú, különféle formában finanszírozott ellátások egymásra halmozódása, kumulálódása

Korábban jeleztük: még akkor is, ha „jól” és „probléma-érzékenyen” vannak összerakva, szabályozva és finanszírozva az egyes intézményesült szolgáltatások, ellátási csomagok, akkor is szükség lehet arra, hogy bizonyos ellátások keresztbe szeljék, átnyúljanak az intézményes szolgáltatási határokon. Ha az átnyúlásoknak és halmozódásoknak nincsenek korlátai, akkor részben kalkulálhatatlanná válnak az egy főre jutó ápolási-gondozási költségek, és átláthatatlanul összekeverednek a különböző finanszírozási elvek. (Ez van ma...) Ennek hatására: teljes mértékben átláthatatlanná és követhetlenné válnak a (kumulált) ellátások hozzáférési és elosztási hatásai is.

A határtalan és korlátlan halmozódásoknak többféle eszközzel lehet korlátokat szabni. Meg lehet (és kell) állapítani bizonyos „összeférhetlenségi” szabályokat: aki megkap bizonyos ellátást és szolgáltatást, az nem kaphat meg bizonyos más, meghatározott ellátásokat.

Követhetővé és átláthatóvá kell tenni azt, hogy ki mit kap, akkor is, ha különfélét kap. ***Ennek alapfeltétele az, hogy minden ellátásról világos „könyveléseknek” kell készülniük, és a különböző helyeken elkönyvelt adatok valamilyen azonosító (pl. TAJ szám) alkalmazásával „összerakhatóak” legyenek.*** (Már a világos könyvelés sincsen meg minden létező forma esetében, még a létező könyvelésekből sem lehet megtudni a nyújtott ellátások szakmai tartalmát, és egyáltalán nem kapcsolhatóak össze a különféle ápolási-gondozási

adatok, sem egyéni szinteken, sem statisztikai aggregátumokban – intézmények, települések, rész-rendszerek, stb.)

Ha rendelkezésre állnak a halmozódó ellátások elkönnyvelhetőségének, átláthatóságának feltételei, akkor felvethetők a halmozódás menedzselésének elvi lehetőségei is.

A menedzselhetőség nem feltétlenül jelent ténylegesen központosított „egyetlen-kasszából” való gazdálkodást (bár ez is egy lehetőség), hanem, elvileg „virtuálisan” is összerakhatók a különféle szereplők által finanszírozott ellátások és azok költségei.

Hogy ki legyen a „menedzser”, az nagyrészt a korábban jelzett, erőteljesen politikai döntés következménye. ***Ha az ápolási-gondozási feladatok dominánsan közfinanszírozásúak, akkor a közvásárló funkcióját betöltő közalkalmazott-köztisztviselő státuszú ápolási menedzsernek kell összeraknia és megrendelnie-utalványoznia a különféle ápolási-gondozási csomagokat. Ha a magánfinanszírozás a domináns, akkor maga az ápolásra-gondozásra szoruló személy (vagy családtagja, jogi képviselője) lehet a menedzser.***

Minél erőteljesebben a „kínálati piac” a jellemző az ápolás-gondozás területén, annál inkább van mód arra, hogy a támogatások szabadon konvertálható pénzekben és utalványokban kerüljenek elosztásra, és ezek, valamint a magánforrások összerakásával a gondozott lehessen saját ápolásának menedzsere.

Ha akár a kínálat választékában, akár kapacitásaiban hiány van – akkor közfeladatnak kell tekinteni az ápolási eset-menedzselést.

Következtetések

A jelenleg létező ápolási-gondozási formákról nemigen tudjuk, hogy kiket érnek el, és pláne, hogy kiket nem érnek el. Arról is keveset tudunk, hogy még kiket kellene elérniük. Nem-tudásunknak lehet mentsége az a tudásunk, hogy borzasztó nagyok a területi különbségek, és ezek az egyenlőtlenségek nem is feltétlenül szisztematikusak. (Így pl. a keleti országrészek bentlakásos intézményekkel jobban ellátottak, mint a nyugatiak.)

Azt tudjuk, hogy a formák választéka szűk, emiatt bizonyos létező ellátások már ma is, a szakmailag indokolthoz képest „túlhasználtak”, miközben azt is tudhatjuk, hogy amíg más formák nem léteznek vagy gyengék, addig a létező igények a mégoly „túlhasznált”, de létező támogatások megszerzésére irányulnak. Emiatt a ma létező sorban-állási, várakozási listák hosszából csak mérsékelten érvényes következtetéseket tehetünk a fejlesztés kívánatos irányaira. ***Lakossági igény csak aziránt mutatkozik, ami van, ami megtapasztalható. Akkor is, ha szakmai szempontból a kifejezésre juttatott „igény” nem azonos az elismert szükséglettel.***

Ma nem mutatkozik igény, mert nem érzékelhető az, hogy elvileg lehetne igény olyan ellátási formák iránt, mint:

- Test-távoli, az önálló életvitelt, kommunikációt és információszerzést támogató eszközök, lakásfelszerelések és –átalakítások iránt – noha ezek relatív ára rohamosan csökken az élömlékek befektetést igénylő tényleges ápolás és gondozás költségeihez képest, (a jelzőrendszeres idősgondozás is csak kísérleti stádiumban van), stb.
- Kialakulatlanok a szakmai tartalmuk, és tíz éves visszatekintésben drámaian csökkenő mennyiségűek az otthoni ápolási és gondozási szolgáltatások,
- Csak a vágyak és álmok szintjén léteznek a különféle közösségi elvű, informális, laikus segítségnyújtások, ami van, arra nincs rálátása az ápolás-gondozás hivatalos rendszereinek, ezért nem is támogatja azokat,
- Egy-két véletlenszerű esettől eltekintve nem léteznek sem nappali, sem átmeneti időtartamra bentlakást biztosító ápolási-gondozási intézmények,
- Átfogóan ellátatlannak minősíthetők olyan csoportok, mint a siketek, a szerfüggők (kevésbé a drogosok, jobban az alkoholisták és gyógyszer-függők), a krónikus beteg

hajléktalanok, a családjukban élő, a kisegítő iskolából kikerült értelmi fogyatékosok, stb.

Hasonlók elmondhatóak a finanszírozás technikai készleteiről. Sokszínű, az igényekhez rugalmasan alkalmazkodó rendszert csak sokszínű, sokcsatornás eszköztárral lehet jól finanszírozni. Ma csak kevés finanszírozási technikát tudunk alkalmazni, azt is leginkább esetlegesen és rosszul. Ehhez az is hozzájárul, hogy a szolgáltatók ügyviteli, könyvelési, elszámolási rendszerei alapján nem tehető átláthatóvá, ellenőrizhetővé, elszámolhatóvá már a pénzfelhasználás sem, nemhogy a pénzügyi ráfordítások szolgáltatásban, jószágban mért ellenértéke, haszna. A különféle formában gondozásra-ápolásra költött pénzek, valamint a pénzek elköltése révén keletkező ellátások semmilyen szinten nem rakhatók össze, sem egyéni, sem országos, sem a kettő közötti bármilyen szinten.

Nemcsak az ápolás és gondozás, mégcsak nem is csupán az egészségügy és szociálpolitika, hanem a teljes magyar közszolgálati szféra igazgatása és finanszírozása megragadt a kissé régimódias, mondhatnók „szocialista” technikáknál. Az igazgatási rendszer nem tud mit kezdeni a piaci mechanizmusokkal, nincsenek olyan piacfelügyeleti jogok és intézmények, amelyek a közszolgálatok piacain vásárlóként megjelenő fogyasztók érdekeit védene, enyhítenék a szolgáltatóknak való kiszolgáltatottságukat, hatósági eszközökkel örködnének afelett, hogy a kifizetett pénzükkal arányos értékű szolgáltatáshoz jutnak vásárlóként. E két körülmény jelentősen korlátozza a ma megléphető lépések nagyságát és irányát. Minden ismert makroszintű konstrukció arra épít, hogy

- Tartalmában differenciált, sokszínű az ápolási-gondozási választék,
- Minden egyes formában kínálati piac van, ezért van mód mérlegelni az adott forma előnyeit, hátrányait és árait,
- És ilyen köz és magánmérlegelések alapján lehet választani az adott formát, (vagy éppen nem választani, mert van nála jobb, a szükségletekhez adekvátabb, emberibb vagy éppen olcsóbb).

Ma ezek a feltételek nincsenek meg, és csak ebből lehet kiindulni. Persze, az indulás irányát illetően fontosak az értékek, vágyak, álmok is. Ezeket azonban még szakmai körökben sem lehet racionálisan megvitatni. Talán épp azért, mert a kiinduló helyzet is tisztázatlan; talán azért, mert az érdekek is elsumákoltak; de talán azért, mert nincsenek elég jó szavak sem a vágyott szisztéma jellemzésére és körülírására.

Akárhogyan is van, a feltételekről jobb lenne tisztább képpel rendelkezünk. Úgy a jelenlegi, induló feltételekről, mint a vágyott szisztéma feltételeiről.

Mivel a hiány-gazdálkodásra nem ismert (általam...) semmilyen racionális, szakszerű, minőséget produkáló és hatékony szisztéma – ezért a formák választékát és a kapacitások bővítését bármilyen reformot megelőző, 0. lépésnek kell tekinteni. Félő, hogy már ez is túl nagy feladat... Pedig, a kapacitások választékának és mennyiségének bővítésével párhuzamosan a rendszer működtetésében is előbbre kellene jutni.

Ehhez, az előrelépés tartalmának és irányainak mérlegeléséhez próbált meg ötleteket, adalékokat adni ez az írás.

Krémer Balázs
2003. május 5.