



Mivel OPerálunk?

Ismeretterjesztő sorozat az EU
kohéziós politikájáról újságíróknak
2025. 5. szám



Egészség és Kohézió

Magyarországon az egészségi állapot mutatói – bár bizonyos területeken javultak az utóbbi években – továbbra is jócskán elmaradnak az uniós átlagtól, és jelentős társadalmi egyenlőtlenségek jellemzik őket. A születéskor várható élettartam 2023-ban 76,9 év volt, mely közel 5 évvel alacsonyabb az EU-s átlagnál (81,5 év),¹ és Magyarországon belül is különbözik nem, iskolázottság, jövedelmi helyzet és etnikai hovatartozás szerint. Például a 30 éves, legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak átlagosan csaknem 11 évvel élnek kevesebbet, mint felsőfokú végzettségű társaik.² A roma nők várható élettartama pedig átlagosan kilenc évvel rövidebb, mint a nem roma nőké.³

A megelőzhető és kezelhető okokból bekövetkező halálozási arány tartósan magas, ami egyrészt az egészségtelen életmóddal,⁴ másrészt az alapellátás kapacitásbeli hiányosságaival és ezzel összefüggésben az alacsony GDP-arányos egészségügyi közkiadásokkal magyarázható (2021-ben a GDP 7,4%-át fordította Magyarország egészségügyre, szemben az EU-s átlag 10,9%-al).⁵ Az egészségügyi kiadásokon belül a közfinanszírozás aránya csupán 72,5%, ami arányában elmarad az uniós átlagtól (81,1%).⁵ Ez azt jelenti, a magyar háztartások az egészségügyi kiadásaik nagyobb részét fizetik saját zsebből, mint az átlagos uniós háztartás, ami azt is jelzi, hogy hazánkban a jövedelem jobban meghatározza azt, hogy valaki milyen típusú és minőségű egészségügyi szolgáltatásokhoz fér hozzá, mint az unió többi országában átlagosan.⁶

Az öregedő társadalomban a szakképzett egészségügyi munkaerő hiánya egyre égetőbb problémává válik.⁷ A hálapénz rendszerének kivezetése és az orvosok béremelése fontos lépések voltak a probléma kezelésében, ugyanakkor a háziiorvosi praxisok jelentős része továbbra is betöltetlen, különösen a vidéki, hátrányos helyzetű térségekben, ahol ez közvetlenül érinti az ellátáshoz való hozzáférést.⁸ A Covid19-járvány felerősítette és a felszínre hozta ezeket a rendszerszintű problémákat, így például különösen súlyosan érintette a szegregált lakóköznyezetben élő roma nőket és gyermekeket⁹.

Az alábbiakban azzal kapcsolatban mutatunk be tényeket, hogy a kohéziós támogatások milyen szerepet játszottak a 2014-20-as, és játszhatnak a 2021-27-es ciklusban az egészségi állapot javításában Magyarországon.





Kohéziós támogatások az egészségügyben Magyarországon

A 2013-ban végződő ciklus Új Magyarország Fejlesztési Terve az egészségügyben az alap- és járóbeteg szakellátás fejlesztését (TIOP), ill. az egészségmegőrzés és egészségügyi humán erőforrás fejlesztését hangsúlyozta (TÁMOP).¹⁰

A 2014–2020-as uniós költségvetési ciklusban az egészségügyi kohéziós támogatások fókuszba emelkedett a korábbi, elsősorban szakellátási infrastruktúrára irányuló beruházásokról (a 2007–2013-as ciklusban mintegy 410 milliárd Ft) a célzottabb programok irányába. Ezek az ellátórendszer egyes szegmenseiben igyekeztek jelentősebb előrelépéseket hozni, mint például a gyermeksürgősségi és akut pszichiátriai ellátás vagy a prevenció szolgáltatások fejlesztése. A fejlesztések főbb törekvései az egészségtudatosság növelése, a szakemberhiány és betöltetlen praxisok problémáinak enyhítése, valamint az egészségügy reformja voltak.¹¹ Ezek köré épültek a főként hiányjelenségekre (mint pl. a fent már említett háziorvos-hiány) reflektáló konstrukciók.¹³

Ebben a ciklusban a legnagyobb volumenű beruházás az alapellátás infrastrukturális fejlesztése volt (TOP konstrukciók, 39,4 milliárd Ft), amely nagy részben tartalmazott rendelőépítéseket és -felújításokat, és a betöltetlen háziorvosi praxisok ellátását célozta.¹² A strukturális átalakítás és az egészségtudatosság növelése jegyében, többek között egy nagy költségvetésű kiemelt projektet is indítottak, a Komplex népegészségügyi szűrési programot (EFOP-1.8.1-VEKOP-15, 17,9 milliárd Ft). Ezt a fontos projektet sajnos jelentős csúszások jellemezték (részben a COVID miatt), így a kitűzött célnál jóval kevesebb embert sikerült bevonni a szűrésekbe. Ugyanakkor például ennek keretében kaphattak a 7. osztályos fiúk HPV oltást, illetve 2021-ben a szájüregi pilot szűrőprogram is el tudott indulni, mely során mobil szűréseket végeztek, elsősorban a hátrányos helyzetű térségekben.¹³ A projekt során továbbá megszületett egy egységes, nemzetközi ajánlásokkal összehangolt szűrési kritériumrendszer is a szűrővizsgálatok tervezésére, mely egy fontos hosszú távú eredmény.¹⁴ A gyermeksürgősségi, baleseti ellátás fejlesztése (EFOP-2.2.1-VEKOP-16) egy nagy forrású, a szakmai közvélemény által egy jól célzottan tartott konstrukció volt, amiből számos jól fogadott projekt valósulhatott meg, viszont a fejlesztésekre szánt 17,8 milliárd Ft-ból csak körülbelül 10 milliárdot sikerült ténylegesen felhasználni, főként a közbeszerzési csúszások és az áremelkedések miatt. A struktúraváltást közvetetten igyekezett támogatni a 20,8 milliárdos költségvetésű, ellátórendszer módszertani fejlesztésére irányuló konstrukció (EFOP-1.8.0-VEKOP-17), ám ennek hatékonyságát erősen rontotta, hogy a programok időben való egymásra épülését nem mindig sikerült megvalósítani.¹⁵

A 2021-27-es ciklusra elfogadott tervek szerint főként a TOP Plusz keretében allokálnak egészségügyi fejlesztésekre, „[a]z egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosítása és az egészségügyi rendszerek rezilienciájának növelése – ideértve az alapellátást is (...)” célkitűzés jegyében.¹⁶ Ezek a források főként infrastrukturális beruházásokra elérhetők, tehát például rendelő- vagy mentőállomás felújításokra. Emellett a DIMOP Plusz keretében kisebb költségvetésű digitális fejlesztéseket terveznek.¹⁷ A korábbi tervekben az EFOP Plusz is tartalmazott egészségügyi forrásokat, ám ezek az elfogadott dokumentumból már kikerültek. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a 2021-2027-es megállapodás véglegesítésekor megjelent egy új EU-s támogatási konstrukció a horizonton.





Ez a COVID-válság apropóján létrehozott Helyreállítási és Rugalmassági Eszköz (Recovery and Resilience Facility /RRF) volt, melynek keretében értelemszerűen különösen komoly hangsúlyt kaphatott az egészségügy. Ez 6,5 milliárd euró vissza nem térítendő támogatást és 3,9 milliárd euró kölcsönt tartalmazott (volna). Bár a magyar kormány már elkezdte az RRF-ből tervezett programok finanszírozását hazai költségvetésből, az uniós támogatások nagy része továbbra sem érkezett meg. Ennek oka, hogy az Európai Bizottság szerint Magyarország nem teljesítette maradéktalanul azokat a jogállamisági feltételeket, amelyekhez a kifizetéseket kötötték. A támogatások egy részét emiatt felfüggesztették, más részükről pedig Magyarország időközben lemondott – így ezek a források végleg elvesztek.

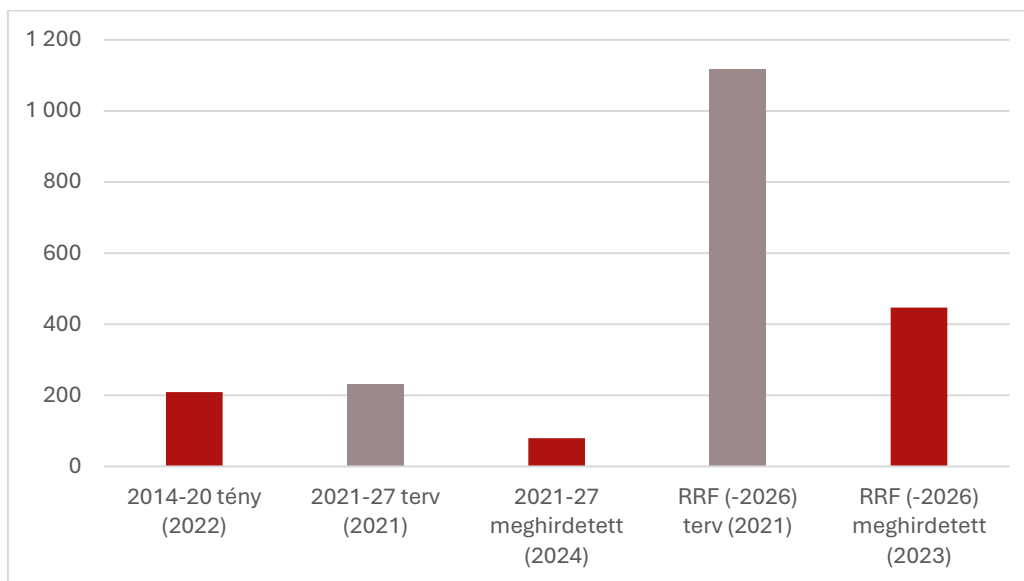
Az RRF hazai költségeire vonatkozóan elfogadott Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv (HET)¹⁸ szerint RePowerEU fejlesztések után az egészségügyi komponens részesülne a legnagyobb arányú támogatásban az RRF forrásokból (a teljes keret 13%-a). A megvalósítani kívánt fejlesztések a Nemzeti Egészségügyi Programok¹⁹ céljaihoz illeszkednek, amelyek a vezető halálokok és az életminőség-vesztést okozó betegségek visszaszorítását célozzák. A tervezett egészségügyi fejlesztések három területre bonthatóak: az alapellátás fejlesztésére (72,3 milliárd Ft), a XXI. századi egészségügy feltételeinek megeremtésére (253,9 milliárd Ft) és az egészségügy digitális átállásának támogatására (98,9 milliárd).²⁰ Az alapellátás fejlesztésén belül elsősorban a praxisközösségi modell²¹ elterjesztését és további prevenció programokat terveznek. A „XXI. századi egészségügy” keretében cél például egy egységes, korszerű egészségügyi irányítási rendszer kialakítása és az integrált betegúti rendszer fejlesztése.²² Ezen a blokkon belül szereplenek még nagy a forrásigényű infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések is. A digitális átállás támogatása például az EESZT továbbfejlesztését és kórházak IT biztonságát megerősítését tartalmazza.¹⁴

Az alábbi ábrán azt mutatják az oszlopdigrammok, hogy mennyi forrást allokált a kormány az egyes ciklusokban, illetve az RRF keretében egészségügyi fejlesztésekre. A két szürke oszlop a 2021-27-es ciklus és az RRF 2021-es tervezeti dokumentumaiban szereplő előzetes költségvetéseket tartalmazza, amiket a későbbiekben átalakítottak, csökkentettek. Ténylegesen elköltött összeget csak az első oszlop tartalmaz, mivel a 2021–2027-es ciklus és az RRF végrehajtása még folyamatban van. Ezért ezek a piros oszlopok a végül „meghirdetett” támogatási kereteket mutatják: a 2021–2027-es ciklus esetén az elfogadott konstrukciók, az RRF-nél pedig a 2023-as HET alapján számított összegeket.²³





1. Ábra: Egészségügyre allokált EU-s források (milliárd Ft)



Forrás: Tervdokumentumok²⁴, saját számítás (2025 márciusi Ft-ra valorizált értékek)

Látható, hogy bár a 2021–2027-es ciklus tervei a 2014–2020-as időszakhoz hasonló, sőt kicsit nagyobb egészségügyi forrásokat irányoztak volna elő, ezek végül jelentős csökkentésre kerültek – feltehetően az RRF nyújtotta lehetőség miatt: mint fent már említettük, az RRF-ből finanszírozni tervezett fejlesztések között ugyanis kiemelt szerepet kaphatott az egészségügy. Az RRF-terv összegének csökkenését elsősorban az magyarázza, hogy egy nagyobb, mintegy 300 milliárd forintos tétel – az orvosbérek emelése – végül kikerült a csomagból, és azt a magyar állam saját költségvetésből finanszírozta.

Érdemes megemlíteni, hogy bár az uniós források fontos kiegészítést jelentenek, nagyságrendjük a központi költségvetés egészségügyi kiadásaihoz képest viszonylag csekély: a magyar állam évente körülbelül mintegy 3000 milliárd Ft-ot költ egészségügyre²⁵. Szembeötlő, hogy RRF-be be betervezett egészségügyi források összértéke a többi EU-s forráshoz és a hazai költsékekhez képest is magas – ahogy már említettük, szépséghiba (ezt nem mutatja az ábra), hogy ezt a támogatást egyáltalán nem biztos, hogy megkapja Magyarország; az is lehet, hogy a még az ebben a keretben már meghirdetett egészségügyi támogatásokat, melyek az éves egészségügyi költségvetési kiadásaink kb. 15 százalékának felelnek meg, is végül a magyar adófizetőknek kell állniuk.

Záró gondolatok

Érdemes kimondani: az egészségügy, bár ahhoz is hozzájárul, hogy a minél többen, minél tovább lehessenek aktívak, elsősorban nem befektetés a jövőbe (mint a magán termelőberuházások, az infrastruktúra fejlesztése vagy épp az oktatás), hanem (részben közösségi) fogyasztás: pőrén megfogalmazva, a közösség erőforrásaiból az ország lakosoknak szenvedésmentes életéveket nyújtunk általa. Ettől még az, hogy az erre használt infrastruktúra és emberi erőforrás hatékony módon, modern eszközökkel, a most méltatlanul rosszul hozzáférő csoportokat is elérve minél több életévet mentsen meg, méltányolható cél, ami a kohéziós források keretrendszerébe is beilleszthető. Hogy ezt az EU-s források





elosztásakor mikor és mennyire tartják fontosnak a többi ágazathoz képest, az nagyrészt a magyar döntéshozókon múlik.

Jelen jegyzet az Európai Unió finanszírozásával az EmpowerHun (101172580 — 2023CE16BAT234) projekt keretében készült. Az itt szereplő vélemények és állítások a szerzők álláspontját tükrözik, és nem feltétlenül egyeznek meg az Európai Unió vagy az Európai Bizottság hivatalos álláspontjával. Sem az Európai Unió, sem a Bizottság nem vonható felelősségre miattuk.

¹ Pl. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240503-2>

² Pl. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf

³ https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2022-roma-survey-2021-main-results2_en.pdf

⁴ Pl. https://www.oecd.org/hu/publications/magyarorszag-egeszsegugyi-orszagprofil-2023_5adc0e05-hu.html - hasznos alap adatok és ábrák.

⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52024SC0617&qid=1743669935119> – 2024-es országspecifikus ajánlások munkadokumentuma.

⁶ Érdemes megnézni hasonló adatokért: https://www.oecd.org/en/publications/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/full-report/component-57.html#indicator-d1e17667-d373f8e3db

⁷ Például 2021-ben ezer főre vetítve csupán 3,7 ápoló jutott Magyarországon, szemben az uniós átlag 7,9 fővel, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52024SC0617&qid=1743669935119>

⁸ Nyilvántartás: <https://alapellatas.okfo.gov.hu/tajekoztato-a-tartosan-betoltetlen-haziorvosi-korzetekrol/>, egy cikk adatvizualizációkkal: <https://www.valaszonline.hu/2024/08/14/egeszsegugyi-korhaz-haziorvos-praxisjog-orvosiany/>

⁹ https://romacivilmonitoring.eu/wp-content/uploads/2022/11/RCM2-2022-C1-Hungary_final_HU.pdf

¹⁰ https://www.nefmi.gov.hu/letolt/felsoo/fejlesztes/2_3_1_umft_080326.pdf

¹¹ „Az egészségügy strukturális átalakítása az alapellátás megerősítését, a lakóhely közeli ellátások fejlesztését, az alap- és a szak- (azon belül a járóbeteg) ellátás feladatköreinek pontos lehatárolását, az ehhez illeszkedő működési feltételek megteremtését, az egészségügyi ellátórendszer prevenciós szemléletű átalakítását, a betegút-menedzsment optimalizálását célozza meg”, https://kopint-tarki.hu/wp-content/uploads/2023/03/Szocialis_Ertekelesi_Jelentes.pdf

¹² Összességében a tartósan betöltetlen praxisok száma 2017-2020 között tovább nőtt, különösen a hátrányos helyzetű térségekben. Így a háziorvosi hivatás vonzóbbá tétele, a kompetencia szintek tisztázása (azaz az orvosi és szakdolgozói feladatok egyes képzési szintnek megfelelő újraelosztása) továbbra is kiemelt feladat marad.

¹³ A megvalósító szervezet összefoglalója a programról: <https://www.nnk.gov.hu/index.php/181-projektek/efop-1-8-1/sajtohirek-az-efop-1-8-1-projekten-belul/2285-jelentes-eredmenyek-a-nepegeszsegugy-teruleten.html?highlight=WyJocHYiXQ==>

¹⁴ A bevezetett szűrővizsgálat-keretrendszerrel ld. https://szures.nnk.gov.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=268

¹⁵ Részletesebb értékelés 23 egészségügyi konstrukcióról: https://kopint-tarki.hu/wp-content/uploads/2023/03/Szocialis_Ertekelesi_Jelentes.pdf

¹⁶ Elfogadott TOP Plusz: <https://www.palyazat.gov.hu/programok/szechenyi-terv-plusz/top-plusz#a-top-plusz-elfogadott-dokumentumai>

¹⁷ Elfogadott DIMOP Plusz: <https://www.palyazat.gov.hu/programok/szechenyi-terv-plusz/dimop-plusz#elfogadott-dimop-plusz>





¹⁸ HET: <https://www.palyazat.gov.hu/programok/helyreallitasi-es-ellenallokepességi-terv#dokumentumok>

¹⁹ Nemzeti Rákellenes Program, Nemzeti Keringési Program, Nemzeti Mozgásszervi Program, Nemzeti Gyermekegészségügyi Program, Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, Nemzeti Infektológiai Program, Egészséges Budapest Program, részletek olvashatók pl. az „Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégiában:

<https://cdn.kormany.hu/uploads/document/d/dc/dc5/dc5e0cad5e44450024c624018aa351dfc0946e40.pdf>

²⁰ Szerepel még az egészségügyi komponensben egy idősek biztonságát szolgáló digitalizációs program is (90,5 mrd Ft), melyet kihagytunk az elemzésből, mivel nem szigorú értelemben vett egészségügyi fejlesztés.

²¹ A praxisközösségek funkciójáról, fejlesztéséről ld. pl.: https://medicalonline.hu/haziorvostan/cikk/praxiskozossegi_modellprogramok_tapasztalatai_es_aktualitasa

²² A kiírás tartalmi része: <https://www.palyazat.gov.hu/api/download/66ab3d75a3fa2ac69ab0253d>

²³ A számítás során kizárólag a szűken vett egészségügyi célú fejlesztéseket vettük figyelembe. Így nem számítottuk be az RRF egészségügyi komponensének 3. reformelemét, amely egy idősek biztonságát szolgáló digitalizációs program, valamint azokat a többcélú – például oktatási vagy szociális intézményeket is érintő – helyi infrastruktúrafejlesztési konstrukciókat, amelyek csak részben vonatkoznak az egészségügyre.

²⁴ 2014-20 tény: https://kopint-tarki.hu/wp-content/uploads/2023/03/Szocialis_Ertekelesi_Jelentes.pdf
2021-27 terv: 2021 novemberi EFOP, TOP, DIMOP Plusz tervezetek
2021-27 meghirdetett: ÉFK összesítő, <https://www.palyazat.gov.hu/informacio/eves-fejlesztési-keretek>
RRF: 2021 májusi és 2023 decemberi HET

²⁵ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/gov_10a_exp_custom_16601954/default/table?lang=en
Érdekes, hasznos még költségvetési témákban: <https://koltsegvetes.k-monitor.hu/>





Mivel OPerálunk?

Ismeretterjesztő sorozat az EU
kohéziós politikájáról újságíróknak
2025. 6. szám



Intézet helyett

A fogyatékkal élők ellátása terén az 1970-es évektől fokozatosan alapvető szemléletváltás történt Európában. Míg korábban a nagylétszámú, szakosodott bentlakásos intézményeket tartották megfelelőnek a fogyatékos személyek ellátására, ma már szakmai és emberi jogi konszenzus övezi, hogy ezek nem csak rosszabb életminőséget biztosítanak, mint alternatívájuk, az érintettek városon, községen belüli, de támogatott lakhatási körülmények közötti támogatása, de gyakran a lakók kiszolgáltatottságához, súlyos társadalmi elszigetelődéshez és kirekesztéshez is vezetnek.¹

A paradigmaváltás jegyében az Európai Unió és az ENSZ is elköteleződött a *közösségi életvitelt támogató modell* mellett és az uniós országok fokozatosan megkezdtek az *intézményi férőhelyek kiváltását*². A Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló ENSZ-egyezmény³ értelmében az intézményi elzárás sérti az önrendelkezés, a társadalmi befogadás és az egyenlő bánásmód jogait, így helytelen szakpolitikai megközelítésnek minősül. A kiváltási folyamat célja, hogy a nagylétszámú intézményeket olyan támogatott lakhatási (TL) formák váltsák fel, amelyekben a fogyatékos-sággal élő emberek az önálló életvitelükhöz szükséges szolgáltatásokat és támogatást közösségi környezetben kapják meg: ideálisan akár családjukban maradva, hogy megelőzhető legyen az intézménybe kerülés, de legalább is max. 12 fős, a településbe integrált lakóotthonokban (ún. *TL házakban*).⁴ A lakhatás átalakítása mellett kulcsszerepe van az intézetekből kiköltöző klienseknek nyújtott szolgáltatások (pl. akadálymentesített tömegközlekedés, egészségügyi ellátás, nappali foglalkoztatás⁵), az ún. *szolgáltatási gyűrű*⁶ megerősítésének, valamint a környező közösségek és a velük dolgozó szakemberek szemléletformálásának is.

Magyarország először 1998-ban fogadott el törvényt arról, hogy „[a] fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézményeket fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-ig át kell alakítani oly módon, hogy az önálló életvitelre személyi segítséggel képes fogyatékos személyek ellátása kisközösséget befogadó lakóotthonban történjen [...]”⁷, ám ez azóta is csak terv maradt.

A folyamat 2000-es évek végén kapott új lendületet: 2007-ben Magyarország ratifikálta az ENSZ egyezményt,⁸ 2010-ben törvényileg előírta 1500 férőhely kitagolását a több mint 50 főt befogadó intézményekből 2013 decemberéig,⁹ 2011-ben pedig elfogadta a nemzetközi gyakorlatokra¹⁰ épülő kiváltási stratégiáját.¹¹ Elindította a férőhelykiváltási programját,





amelynek finanszírozásában az európai uniós források jelentős szerepet játszottak. A folyamat immár több mint egy évtizede tart: eddig mintegy 2500 férőhelyet sikerült támogatott lakhatással kiváltani és még további kb. 8500 férőhely vár kitagolásra¹².

Hogy azonban eddig nem teljes a siker, az azt mutatja, hogy az ENSZ tárgybani bizottsága, mely 2018-ban vizsgálati eljárást indított Magyarországgal szemben, 2020. évi jelentésében¹³ megállapította, hogy az ország súlyos és rendszerszintű jogsértéseket követett el a kitagolási folyamat során. A 2023. évi országértékelő jelentése szerint pedig Magyarország továbbra sem hajtotta végre a szükséges reformokat, fenntartja az orvosi-paternalista modellt, és visszaél az uniós forrásokkal. Ahelyett, hogy valódi alternatívát kínálnának az intézmények helyett, szerintük sok esetben csupán „újraintézményesítés” valósul meg.¹⁴

Ebben az összefoglalóban a férőhelykiváltás hazai folyamatát, kihívásait és a 2014-2022 közötti időszakban EU támogatással megvalósult fejlesztéseket mutatjuk be.

Kitagolási folyamat EU-s támogatásokkal

A férőhelykiváltás volumene

A 2022-es népszámlálás során a lakosság mintegy 2,8%-a vallotta magát valamilyen mértékben fogyatékossgal élőknek, bár a döntő többségük nem él intézményben.¹⁵ A közösségi alapú szolgáltatási modellre való áttérés pontos volumenét nehéz megbecsülni, mivel a legtöbb fogyatékos személy családban él, azonban gyakran ellátáshiányos környezetben – például nem érnek el nappali foglalkoztatót (lásd: „A fogyatékkal élők nappali ellátása...”) vagy éppen várólistán¹⁶ vannak egy elérhető intézménybe kerülésért. A cél az, hogy a kitagolási folyamat ezeket a családokat is segítse a megfelelő minőségű lakhatási formák és a szolgáltatási gyűri fejlesztése révén.

Szűkebben 2014-ben kb. 23 ezer ember élt olyan szociális intézményekben, amelyeket fogyatékossgal élők és pszichiátriai betegek számára tartottak fenn, közülük mintegy 11 ezer fogyatékos személy 50 főnél nagyobb intézményben.¹⁷ A kiváltási folyamat szempontjából ők alkotják a legfőbb célcsoportot, mivel az intézeti elhelyezés a családban vagy kisebb otthonokban élőkhez képest kiszolgáltatottabb helyzetet eredményez. A nagyintézményekben a fogyatékos emberek passzív, “ellátotti” szerepbe kerülnek, idővel a meglévő képességeik leépülnek – amit aztán könnyen a (halmozott) fogyatékossga számlájára írnak. Magyarországon is több botrány világított rá az elmúlt években, hogy a nagyintézményi működésbe kódolva vannak a jogsértések, miközben az embertelenséget gyakran elfedi az intézetek zárt világa¹⁸. A legnagyobb otthonokban több százan élnek, gyakran teljesen elszigetelten – például a szentgotthárdi otthonnak közel 700 lakója van¹⁹. Ezzel szemben támogatott lakhatásban 2014-ben még csak mindössze 273 fogyatékossgal élő személy élt.²⁰

Első lépések a kitagolási folyamatban – ambíciók versus valóság

A 2007–2013-as időszakban a TIOP program keretében elindultak az első férőhelykiváltási beruházások, próbajellelleggel. Ennek részeként 6 intézmény kiváltása valósult meg,²¹ és kb. 700 fogyatékossgal élő ember (a célcsoport 6,4 százaléka) költözhetett támogatott lakhatásba. Ez a tervezett 1500 főhöz képest viszonylag kevésnek tűnik, de a projekt fontos eredményekkel és tanulságokkal járt.





Felismerték, hogy a stratégiai szintű, tudatos irányítás hiánya, illetve a lakók felkészítésének és a helyi közösségek bevonásának hiányosságai egyaránt nehezítették a valódi integrációt.²² Erre reagálva jött létre a következő ciklusban a TÁRS (EFOP-1.9.1-VEKOP-15) projekt, amely egy szakmai koordinációs műhelyt hozott létre, hogy – többek között – képzéseket, tanácsadást és módszertani anyagokat biztosítsanak a kiváltási folyamat támogatására.²³

Fontos tanulság volt az is, hogy nem szerencsés a támogatott lakhatást olyan peremtelepülésekre telepíteni, ahol nem áll rendelkezésre megfelelő szolgáltatási környezet (pl. akadálymentesített tömegközlekedés, nappali ellátó – lásd: „A fogyatékkal élők nappali ellátása...”). Ez a hiányosság nemcsak a támogatott lakhatásban élőket érinti, hanem a családban élő, de a szolgáltatásokhoz nehezen hozzáférő fogyatékossgal élő személyek szükségleteit is. E problémák kezelésére az EFOP-1.9.2-VEKOP-16 projektet hozták létre, amely a fogyatékos emberek számára nyújtott szakmai és közszolgáltatások hozzáférhetőségének javítását célozta.²⁴

A 2014–2020-as ciklusban az EFOP és VEKOP keretében összesen közel 50 milliárd Ft-ot különítettek el férőhelykiváltásra, 10 000 férőhely kiváltását megcélozva. Ez a léptékváltás egy hatalmas, „soha vissza nem térő” lehetőségként jelent meg a szakmában. „Amit most létrehozunk, az fogja a következő 20-30 évre meghatározni, hogyan néz ki a szociális intézményi rendszer” – fogalmazott Kovács Éva, a KézenFogva Alapítvány szakmai vezetője 2017-ben.²⁵

A legnagyobb pályázat (EFOP 2.2.2.) eredeti kiírását 2016. szeptemberében tették közzé, majd négy hónap nyilvános egyeztetést követően, a szakmai szervezetek visszajelzései alapján módosították a kiírást. A folyamat beindult és néhány éven belül kézzelfogható eredményeket hozott: 2022-re 3713 támogatott lakhatási férőhely volt bejegyezve, mely bár a tervezett 10 ezertől jelentősen elmarad, a 2014-es szám több mint 10-szerese.²⁶ Fontos, hogy ebbe beleszámítanak a kitagolt gyermekotthonok is (de ez a 10 ezres kritériumban is így szerepelt), illetve a konstrukcióktól függetlenül „önállóan létrejött” TL házak is – melyek megjelenése jelentős pozitív tovagyrűzési eredménye a folyamatnak.²⁷

A férőhelykiváltással kapcsolatos kohéziós konstrukciókat az 1. táblázatban foglaljuk össze.

1. Táblázat

Ciklus	Kód	Név	Keretösszeg (Mrd Ft)
2007-13	TIOP-3.4.1.A-11/1	Bentlakásos intézmények kiváltása „A” Szociális intézmények komponense	7
2014-20	EFOP-1.9.1-VEKOP-15	Szociális intézményi férőhely kiváltási szakmai koordinációs műhely kialakítása (TÁRS projekt)	2,35 (ebből VEKOP: 0,43)
	EFOP-1.9.2-VEKOP-16	A fogyatékos személyek számára nyújtott szakmai és közszolgáltatások hozzáférhetősége kialakításának fejlesztése	2,96 (ebből VEKOP: 0,89)
	EFOP-1.9.10-22	A közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – személyes támogatási rendszer kialakítása	0,35
	EFOP-2.2.2-17	Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – intézményi férőhely kiváltás	19,86
	EFOP-2.2.25-22	Közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – támogatott lakhatás kialakítása, szociális alapszolgáltatás fejlesztés	25,00

Forrás: TÁRKI - Értékelési jelentés





Tanulságok, kihívások és továbbra is megoldatlan problémák

Bár a férőhelykiváltási programok célkitűzései összhangban álltak a nemzetközi normákkal, az értékelők és az érintettek szerint a gyakorlati megvalósítás számos ponton elmaradt az elvárásoktól. Az esetek jelentős részében a támogatott lakhatás nem kínál valódi alternatívát, mivel a szolgáltatási gyűrű nagyon töredezetten áll csak rendelkezésre, a szükséges szolgáltatások – mint például a nappali ellátás,²⁸ a foglalkoztatás vagy az egészségügyi hozzáférés – sok helyen hiányoznak. Az EU-s projektek lezárultával a szolgáltatások gyakran elsorvadnak, a lakók sok esetben visszajárnak az intézményekbe (mivel számos esetben csak részleges kiváltás³³ történt). További kurdarc, hogy az intézményekben dolgozó szakemberek szemlélete²⁹ és a társadalmi előítéletek³⁰ alig változtak, ami a várt javulás lassulásához és a szomszédsággal való konfliktushoz vezethet. A fejlesztések pedig alapvetően kevés embert értek el, a magas támogatási szükségletű, illetve a családban élő személyek életminősége gyakorlatilag nem változott, viszont megjelent a félelem az intézményeik megszűnésétől.³¹

A 10 000 férőhely kiváltására tett vállalás közel sem teljesült, részben szervezési problémák, részben az ambiciózus cél okozta nyomás, részben a helyi kezdeményezések háttérbe szorítása, valamint az érintettek közti nagyfokú bizalmatlanság miatt.³² Alapvető nézetkülönbség állt fel az érdekvédelmi és a kormányzati szereplők között a részleges vagy teljes kiváltás³³ preferálása körül, amely további politikai és kommunikációs problémákkal övezve ellehetetlenítette a hatékony közös munkát. A folyamatot tovább nehezítette a túlcentralizált, infrastrukturális fókuszú állami rendszer,³⁴ a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF) dominanciája³⁵ és az egyházi fenntartók kockázatkerülő távolmaradása³⁶.

Több jogvédő és érdekvédelmi szervezet – köztük a TASZ³⁷, az ÉFOÉSZ³⁸ és a MEOSZ³⁹ – számos ponton bírálta a kiváltási folyamatot. Felhívták a figyelmet arra, hogy a gondnoksági rendszer⁴⁰ fennmaradása mostani formájában alapjaiban korlátozza a támogatott lakhatás céljaként megfogalmazott autonómiát; továbbá, hogy a lakások területi elszigeteltsége már a pilot projektek során is problémát jelentett, de a nagy volumenű fejlesztések esetén ez különösen hangsúlyosan jelentkezett, és ellentmond a közösségi alapú szolgáltatási modell alapelveinek. Budapest és a Közép-Magyarországi Régió gyakorlatilag kimaradt a fejlesztésekből, miközben a támogatott lakások 70%-a nagyvárosoktól távol, peremterületeken épült, gyakran távol a helyi közösségektől és az alapvető szolgáltatásoktól – például akadálymentesített tömegközlekedéstől, gyógyszerértéktől, háziorvosi rendelőtől vagy nappali ellátótól⁴¹. Több esetben a lakásokat korábbi intézmények helyén vagy azok közvetlen közelében hozták létre, ami szintén sérti az intézménytelenítés alapelveit.⁴²

Hogyan tovább?

Jelenleg még kb. 8500 fogyatékos személy nagyintézményi férőhelye vár kiváltásra, ráadásul értelemszerűen ők azok, akiknek a kitagolása igazán nehéz, és gyakran a már támogatott lakhatásban élőknek sem képes még a szolgáltatási rendszer valódi alternatívát nyújtani. A fogyatékosággal élők társadalmi részvétele, önrendelkezése sokszor csak a tervekben érvényesül.

A 2021-27-es ciklus EFOP (lásd: „Elfogadott EFOP Plusz (2021-2027)”), illetve a Helyreállítási Alap (RRF)⁴³ elfogadott dokumentumai, habár elismerik az elmúlt évek fejlesztéseinek és a





fogyatékkal élők önálló életvitele támogatásának fontosságát, már nem tartalmaznak a kitagolással kapcsolatos intézkedéseket. Ennek okát csak találgatni tudjuk, hiszen a szakmai ajánlások rendelkezésre állnak a folyamat folytatásához.⁴⁴ Ha a kitagolás, mint stratégiai cél nem változott, az elkövetkező időszak fontos feladata lenne, hogy a kormány – akár EU-s források nélkül is – ezek tükrében folytassa a kiváltásokat, valamint, hogy az intézményben élők mellett a várólistán lévők és a családban élő fogyatékos személyek is hozzáférjenek a megfelelő támogatáshoz.

A nagylétszámú intézetek felszámolása nem csupán technikai vagy költségvetési kérdés, hanem még inkább társadalmi és politikai is.⁴⁵ Ez a folyamat annak a mély társadalmi szemléletváltásnak a próbája, amely elismeri, hogy a fogyatékossgal élő embereknek nem elkülönítve, hanem velünk együtt, a közösségeinkben van helyük. Nem elég lakásokat építeni – valódi befogadás csak akkor történik, ha a helyi szolgáltatások, közösségek és szakpolitikai szereplők együttesen alakítanak ki működő, emberi jogokat tiszteletben tartó megoldásokat.

Jelen jegyzet az Európai Unió finanszírozásával az EmpowerHun (101172580 – 2023CE16BAT234) projekt keretében készült. Az itt szereplő vélemények és állítások a szerzők álláspontját tükrözik, és nem feltétlenül egyeznek meg az Európai Unió vagy az Európai Bizottság hivatalos álláspontjával. Sem az Európai Unió, sem a Bizottság nem vonható felelősségre miattuk.

A borítókép Pásztoriban ábrázol egy TL házat. Forrás: <https://tamogatottfejlesztések.szgyf.gov.hu/2014-20/index.php/galeria-60>. Pásztoriban a kitagolási projekt célja az volt, hogy több mint 50 ember bentlakásos gondozását közösségi alapú gondozási formákkal váltsák fel, 10 családi típusú, 7-12 fős akadálymentesített TL ház építésével. A MEOSZ elemzése szerint az újonnan épült infrastruktúra a település periferiáján található, a tömegközlekedési lehetőségek korlátozottak, a közelben nincs gyógyszertár. A lakóknak így komoly kihívásokkal kell szembenéznük az önálló életvitelt illetően.⁴²

¹ Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató (2012): https://deinstitutionalisation.com/wp-content/uploads/2018/04/common-european-guidelines_hungarian-version.pdf

² Az intézményi férőhely férőhelyek kiváltása és kitagolása (angolul: *deinstitutionalization*) ugyanazt jelenti, a nagylétszámú bentlakásos intézeteket megszüntetik és helyette támogatott lakhatási (TL) formákat hoznak létre, amelyekben a fogyatékossgal élő emberek az önálló életvitelükhöz szükséges támogatást közösségi környezetben kapják meg, a szolgáltatási gyűrűn⁶ keresztül (ezért is nevezik ezt *közösségi alapú ellátási modellnek* is). Leggyakrabban 7-12 fős akadálymentesített lakóotthonokba, ún. TL házakba költöznek a lakók (lásd: „Az intézményi ellátásáról...” és „TÁRKI – Értékelő jelentés”).

A tagállamok többsége elfogadott kiváltási stratégiát vagy cselekvési tervet, a megvalósítás üteme és sikeressége azonban jelentős eltéréseket mutat. Egy friss összefoglaló jelentés: <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2024/paths-towards-independent-living-and-social-inclusion-europe>

A kelet európai országok közül az észt példa sikere figyelemre méltó: már a 2007-13-as ciklusban több mint 500 intézményi férőhelyet alakítottak át családi lakhatási formává az uniós források segítségével, amely intézményi lakosság kb. felét jelenti. Az átalakulás nemcsak az ellátási formák, hanem a közösségi terek visszanyerését is célozta – vagyis valódi „taaskogukonnastamine” (újra-közösségiesítés) történt. Egy tanulmány mely az észt és a magyar történetet mutatja be: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691457.2020.1851657>





³ <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd#Fulltext>

⁴ TÁRKI - Értékelő jelentés <https://archive.palyazat.gov.hu/a-fejlesztsek-hatsa-a-fogyatkos-szemlyek-letminsgnek-javtsra> - Részletes értékelés a fogyatékosüggyel, kitagolással kapcsolatos konstrukciókról

⁵ A fogyatékkal élők nappali ellátása egy szociális alapszolgáltatás, mely a fogyatékos személyek számára nyújt strukturált, fejlesztő célú foglalkoztatási és közösségi programokat, ahol a résztvevők napközben biztonságos környezetben, támogatott módon végezhetnek számukra értelmes tevékenységeket. <https://tamogatoweb.hu/nappali-ellatasok/>

⁶ A szolgáltatási gyűrű a támogatott lakhatásban élők számára helyben elérhető, az önálló életvitelhez szükséges alapvető szolgáltatásokat foglalja magában – például egészségügyi ellátást (házi orvos, gyógyszertár), nappali ellátást⁵, akadálymentes közösségi közlekedést, fejlesztő foglalkoztatást, mentálhigiénés támogatást. A szolgáltatási gyűrű célja, hogy a támogatott lakhatás ne szigetelődjön el, hanem beágyazódjon a helyi közösségbe. [Forrás](#)

⁷ Idézi Verdes Tamás (2009): „A Ház az Intézet Tulajdona”. Esély, 2009/4 https://www.esely.org/kiadvanyok/2009_4/05verdes.pdf

⁸ 2007. évi XCII. törvény: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700092.tv>

⁹ 1998. évi XXVI. törvény: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.tv>

¹⁰ Európai fogyatékosügyi stratégia 2010–2020 <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2010%3A0636%3AFIN%3Ahu%3APDF>

¹¹ 1257/2011. (VII. 21.) Korm. Határozat: <https://njt.hu/jogszabaly/2011-1257-30-22>

¹² Elfogadott EFOP Plusz (2021-2027): <https://www.palyazat.gov.hu/programok/szechenyi-terv-plusz/efop-plusz#elfogadott-efop-plusz>

¹³ <https://digitallibrary.un.org/record/3884297?v=pdf>, magyar nyelvű, közérthető összefoglaló: https://tasz.hu/wp-content/uploads/2024/01/CRPD_C_HUN_IR_1_9114_O.pdf

¹⁴

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/SessionDetails1.aspx?SessionID=2622&Lang=en

¹⁵ https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0033.html

¹⁶ Egy Pest megyei, jó hírű, 12 fő befogadására alkalmas lakóotthonnal készült interjúnk szerint, több mint 40 fő van jelenleg a várólistájukon. (saját kutatási interjú, 2025)

¹⁷ <https://tasz.hu/cikkek/tiz-eve-probalkozik-az-allam-a-fogyatekos-otthonok-felszamosaval-de-a-fogyatekossaggal-elo-emberek-alig-ereznek-ebbol-valamit/>

¹⁸ Pl. <https://ataszjelenti.444.hu/2021/03/26/nem-tudtak-ellatni-ezert-racsok-moge-zartak-egy-autista-gyereket-az-intezetben>, <https://validity.ngo/tophaz-az-emberi-jogok-europai-birosaga-szerint-magyarorszag-nem-vedte-meg-a-lakok-elethez-valo-jogat-magyarorszag-nak-vizsgalnia-kell-a-fogyatekossaggal-elo-szemelyek-intezmenyi-elhelyezese-es-ott-b/>, <https://444.hu/2019/05/07/video-kerult-elo-arrol-ahogy-a-mozsgoi-fogyatekos-otthonban-vernek-egy-beteget>, <https://444.hu/2019/05/20/meghalt-egy-ertelmi-fogyatekos-ferfi-szekszardon-fa-epitokockakat-talaltak-a-gyomraban>

¹⁹ https://www.gotthardotthon.hu/?page_id=161, <https://tasz.hu/cikkek/ot-eve-el-poloskak-kozott-tobb-mint-hatsaz-pszichiatrici-beteg-kozerdeku-bejelentest-tettunk-az-illetekes-hatosagoknal-az-ugyben/>

²⁰ Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés

²¹ Szentes (90 fő), Bélapátfalva (150 fő), Kalocsa (60 fő), Berzence (120 fő), Mérk (102 fő) és Szakoly (150 fő) https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2017/07/IFKT_MODSZERTANI_UTMUTATO.pdf - 28. oldal

²² Ld. fenn, 16. végjegyzet

²³ Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés





²⁴ A férőhelykiváltási folyamat egyik alapelve, hogy a fogyatékkal élők a települések közösségébe integrálva, autonóm módon, a közösség támogatásával élhessenek. Ezt az elvet súlyosan sérti, ha a TL házakat zsákfalvak szélére vagy a nagyobb településektől elszigetelten helyezik el. A FURI jelentés⁴² számos példát bemutat arra, hogy ez a probléma a 2012-20-as ciklusban fennmaradt, sőt erősödött, vagyis nem sikerült kiküszöbölni ezt a problémát.

²⁵ https://hvg.hu/itthon/20170514_godi_tophaz_mdac_emmi_kitagolas_tasz_kezenfogva_alapitvany

²⁶ Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés

²⁷ Az uniós (EFOP és VEKOP) programokon kívül is létrejöttek támogatott lakhatási formák Magyarországon – jellemzően civil vagy egyházi fenntartók kezdeményezésére. Ez azt jelzi, hogy a közösségi és emberi jogi alapú szemlélet bizonyos mértékben gyökeret vert a magyar szociális ellátórendszerben, még ha az uniós programokban elmaradások és rendszerszintű problémák is jelentkeztek (lásd: „TÁRKI – Értékelő jelentés”).

²⁸ Ld. fenn, 5. végjegyzet

²⁹ Sok esetben a munkatársak az intézményi működést és hierarchikus szereposztást vitték tovább a támogatott lakhatásba is, ami akadályozza az önálló életvitelt támogató, partnerségen alapuló segítői attitűd kialakulását (lásd: <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd#Fulltext> és fenn: „TÁRKI – Értékelő jelentés”).

³⁰ Például az egyik projekt (EFOP-2.2.2-17-2017-00027, mely során Fülöpösdaróc, Géberjén, Nagyecsed településekre alakítottak ki TL házakat) kéziratban maradt tereptanulmánya szerint érzékelhető különbség volt a támogatott lakhatás közösségi fogadtatásában attól függően, hogy a településen korábban működött-e intézmény. Ahol nem (Nagyecsed), ott erősebben jelentkeztek információhiányból fakadó hiedelmek és ellenérzések a lakókkal szemben.

³¹ Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés

³² Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés

³³ A teljes kiváltás esetén egy intézmény minden bentlakója elköltözik, az intézmény pedig megszűnik. Részleges kiváltás során csak egyes lakók költöznek ki támogatott lakhatásba (általában a „mobilisabb”, kisebb támogatási szükségletű lakók), míg az intézmény többi része tovább működik (egyes esetekben a kiköltöző lakók is visszajárnak például terápiára vagy nappali ellátásra). Ez utóbbi jó átmeneti megoldásnak tűnhet, de valójában nem jár az intézményrendszer tényleges lebontásával, és ellentmond a kitagolás céljainak. A kormányzati szereplők a részleges kiváltást tekintették megvalósíthatónak, míg az érdekvédelmi szereplők kiálltak a szakmai elveik mellett a teljes kiváltás pártján (lásd: „TÁRKI – Értékelő jelentés”).

³⁴ A kiváltás megvalósítását számos esetben például jelentősen hátráltatta a központosított bútorbeszerzés elhúzódnása. Az EFOP-2.2.2-17-2017-00027 projekt tereptanulmánya szerint ez több mint egy éves csúszást okozott, és végül a projekt hitelességének védelmében az anyaintézmény saját forrásból vásárolta meg a szükséges berendezéseket, hogy a kiköltözés egyáltalán megvalósulhasson.

³⁵ Az SZGYF honlapján a konkrét projekteikről található információk:

<https://tamogatottfejlesztések.szgyf.gov.hu/>

³⁶ Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés

³⁷ Társaság a Szabadjogokért, pl. https://tasz.hu/wp-content/uploads/2025/04/Kivaltas-alulnezetbol_TASZ_kutatasi-jelentes.pdf

³⁸ Értelmi Fogyatékkal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége, <https://crpd.hu/wp-content/uploads/2023/08/Az-EFOESZ-onervenyesito-tagjainak-beadvanya.pdf>

³⁹ Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége, <https://www.meosz.hu/wp-content/uploads/2019/02/222-kitagol%C3%A1s-helyszinek-elemzese.pdf>

⁴⁰ A gondnokság a magyar jogban olyan jogi intézmény, amely során a bíróság részlegesen vagy teljesen korlátozhatja egy személy cselekvőképességét, és helyette döntéshozatali jogokat ruház egy gondnokra. Ez különösen a fogyatékkal élő embereket érinti, akik így gyakran nem rendelkezhetnek önállóan például





lakhatásukról, pénzügyeikről vagy egészségügyi ellátásukról. A rendszer fennmaradása ellentétes az ENSZ CRPD egyezményével, amely a támogatott döntéshozatal bevezetését és az önrendelkezés biztosítását írja elő.
<https://tasz.hu/cikkek/kisokos-a-gondnoksagrol/>

⁴¹ Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés

⁴² Ld. fenn, 17. végjegyzet

⁴³ HET: <https://www.palyazat.gov.hu/programok/helyreallitasi-es-ellenallokepességi-terv#dokumentumok>

⁴⁴ Ld. fenn: TÁRKI Értékelő Jelentés

⁴⁵ Verdes Tamás, Scharle Ágota, Váradi Balázs (2011): „Intézet helyett” - A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. Esély, 2011/4
https://www.esely.org/kiadvanyok/2011_4/01averdes.indd.pdf - 2011-ben 52 Mrd Ft-ra (akkori áron) becsülték a kitagoláshoz szükséges beruházásokat.

