

## MENICH NÓRA

# KIT TÁMOGAT A TÁMOGATÓ TECHNOLÓGIA?

A fogyatékossgal élő emberek segédeszközökhöz való hozzáféréseinek kérdései Magyarországon

A technológia rohamos fejlődésének köszönhetően egyre több olyan eszköz, szoftver, módszer áll rendelkezésünkre, amelyek megkönnyítik a mindennapjainkat, segítik a hétköznapi tevékenységeinket. Igaz ez az olyan eszközökre és technológiákra is, amelyek a fogyatékossgal élők minél önállóbb életvitelének támogatására jöttek és jönnek létre, annak szellemében, hogy aktív, képes cselekvőként tekintve az egyénre, pótoljanak kieső funkciókat, segítséget nyújtsanak olyan helyzetekben, amelyben akadályoztatva érzik magukat. A tanulmány az ún. támogató-segítő eszközök és technológiák (assistive technology) hozzáférési kérdéseivel foglalkozik, a Magyarországon élő fogyatékossgal élő emberek szemszögéből.

## Bevezetés

A fogyatékossgal fogalma számos változáson ment keresztül az elmúlt néhány évtizedben. Amiben a változás leginkább mérhető: miképp tekintetünk a fogyatékossgalra, és mennyire hagyjuk magára az egyént a problémáival. A fogyatékossgal fogalom megközelítései közül négy nagy modellt szokás elkülöníteni (morális, medikális, szociális, illetve emberi jogi), amelyek közül az emberi jogi megközelítés a hatvanas-hetvenes évektől kezdve egyre több állam jogrendszerébe és szakpolitikai gyakorlatába épül be. Eszerint a fogyatékossgal élő személy aktív, képes, alkotó ember, akit ugyanolyan alapvető jogok illetnek meg, mint bármely más állampolgárt.<sup>1</sup> Nem több, jobb vagy más jogok biztosítására van tehát szükség, hanem arra, hogy mindenki gyakorolhassa meglévő jogait, hozhasson döntést, fejezhessen ki véleményét akkor is, ha ebben akadályozott. Amennyiben a fogyatékossgal élőkre nem mint gondozottakra, ellátottakra, hanem mint a társadalom egyenrangú tagjaira tekintünk, akiknek sajátos szükségleteik vannak, egyértelművé válik, hogy kiemelt szerepe van az önálló életvitel támogatásának.

<sup>1</sup> Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény 1. cikke szerint: „Fogyatékossgal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”

A személyközpontú támogatás eredményeképp nemcsak a fogyatékossgal élők választási lehetőségeit, a saját életük feletti kontroll lehetőségét növeljük, hanem megteremtjük annak esélyét is, hogy aktívan hozzájárulhassanak a helyi közösségek életéhez (European Network... 2014).

A minél önállóbb élet biztosításában van meghatározó szerepük a tanulmány témájául választott támogató technológiáknak (*assistive technology*):

„Az önálló életvitelhez, az emberi lét teljességében való megéléséhez szükséges önmegvalósításhoz elengedhetetlenek a megfelelő támogató eszközök, elengedhetetlen, hogy minden fogyatékos személy az ő szükségleteinek leginkább megfelelő eszközhöz jusson, azzal élhessen. Az önálló életvitelt segítő, támogató technológiai eszközöknek a használata a társadalmi életben való részvétel esélyének és az önrendelkezés elveinek érvényesülésének az alapját jelentik.” (MEREK 2013: 11)

A lehetséges megközelítések közül jelen tanulmány keretei között az eszközök és technológiák magyarországi hozzáférhetőségére helyezem a hangsúlyt, és azt a kérdést teszem fel, hogy az egyre nagyobb számban elérhető eszközök és szoftverek miként segítik, segíthetik a Magyarországon élő fogyatékos emberek mindennapjait.

## Támogató-segítő eszközök és technológiák

A magyar nyelvben az *assistive technology* kifejezést a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény alapján leggyakrabban támogató technológiaként, vagy támogató-segítő eszközök és technológiákként emlegetjük (továbbiakban: AT).

A fogalomnak az egyre bővülő nemzetközi irodalomban sincs egységes definíciója. Vannak, amelyek egyszerűbben és ennek okán tágabban, vannak, amelyek részletesebben, szűkebben fogalmazzák meg, mi tartozhat a támogató technológiák közé. A fogalom a mentén is változhat, hogy azt az orvosi rehabilitáció, az építészet, az egészségügy vagy a szociálpolitika területén használják. Néhány példa a támogató technológia meghatározására, a teljesség igénye nélkül:

- Hoppestad (2006): „A segítő technológia támogatja és segíti a felhasználót, akár speciális, akár átlagos feladatainak ellátásában, egy meghatározott környezetben.”
- King’s Fund (2001): „Segítő technológia minden olyan termék vagy szolgáltatás, amit a speciális helyzetű és az idős emberek függetlenségének növelésére terveztek.”
- Cowan–Turner–Smith (1998), WHO (2004): Minden olyan eszköz vagy rendszer, amely lehetővé teszi az egyes személyek olyan feladatainak elvég-

zését, amelyeket egyébként nem lennének képesek végrehajtani, vagy megkönnyít, biztosabbá tesz bizonyos cselekvéseket.

- Laufer–Koncz (2008): „Általános értelemben az ST-hez [segítő technológia] sorolják a rehabilitációs segédeszközöket, használati és lakberendezési tárgyakat is, de az utóbbi időben jobban elterjedt a kifejezés szűkebb értelemben vett alkalmazása, amikor kizárólag az ilyen célokra felhasznált információs és kommunikációs technológiákat értik alatta. (...) célja az emberi feladatvégzés megkönnyítése, a környezet megismerése, a problémamegoldás, a társakkal való kommunikáció korlátainak kiterjesztése és a lehetőségek bővítése a hatékonyabb munkavégzés és a kényelmesebb életvitel reményében.”

A példaként felhozott definíciók között találunk olyat, amely az információs technológia területére szűkíti az AT meghatározását, de olyat is, amely nem emeli ki konkrét célcsoportot, és azt hangsúlyozza, hogy minden ember kerülhet olyan helyzetbe, hogy valamely tevékenység végrehajtásakor eszköz vagy technológia segítségére van szüksége. Ezek a tág fogalmak nem ragadják ki a fogyatékosággal élőket vagy az időseket mint célcsoportot, hanem abból indulnak ki, hogy egy akadályozottsággal élő embernek ugyanolyan igénye lehet hiányzó képességeinek pótlására, mint amilyen szüksége lehet egy szemüvegesnek a szemüvegére vagy a magas hegyekben kirándulónak a botjára. Jelen keretek között Hersh (2010) definícióját veszem alapul, amelyben hangsúlyos szerepet kap az önálló életvitel, ezen keresztül a teljes társadalmi részvétel; valamint az is, hogy a fogalom nem kizárólag kézzel fogható eszközöket, hanem módszereket, technológiákat<sup>2</sup> is takar:

„A támogató technológia általános vagy gyűjtőfogalom, amely magában foglalja technológiák, berendezések, eszközök, összetett technikai berendezések, szolgáltatások, rendszerek, folyamatok és környezet átalakításának módszereit, technológiáit a fogyatékosággal élő és/vagy idős emberek számára, hogy felszámolja a társadalmi, az infrastrukturális és az egyéb akadályokat a függetlenség, a teljes társadalmi részvétel, az egyes tevékenységek biztonságos és könnyű elvégzése érdekében.” (Hersh 2010, idézi Kovács 2012: 7)

A segítő célú eszközök organikusan alakultak a technológiai rendszerek fejlődése során, és ezzel együtt az elérhető segédeszközök köre egyre rohamosabb mértékben bővül. A fejlesztések gyakran megelőzik a felhasználói igényeket, emiatt sok segítő technológia úgy jött és jön létre, hogy a fejlesztők egy meglévő ötlethez keresnek alkalmazási lehetőséget, amit egy fogyatékoság okozta helyzetben találnak meg. A 2010-es évektől kezdve azonban ez a felfogás változáson megy keresztül, aminek az az oka, hogy a társadalmi felelősségvállalás növeke-

<sup>2</sup> Gondolhatunk itt akár a hangzó nyelvet alternatív módszerekkel kiegészítő kommunikációs formákra, a szemvezérléses technológiára vagy a jelyelvre stb.

désével egyre nagyobb igény mutatkozik a fogyatékossgal élő személyek életminőségének javítására. Az Egyesült Államokban, Kanadában és egyes európai államokban ennek következményeképp nő a piaci kereslet, létrejönnek támogató technológiákkal foglalkozó központok, ahol felhasználó-központú tervezéssel, szakemberek segítségével jelölik ki a fejlesztési irányokat (Laufer–Koncz 2010).

Az, hogy a támogató technológiák hozzáférhetőségében, elérhetőségében, a rendelkezésre álló információk terjesztésében az államnak van szerepe és vannak kötelezettségei, nem csupán jóindulat kérdése. A támogató-segítő technológia nemcsak mint lehetőség, hanem mint az önálló életvitel, az egyenlő esélyű hozzáférés érdekében biztosítandó elem jelenik meg a fogyatékossgüggyel foglalkozó különböző szintű jogi dokumentumokban, a hazai jogrendszerben is. A 2007. évi XCII. törvény hatálybalépésével Magyarország elsőként ratifikálta a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezményt és a hozzá kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyvet. Az Egyezmény értelmében az egyetemes tervezés nem zárhatja ki a támogató-segítő eszközök és technológiák használatát, sőt indokolt esetben szükséges segítségként jelöli ki őket ahhoz, hogy a környezetet a lehető legnagyobb mértékben akadálymentessé tegyék. A részes államok általános kötelezettségeik között fogadták el, hogy biztosítják a megfelelő információkat az elérhető eszközökről és technológiákról, segítik az erre irányuló kutatások és innovációk térnyerését (4. cikk, *g*–*h*)), valamint kiemelten támogatják rehabilitációhoz és rehabilitációhoz használatos segédeszközök és technológiák „elérhetőségét, ismeretét és használatát” (26. cikk). A támogató-segítő (információs) technológia szerepe számos esetben megjelenik az Egyezményben, abban a vonatkozásban, hogy amennyiben arra szükség van, az alapvető jogok gyakorlását ezek segítségével biztosítsák a részes államok – úgy, mint élhessen véleménynyilvánításának jogával, aki beszéd fogyatékkal él, akadálymentesen hozzáférhessen írott információkhoz, aki látásában korlátozott stb.

Az ENSZ-egyezményre hivatkozva (kiegészülve az *Európai fogyatékossgügyi stratégia 2010–2020* dokumentumban rögzítettek) született meg az Országgyűlés 15/2015. (IV. 7.) OGY határozata az Országos Fogyatékossgügyi Programról (2015–2025). A program külön pontot szentel a támogató technológiának (2.3. pont), amelyben kiemeli, hogy szükség van a jelenleg működő rendszer felülvizsgálatára és korszerűsítésére, sőt azt a program egyik legfőbb célkitűzéseként említi:

„A felülvizsgálat során egyebek mellett meg kell vizsgálni a széles körű kölcsönzési rendszer kialakításának, az új, korszerű támogató technológiai eszközök támogatásának, illetve az eszközökhöz kapcsolódó szolgáltatásokkal való összhang megteremtésének lehetőségeit. (...) A gyógyászati segédeszközök támogatási rendszerének fejlesztésekor kiemelt stratégiai cél – a mindenkor elérhető nemzetközi és hazai szabványok alkalmazásával – az ellátás minőségének további javítása.” (OFP 2015–2025)

A 1653/2015. (IX. 14.) Korm. határozat, amely a program 2015 és 2018 között végrehajtandó intézkedéseit tartalmazza, az *egészségügy* témakör alá tartozó intézkedések között említi, hogy központi költségvetési forrás felhasználásával nagyobb hangsúlyt kell fektetni az egyéni méltányossági szempontokra (2.4. pont), illetve 2018. december 31-ig, a támogató technológiai eszközök hozzáférési feltételeinek felülvizsgálatát is előírja (2.5. pont).

Az Országos Fogyatékoságügyi Program amellet, hogy célként határozza meg a támogató technológiák hazai rendszerének korszerűsítését, azért is érdekes, mert úgy tűnik belőle, hogy a támogató eszközök és technológiák, valamint a gyógyászati segédeszközök közé egyenlőségjel tehető, ugyanis a két fogalom szinonimaként jelenik meg. Az ellátórendszerben támogató technológiák után kutatva kiderül, hogy a feltételezés nem alaptalan: állami támogatással jelenleg kizárólag gyógyászati segédeszközökhöz lehet jutni Magyarországon.

## Támogató-segítő technológiák-e a gyógyászati segédeszközök?

Az eszközök allokációjáért felelős<sup>3</sup> Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) honlapján közzölt információk alapján:

„Gyógyászati segédeszköznek azt az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal élő ember személyes használatába adott orvostechnikai-, vagy ápolási technikai eszközt tekintjük, amely használata során nem igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét.”

Azaz a fogalom kijelöli a célcsoportot (fogyatékossgal élők és egészségkárosodottak), a használat helyét és módját (személyes, egyéni, szaksegítség nélkül), és eszközökre korlátozódik. Amennyiben a fogalmak összevetése csak azok definícióira korlátozódik, már látható, hogy a gyógyászati segédeszközöké egy szűkebb, jobban lehatárolt tartalmat takar.

Érdemes megvizsgálunk a megnevezéseket is. A támogató-segítő eszköz és technológia nevében az emberi jogi szemléletnek megfelelően a támogatás, segítségnyújtás, míg a gyógyászati segédeszközök nevében a gyógyítás jelenik meg. A támogató technológiák ebben az értelemben segítséget nyújthatnak bárkinek, akinek arra szüksége van a teljes társadalmi részvétel érdekében. A gyógyászati segédeszközök felhasználói elsősorban betegként kerülnek említésre, a szükség-

<sup>3</sup> A kormány 2016 májusában döntött az egészségbiztosítási pénztár átszervezéséről, amelynek eredményeképp már tudjuk, hogy az OEP megszűnik, annak feladatait pedig a Magyar Államkincstár és az Emberi Erőforrások Minisztériuma veszi majd át. A cikk leadásáig az átszervezés a gyakorlatban még nem történt meg.

leteket pedig egészségügyi állapotromlásból adódó hiányosságok alapján határozzák meg a vonatkozó szakpolitikai dokumentumokban. Az állapotváltozás igazolása ráadásul szakorvosi vizsgálathoz kötött, utalva ezzel a fogyatékoság medikális vagy orvosi modelljére, amelynek értelmében a fogyatékosággal élő embereket szakorvos segítségével meg kell javítanunk, gyógyítanunk.

A fogyatékosággal foglalkozó szakpolitika egy olyan terület, amely esetében fontos, hogy a tervezést a holisztikus szemlélet határozza meg. A fogyatékoság kérdését nem lehet csupán egyetlen terület, egyetlen ágazati politika felelősségévé tenni – abban jelen van az egészségügy, az oktatási rendszer, a foglalkoztatáspolitikai, és nem utolsósorban a szociális ellátórendszer is. Az eredményes működésnek feltétele, hogy az egyes ellátórendszerek együtt(működve) alkotssanak struktúrát, egy fedél alá hozva ezzel sokféle tudást, tapasztalatot, szakmai álláspontot és szükségletekre adott, adható reakciókat. Vagyis

„...olyan igazgatási – eljárási – szervezeti módszereket kell alkalmazni, amelyek elősegítik, megteremtik azt a feltételrendszert, amelyben az egyes szereplők rákényszerülnek a kooperálásra, az együttműködési formák kialakítására. Ezt a kényszert többféleképpen lehet elérni; jellemzően az érdekek összerendezésével, amelyeket a célok, prioritások, a szabályozási környezet és a finanszírozási megoldások kialakításával lehet elérni.” (Mózer 2015: 1)

A támogató technológiák és a gyógyászati segédeszközök közötti viszony miatt felvetődik a kérdés, hogy az ellátórendszer melyik szegmenséhez tartozik a szabályozás, a keretek meghatározása, az ellátáshoz való hozzáférés biztosítása: egészségügyi kérdés-e mint gyógyászat, szociális kérdés-e a méltányossági szempontok, az egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása miatt, esetleg megvalósul-e bármilyen együttműködés a két szakpolitika között. A Magyarországon intézményesülő, AT-nek megfeleltetett gyógyászati segédeszközrendszer határterületet képez a szociálpolitika és az egészségpolitika között (MEREK 2013, Dankó–Molnár 2010). Ez azt is jelenti, hogy a hatékony működtetés akkor valósulhat meg, ha a két szektor együttműködik egymással, a fejlesztés pedig rendszerszemléletet követve valósul meg. Sőt, a támogató technológiákról elmondható, hogy az egészségügyi és a szociális ellátórendszer együttműködése nélkül, jelen keretek között nem érhető el teljes szükségletkielégítés. Az önálló életvitelt segítő eszközök az egészségügyi ellátórendszeren keresztül kerülnek a célcsoport használatába, vagyis itt keletkezik az igény és a jogosultság. A szociális ellátórendszer emellett két okból is megkerülhetetlen. Egyrészt a tartósan vagy ideiglenesen akadályozottak mindennapi tevékenységeikben korlátozottak, például nem vagy kevesebb munkát képesek végezni, emiatt gyakran szorulnak szociális ellátásra. Másrészt a szociális szféra szakemberei végzik a rehabilitáció és rehabilitáció azon részét, amelyet az egészségügy nem lát el – előbbi példánál maradva többek között a munkaerőpiaci reintegráció egy részét.

A két szektor megfeleltethetőségének azonban Magyarországon alapvetően szemléletbeli korlátja is van (MEREK 2013). Az egészségügyi szektor elsősorban a lehető legnagyobb egészségnyereség elérésére törekszik, míg a szociális ellátórendszer célja a legrosszabb helyzetben lévők támogatása, integrációja. Vagyis a hatékonysági szemlélet áll szemben a méltányosságon alapuló szemlélettel (Dankó–Molnár 2010).

## Hogyan lehet ma Magyarországon segédeszközhöz jutni?

Kiindulva ebből a gyógyászati segédeszközök és támogató technológiák közötti leegyszerűsítő kapcsolatból, a célom mégis annak áttekintése volt, hogy egy 2016-ban, Magyarországon élő fogyatékos személy<sup>4</sup> hogyan, milyen feltételekkel, milyen eszközökhöz fér hozzá.

A 2011-es népszámlálás során a teljes népesség 4,9 százaléka ( 490 578 fő) vallotta magát valamilyen fogyatékossgal élőnek. Az önálló életvitel támogatása szempontjából talán legfontosabb mutató, hogy a „Miben akadályozza Önt fogyatékossga?” kérdésre válaszul 365 ezer személy, a fogyatékossgal élők 72,6 százaléka nevezett meg legalább egy tényezőt.<sup>5</sup> A válaszadók leginkább a mindennapi tevékenységeik során (több mint 200 ezer válaszadó), illetve közlekedés esetén érzik magukat akadályozottnak (KSH 2015). A TÁRKI Társadalomkutató Intézet 2010–2011-ben az akadályozottsággal élő/megváltozott munkaképességű embereket vizsgálta Magyarországon<sup>6</sup> (Nagy 2011). A kutatásban akadályozottsággal élőnek azok számítottak, akik így határozták meg magukat, vagyis úgy érzik, hogy bizonyos mindennapi tevékenységeik során akadályokkal néznek szembe, azokat önállóan nem képesek végrehajtani. A kutatás eredményei közül a jövedelmi helyzetre, illetve szegénységre vonatkozó adatokat fontos kiemelniük, mégpedig azért, mert a támogató eszközök és technológiák vagy a gyógyászati segédeszközök esetében elhanyagolhatatlan tényező az érintettek vásárlóereje, illetve hozzáférési lehetőségei. Az eszközök és technológiák esetenként nagyon drágák, az akadályozott, fogyatékossgal élő emberek körében a népesség egészénél az aktív keresők, a foglalkoztatottak aránya kisebb. A Tárki eredményei azt mutatják, hogy az akadályozottsággal élők háztartásaik összjövedelmének átlaga 15 százalékkal alacsonyabb, mint ugyanazon korcsoport országos átlaga,

<sup>4</sup> Jelen keretek között nem érintem az idős embereket, akik nagy arányban potenciális felhasználói a gyógyászati segédeszközöknek és támogató technológiáknak.

<sup>5</sup> A válaszmegtagadók aránya 19%, 8,4% pedig azok aránya, akik a kijelölt listából nem tudtak akadályozó tényezőt választani.

<sup>6</sup> Az általam kiemelt eredmények esetében  $N = 2048$ , 16–62 éves magánháztartásokban élő népesség. A kutatás azon eredményeit vettem alapul, amelyek az akadályozott megkérdezettekre vonatkoznak („C” minta), amely az akadályozottságot nem köti egészségkárosodást igazoló dokumentum meglétéhez, vagyis ebben a lefedettek köre tágabb.



az egy főre jutó jövedelem pedig az országos átlag 90 százaléka. Az akadályozottak között a szegények<sup>7</sup> aránya 22 százalékkal magasabb, mint a teljes népességben, ami azt jelenti, hogy 100 érintett emberből 17 a szegénységi küszöb alatt él. Jövedelmük nagymértékben függ a jóléti rendszertől kapott készpénzes és természetben nyújtott ellátásoktól (leggyakrabban rokkantsági támogatások, illetve közgyógyellátás) (Hajdu 2011). Az anyagi helyzetre, a szegénységre vonatkozó adatok jelzik, hogy a fogyatékossgal élő, akadályozott népesség a teljes népességhez viszonyítva rosszabb körülmények között él, a szegénység kockázata ebben a csoportban magas, az értelmi fogyatékossgal élő gyereket nevelő családok elszegényedése szinte törvényszerű (Bass 2004, 2008). Ilyenformán még inkább elkerülhetetlen a méltányossági szempontok figyelembevétele az eszközök szabályozási és elosztási környezetének, valamint gyakorlatának kialakításakor. Ezzel biztosítható, hogy a fogyatékossgból adódó akadályok az egyén pénzügyi helyzetétől függetlenül leküzdhetőek legyenek.

Ma Magyarországon gyógyászati segédeszközökhöz alapvetően kétféle módon lehet jutni, azaz a „beteg” – akit következetesen inkább felhasználóként emlegetek – a szükséglet felmerülésekor két módon cselekedhet. Az egyik, hogy piaci alapon, teljes árán megvásárolja azt az eszközt, amelyre szüksége van. Ebben az esetben *bármely*, a piacon rendelkezésre álló eszközt használatba veheti, anélkül hogy jogosultsága megkérdőjeleződne. A jogosultság vizsgálatnak akkor van jelentősége, ha a fogyatékossgal élő vagy egészségkárosodott személynek nincs elegendő forrása, hogy önerőből fedezze a gyógyászati eszköz beszerzésével járó költségeket, és állami segítséggel szeretne támogató eszközökhöz jutni. A támogatás ugyanis egészségügyi vizsgálatához kötött.

Az eszközök felől nézve, e logika mentén, a termékeket is két csoportra oszthatjuk az alapján, hogy a társadalombiztosítási rendszeren keresztül jár-e rájuk támogatás (vásárlási árra, kölcsönzésre vagy javításra); így léteznek – az OEP fogalmai szerint – „tb-támogatásba befogadott” és „nem támogatott” eszközök. A támogatás egy bizonyos kihordási időre vonatkozik, amely időtartama alatt főszabály szerint a támogatott eszköz újra nem igényelhető, kivéve, ha egészségi vagy testi állapotváltozás lép fel – ideértendő a növést, illetve az idősödést is.

A tb-támogatott eszközökhöz jutás folyamatában az egészségügyi jogosultság vizsgálatának, így a szakorvosoknak jelentős szerepük van. Amellett, hogy ők választják ki a terméket, és állítják ki a vényt, amellyel a felhasználó mint utalvánnyal fordulhat a forgalmazókhoz, tájékoztató szerepet is kapnak, hiszen közvetlenül rajtuk keresztül juthat el az információ a kihordási időről, az eszközök rendeltetéséről, a társadalombiztosítási támogatás mértékéről, ezáltal az önköltség mértékéről. Szintén az orvos felelősségi köre, hogy a tájékoztatás a fogyatékossgal élők számára is „hozzáférhető és értelmezhető” legyen. A szakorvos köteles – egy minősített számítógépes program segítségével – a legalacsonyabb árú terméket ajánlani páciensének, amelytől kizárólag megalapozott szakmai érvekkel

<sup>7</sup> OECD-ekvivalenciaskála alapján mérve.

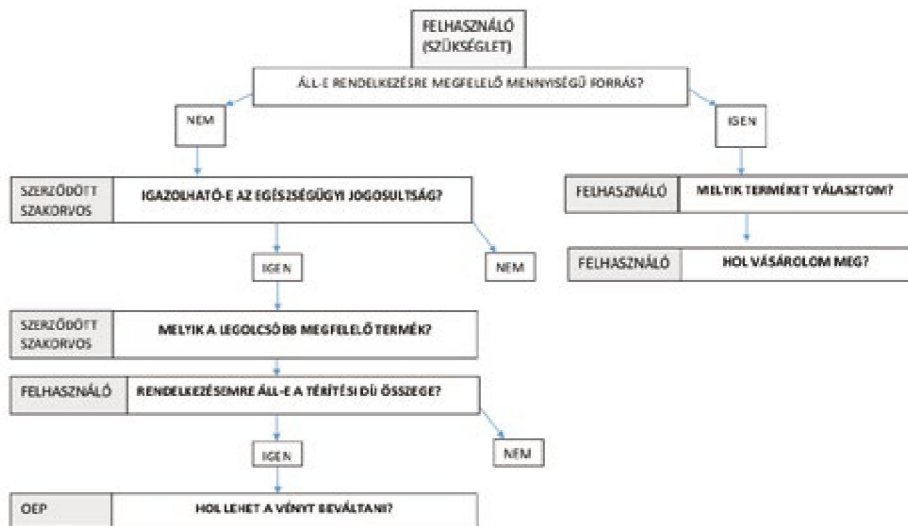


térhet el. Vagyis igen jelentős szerepe van abban, hogy a felmerülő szükségletre reagálva milyen eszköz kerül végül az ellátott kezébe. Mind a szakorvosok, mind a forgalmazók egészségbiztosítóval kötött szerződéssel szereznek jogot a vény kiállítására, illetve forgalmazók esetében annak beváltására. Ugyanígy szerződéses kapcsolat határozza meg azt is, hogy mely forgalomba hozók/gyártók terméke kerül be a támogatott listába, és azok a forgalmazók is kötöttek szerződést az OEP-pel, amelyeknél a támogatott eszközöket meg lehet vásárolni.

Támogatott eszköz vásárlása vagy kölcsönzése esetében tehát a felhasználó bizonyos szakorvos bizonyos ajánlása alapján, bizonyos termékhez juthat hozzá, amelyet bizonyos forgalmazóktól vásárolhat meg. Amennyiben ártámogatásra van szüksége, az igénylő önállósága – választási lehetősége, ellenőrzési szabadsága, döntési köre – sérül. Az előírt kritériumok pedig épp azok, amelyekkel a támogató eszközök segítségével biztosítandó önálló életvitelt írjuk körül.

A támogatott és nem támogatott eszközökhöz való hozzáférés szemléltetésére készítettem az 1. ábrát, megjelenítve a felhasználói utakat annak mentén, hogy az egyén igénybe veszi-e a társadalombiztosítási támogatást. Fontosnak tartottam annak szemléltetését is, hogy az egyes döntéseket ki hozza meg a két esetben (ezt szemléltetik a szürke színű téglalapok).

1 ábra: A támogatott és nem támogatott eszközökhöz való hozzáférés



Saját szerkesztés az OEP honlapján, illetve vonatkozó jogszabályokban közölt információk alapján.

A leírt folyamattól eltérően két mechanizmuson keresztül lehet – támogatással – eszközökhöz jutni. Az egyik az egyedi támogatás a nem támogatott eszközök igénylése esetén, a másik pedig a szociális ellátórendszeren keresztül igénybe vehető közgyógyellátás. Ezek hivatottak betölteni a választási szabadság hiányából eredő űröket és képviselni a méltányossági (szegénység, magas GYSE-költségek stb.)

szempontokat az eszközök igénylésekor. A közgyógyellátás keretében a termékek meghatározott 74 százaléka igényelhető, és a folyamat eredményét tekintve nem sokban tér el a hagyományos eljárástól – azt leszámítva, hogy a mechanizmus szociális helyzetből adódó tényezőket vásárlóerőre való hatásként ismer el.

Az egyedi támogatásra<sup>8</sup> néhány mondat erejéig érdemes kitérni. A biztosító az egyéni méltányosságra irányuló kérelem esetében hét szempontot mérlegel, amelyek között valójában nem igazán találunk méltányosságokat. Vizsgálják a kórtörténetet; a betegség súlyosságát; a termék használatának orvosszakmai indokoltságát; a termék költségeit és költséghatékonyságát; hogy elérhető-e a rendszerben komparátor eszköz, és ha igen, az miért nem megfelelő; hogy egészségnyereségi szempontból a kórképnek milyen az előfordulási gyakorisága; valamint a szakértői vélemény tartalmát. Ezek a szempontok javarészt hatékonyságra irányulnak, méltányosság alatt pedig kevésbé egyéni élethelyzetből adódó, mint inkább egészségügyi állapoton alapuló, betegségek központú szempontok kerülnek előtérbe. Vannak olyan eszközök, amelyekhez egyedi támogatás sem kérhető. Ezek elsősorban azok az eszközök, amelyek kényelmet vagy esztétikai célokat szolgálnak, illetve nem gyógyászati eszközök. Ez az egyedi méltányosság intézményének ismét olyan eleme, amely a fogyatékoság-, egészségkárosodás-megközelítés medikális modelljére utal a szabályozásban.

## A támogatott termékek és a lefedett (?) szükségletek

Az OEP a támogatással elérhető termékeket jól strukturált rendszerben tartja számon, kódszámokkal ellátva. A termékek besorolása a Nemzetközi Szabványügyi Szervezet (International Organization for Standardization, ISO) kategóriái alapján történik.<sup>9</sup> Az ISO 9999 nemzetközi szabvány a fogyatékosággal élő személyek egyedileg gyártott vagy általánosan beszerezhető segédeszközökének funkció szerinti osztályozása.

A háromszintű rendszerben a főosztályok jelenleg a következőképp alakulnak:

- 02 Kötszerek
- 04 Személyes gyógykezelő segédeszközök

<sup>8</sup> Az OEP által közölt információk szerint „a beteg ember életminőségének javítása érdekében az egyén sajátos helyzetének figyelembevételével, a közös társadalmi kockázatviselés és a méltányosság elve alapján (...)” nyújtható egyedi támogatás.

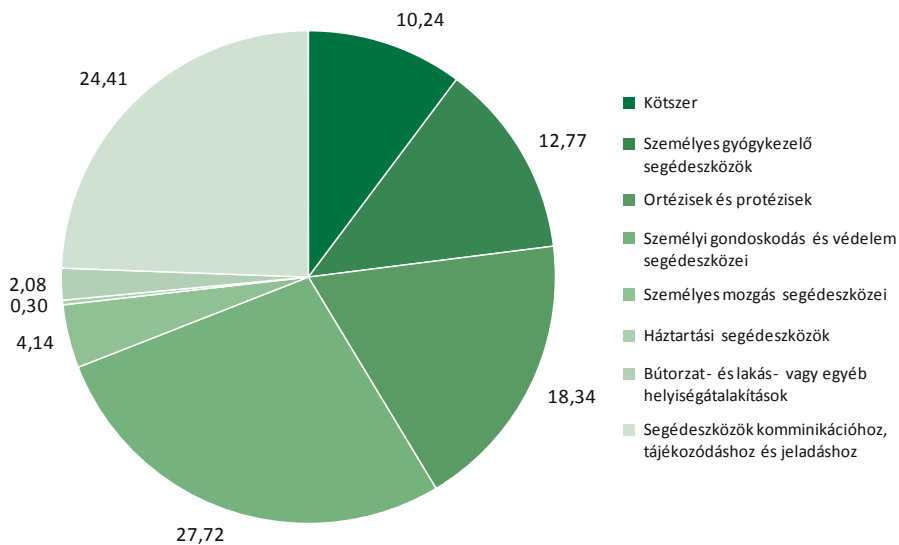
[http://www.oep.hu/felso\\_menu/lakossagnak/ellatas\\_magyarorszagon/gyogyszer\\_segedeszkoz\\_gyogyfuro\\_tamogatas/egyedi\\_tamogatas](http://www.oep.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfuro_tamogatas/egyedi_tamogatas) (utolsó letöltés 2016. 09. 01.)

<sup>9</sup> ISO 9999-2011 Assistive products for persons with disability. Az OEP által támogatott eszközök nyilvántartása az ISO 9999-2003 szabvány alapján történik, de létezik már újabb verziója is. Az ISO 9999-2011 használatára való átállás időpontja eddig bizonytalan, erre a Tóth–Mischinger (2012) szerzőpáros hívja fel a figyelmet. Amellett, hogy felmerül a kérdés, miért nem a legújabb szabvány alapján kerülnek besorolásra a termékek, a frissülés hiányának következménye, hogy nincsenek a rendszerben segédeszközök készségek begyakorlására, tárgyak és eszközök kezelésére, a környezet javítására, illetve rekreáció segítésére.

- 06 Ortéziszek és protéziszek
- 09 A személyi gondoskodás és védelem segédeszközei
- 12 A személyes mozgás segédeszközei
- 15 Háztartási segédeszközök
- 18 Bútorzat, lakás- és más helyiség-átalakítások
- 21 Segédeszközök a kommunikációhoz és tájékoztatáshoz

Első pillantásra a főcsoportokban lévő termékek egymáshoz viszonyított aránya is érdekesen alakul. A 2. ábrán a felsorolt főcsoportok szerinti százalékos megoszlás látszik az összes termék arányában, a jelenleg elérhető, besorolt támogatott termékeket összegezve.

**2 ábra:** A támogatott listában szereplő segédeszközök ISO-besorolás szerinti főcsoportbontásban, az OEP kategóriái mentén (%)



Saját számítás az OEP segédeszközlista alapján.

Látható, hogy legnagyobb arányban a személyi gondoskodás és védelem segédeszközei vannak jelen (körülbelül a termékek 28%-a), illetve majdnem az eszközök negyede segíti a kommunikációt, tájékozódást vagy jeladást. Szinte alig van a rendszerben háztartási segédeszköz (evést és ivást támogató eszközök), és 2 százalék körüli a bútorok vagy helyiségek terén az akadálymentesítő eszközök aránya.

Jobban kibontva a két legnagyobb kategóriát, a személyi gondoskodás és védelem eszközei között találunk ortopéd cipőket, idesorolandók a higiénés, mosdásban, fürdésben segítő eszközök, illetve minden sztómaterápiás eszköz, amelyek mennyisége igencsak megdobja a főcsoportba tartozó eszközök számát.

A kommunikációs eszközök közé tartoznak a szemüvegek, a kontaktlencsék, illetve a hallókészülékek és hangprotézisek – de nem találunk például kommunikátort. A kommunikációs eszközökön belül is kiugróan magas a szemüveglencsék és a hallókészülékek aránya az összes termékhez viszonyítva, aminek oka egyrészt azok sokfélesége, másrészt a hallókészülékek esetében idesorolódnak azoknak kiegészítő termékei is.

Ha más szemmel nézünk a főcsoportokra és az elérhető termékekre, mégpedig úgy, hogy az egyes fogyatékoságok, ezen keresztül speciális szükségletek mentén próbáljuk felmérni az egyén lehetőségeit, egészen más képet kapunk. A termékek újrakategorizálása – az alapján, hogy egyes eszközök melyik fogyatékoságkategoróriában felmerülő szükségleteket lehetnek hivatottak kielégíteni – jelen keretek között túl nagy és túl sok kérdést felvető feladat lenne. Már csak azért is, mert például a higiénés eszközök között a pelenka ugyanúgy szükséges lehet a derék alatt bénult embernek, a súlyosan halmozottan fogyatékos embernek, mint inkontinencia esetén, és így tovább. Azt viszont fontosnak tartom kiemelni, hogy egyes fogyatékosággal élő emberek, épp akadályozottságuk „milyensége” okán, azért nem tudnak részesülni a társadalombiztosítási támogatásból, mert támogatottan nincsenek olyan eszközök, amelyek számukra speciálisan megfelelőek lennének. A kommunikáció példájánál maradva: miközben a beszédben akadályozott emberek támogatására újabbnál újabb eszközök és technológiák, szoftverek, programok állnak rendelkezésre, s noha autista emberek képes kommunikációját egyszerű vagy high-tech eszközök egyaránt segíthetik, egyetlen kommunikátor, speciális egér vagy kapcsoló<sup>10</sup> sincs a támogatással elérhető eszközök között.

Összességében a használók szemszögéből látható a támogatórendszer nagy hiányossága: nem a felhasználók, hanem a termékek állnak a középpontjában. Pedig a szükségletek figyelembevétele nélkül nem valósulhat meg felhasználóközpontú, méltányos tervezés, még akkor sem, ha a fogyatékosággal élő emberek – mint minden másik ember – sokfélék, sokféle szükségletekkel. A rendszer gerince az OEP által nyilvántartott tételes támogatott eszközöket tömörítő lista. Érzéketlen az eszközökhöz kapcsolódó szolgáltatások jelentőségére, abból indul ki, hogy a „beteg” szükségleteinek kielégítése kimerül az eszközök biztosításával (Dankó–Molnár 2010). Áthatja a medikális megközelítés, mind az egészségkárosodást, mind a fogyatékoságot betegségként kezeli. Ráadásul a rendszer az ún. „elfektető modellt” alapul, vagyis a felhasználókról azt feltételezi, hogy nem képesek életük önálló vezetésére, passzív szereplők, ennek megfelelően a szakorvosok döntési jogkörébe kerül, hogy mely eszközöket kaphatják meg.

<sup>10</sup> Az eszközökről lásd bővebben például a Bliss Alapítvány eszközyűjteményét vagy a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. listáját. Többek között ezek a szervezetek foglalkoznak eszközkölcsonzással is.

## Hogyan válhat egy termék támogatottá? – a támogatásba vonás szempontrendszere és gyakorlata

A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásával kapcsolatos eljárásokban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztálya jár el. A gyógyászati segédeszközök befogadásáról való gondolkodás és az eljárásrend kialakítása 2004-ben kezdődött meg, három évvel a gyógyszerek szabályozási környezetének kialakítása után, elsősorban az európai uniós csatlakozás sürgető ereje miatt. Ennek eredményeképpen az egészségbiztosítási törvényhez tartozó 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásáról, támogatással történő rendelkezéséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről határozza meg a gyógyászati segédeszközök forgalmazására vonatkozó keretfeltételeket, valamint azt is, hogy milyen szempontok kötik az egészségbiztosítót, amikor új eszközök támogatásba befogadásáról dönt.

„3. § A gyógyászati segédeszközök befogadásának alapelvei:

a) *fogyatékoság-életfunkció-betegség figyelembevétele*: az emberi szervezet egészét vagy egy részét érintő működési hiánynak, csökkenésnek, annak mértékének, valamint a gyógyászati segédeszköznek az **önálló életvitelre, társadalmi beilleszkedésre gyakorolt hatásának figyelembevétele**;

b) *méltányosság érvényesítése*: **törekedni kell, hogy – különös tekintettel a halmozottan hátrányos helyzetű betegcsoportokra – minden fogyatékkal élő biztosított számára legyen támogatással hozzáférhető eszköz**;

c) *szükséglet alapú megközelítés*: a lakosság egészségügyi szükségletének leginkább megfelelő eszközt kell befogadni, azaz azt az egészségszükségletet kell kielégíteni, mely esetében klinikailag számottevő hatással rendelkező egészségügyi technológia áll rendelkezésre, és biztosítható, hogy a támogatást az a beteg kapja, akinél az elvárt hatás elérhető. Az eszköz alkalmasságának módszeres értékelése által a betegek számára magas értéket képviselő eszközt kell befogadni, az érintett betegcsoport klinikai szüksége mértékének figyelembevételével;

d) *szakmai megalapozottság*: szakmai szempontból már kiértékelte, nyilvántartásba vett, külön jogszabályban erre felhatalmazott szervezetek által biztonságosnak és hatásosnak minősített gyógyászati segédeszköz fogadható be. Nem kerülhet befogadásra olyan eszköz, amely a befogadás időpontjában támogatott eszköznél a beteg szempontjából egyértelműen alacsonyabb minőségi paraméterekkel rendelkezik;

e) *komplexitás*: figyelembe kell venni, hogy az eszköz önmagában elegendő-e, vagy az csak más eszköz, kezelés egyidejű alkalmazása mellett tudja kifejteni hatását;

*f) költséghatékonyság:* a befogadási döntéseket a költséghatékonyság követelményének figyelembevétele alapján kell meghozni. Ösztönözni kell a költséghatékony egészségügyi ellátás gyakorlati megvalósítását, a hosszú távon eredményesebb, így nagyobb egészségyeréséget biztosító, életminőség javulást jelentő, ezzel együtt reális ráfordítási igényű költséghatékonyabb eszköz befogadásával. A költséghatékonyság elemzése során az alternatív technológiák kerülnek összehasonlításra;

*g) költségvetési keretek figyelembevétele, finanszírozhatóság:* figyelembe kell venni a központi költségvetésről szóló törvényben az Egészségbiztosítási Alapra meghatározott, a gyógyászati segédeszközök támogatására fordítható költségvetési keretet, valamint a felhasználás aktuális helyzetét és a várható hatásokat;

*h) eredményesség:* az eszköz a napi gyakorlatban a használat során a kívánt mértékben javítja a beteg életkörülményeit.”

(A vastag betűs szövegek a szerző kiemelési)

Az előbbieken idézett részlet jól tükrözi azt a szemléletet, amely a támogató eszközök és technológiák jogszabályi környezetében is megjelenik: kiemeli a fogyatékoságot, hangsúlyozza a méltányosságot, deklarálja, hogy az eszközök célja az életkörülmények javítása, az önálló életvitel támogatása. A korrekt módon lefektetett alapelvek mellett azonban szükséges áttekinteni a befogadás folyamatát olyan szemmel, hogy valóban érvényesülnek, érvényesülhetnek-e a méltányosság szempontjai, követi-e a támogatási rendszer a piacon egyre nagyobb számban megjelenő új technológiai fejlesztéseket.

A gyakorlatban a folyamat háromszereplős. A forgalomba hozók kérelemmel fordulhatnak az OEP felé, amennyiben új terméket vagy új főcsoportot szeretnének nyitni a támogatással elérhető eszközök között. A harmadik szereplő a mindenkori egészségügyért felelős miniszter és minisztérium, aki bizonyos esetekben a végleges döntést hozza. A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba befogadása és az árához nyújtott támogatás megállapítása igazgatási szolgáltatási díj megfizetése mellett, hatósági eljárás során, kérelemre történik, illetve az OEP hivatalból kezdeményezhet felülvizsgálatot akár eszközök, akár eszközcsoportok vonatkozásában. A kérelem beadója a szállítójegyzékben szereplő forgalomba hozó lehet: Magyarországon gyártott eszköz esetében a gyártót, külföldön gyártott eszköz esetében pedig az a vállalkozó vagy gazdasági társaság, aki/amelyik a termék Magyarországra hozatalát végezte. A kérelem beadása is korlátozott abból a szempontból, hogy azok a segédeszköz csoportok, amelyek nem igényelhetők egyéni méltányosság alapján, új kérelemmel sem kerülhetnek be a rendszerbe (lásd az egyedi támogatásról szóló részt). Az allokációban tehát az OEP preferenciái közvetlenül érvényesülnek, a forgalomba hozókkal folytatott egyeztetések során (Mózer 2015).

A befogadás mérlegelésekor az egészségbiztosító szempontrendszere alapján<sup>11</sup> előnyt élveznek azok a termékek, amelyek meglévő funkcionális csoportba sorolhatók, de alacsonyabb árúak, vagyis már az eljárási idő és díj meghatározásakor is költséghatékonysági szempontok merülnek fel. Ugyanígy a döntésnél is: akkor részesíthető támogatásban egy adott eszköz, ha annak költséghatékonysága igazolt, „gazdaságosan és célszerűen” áll rendelkezésre, illetve elérhető a szükséges társadalombiztosítási forrás. Emellett az OEP egyrészt szakmai, másrészt gazdasági szempontrendszer szerint is dönt, amelyben amellet, hogy „az önellátó képességet bizonyítottan javítja-e” az adott eszköz, nincs egyedi szükségletekre, nemhogy méltányossági szempontokra vonatkozó mérlegelési elem. Ezek a kritériumok kizárólag a befogadásra szánt *termék* jellemzőire vonatkoznak, és nem jelenik meg közöttük a felhasználó, a szükséglet, ami valójában az eszközök rendeltetése lenne. Ez a működés látszólag nem felel meg annak, amit a 14/2007. (III.14) rendelet deklará, a befogadás elvei (rendelet) és a befogadás szempontjai (OEP) egymásnak nem feleltethetők meg. A Bodnár–Dérer–Dózsa–Takács szerzőcsoport írja még 2006-ban.

„Egyértelműen szabályozott rendszer hiányában sok új eljárás, gyógyszer, segédeszköz az egyedi méltányosság intézményén keresztül vagy erőteljes egyedi kijárá, lobbizás útján „próbált” bekerülni a támogatotti körbe. A támogatási paletta sok szempontból nem megfelelően korszerű. Egyes költség-hatékony termékek, eljárások évekig nem tudnak transzparens módon bekerülni a rendszerbe, míg sokszor a rossz minőségűek, kevésbé hatékonyak az előbb említett módokon kényszerítik ki a befogadást.” (Bodnár et al. 2006)

Szociálpolitikai szempontból az látszik, hogy a támogatott termékek köre sok szükségletet nem fed le, méltányosság keretében pedig az előbb említett nem hatékony működés mellett elsősorban egészségügyi szempontok kerülnek előtérbe, háttérbe szorítva ezzel bizonyos fogyatékosági kategóriákat. Teoretikus szinten, miközben a rendszer deklarált céljai között megtaláljuk a fogyatékoság, akadályozottság emberi jogi megközelítésének jeleit (mindennapi életkörülmények, környezet támogatása, önálló életvitel segítése stb.), a fejezetben ismertetett támogatásba vonási gyakorlat mégis a medikális modell mentén valósul meg.

## Összegzés, következtetések

A tanulmányt azzal a kérdésselvetéssel indítottam, hogy a technológiai fejlődésnek köszönhetően egyre nagyobb számban elérhető támogató eszközök és technológiák miként segítik a ma Magyarországon élő fogyatékos embereket.

<sup>11</sup> Az információk forrása az OEP honlapja, amennyiben másképp nem jelzem.



A támogató technológiák megléte vagy hiánya egy állami ellátórendszerben egyrészt szolgáltatásszervezési, másrészt forrásallokációs kérdés (Mózer 2015). A szükséglet ismert és elismert (lásd pl. a Fogyatékoságügyi Konceptiót, a vonatkozó statisztikai adatokat), a rá adott állami válasz viszont idejétmúlt és – ahogyan bizonyítani igyekeztem – egyenlőtlen.

A hazai jogalkotás és stratégiaalkotás láthatóan számol az AT jelentőségével, és összekapcsolódva az akadálymentesítés és egyetemes tervezés megvalósításával, elismeri az önálló életvitel támogatásának eszközeként. Már a szabályozási környezetből is kitűnik azonban, hogy a fogalmi és tartalmi különbségek ellenére a magyar nyelvben és ellátási rendszerben támogató eszközökként és technológiákként a gyógyászati segédeszközöket találjuk. A támogató technológiák kevésbé lehatárolt célcsoportjával áll párhuzamban a gyógyászat, a kizárólag eszközöket tömörítő csoport, amely törvényben meghatározott csoportokat céloz. A megközelítés alapvető problémájának látom, és a kutatásom több pontján arra a következtetésre jutottam, hogy az egész rendszert áthatja a medikális szemlélet, miszerint a fogyatékossgal élő embereket meg kell gyógyítanunk, ahelyett hogy emberi jogaik gyakorlását támogatnánk – például a segédeszközökkel és technológiákkal.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Magyarországon monopolhelyzetben lévő szolgáltatásvásárló (Bodnár et al. 2006). Vásárlói szerepe pénzügyi értelemben a rendelkezésre álló források, azaz az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének határáig terjed. A költségvetés tervezése azonban nemcsak pénzügypolitikai, hanem egészségpolitikai és szociálpolitikai kérdés is. Az OEP elsősorban gazdasági, pénzügyi, költséghatékonysági szempontok szerint mérlegel, még akkor is, ha törvényben deklarált feladata a méltányosság, a felhasználó-központság, az egyes fogyatékossgáltípusok figyelembevétele, amikor új eszközök támogatásba vonásáról dönt.

Eközben a potenciális felhasználók köre igen széles, amelyből jelen keretek között a fogyatékossgal élőkre összpontosítottam. Az eszközökhöz jutás folyamata erősen szabályozott, nagy különbségekkel indul az az ember, akinek elegendő forrás áll rendelkezésére, azzal az egyénnel szemben, aki a tb-támogatás nélkül nem tudna hozzájutni a számára szükséges eszközökhöz. A szigorú szabályok között sok döntést a szakorvos hoz meg, illetve a „szakmai szempontok” érvényesülnek, és nem az az ember dönt, akinél a szükséglet keletkezett. Pedig nehéz cáfolni azt az érvet, hogy ha a fogyatékossgal élő személyek maguk választhatják meg a nekik szükséges szolgáltatásokat, akkor azok nagyobb eséllyel válaszolnak valós igényekre. Valójában ebben rejlik az önálló életvitel gondolata, amelyet az eszközök hivatottak támogatni – emiatt a (túl)szabályozottságban ellentmondás látszik.

Az ellátórendszer jelenleg nem felhasználó-, hanem termékközpontú. A támogatással elérhető eszközök között sok fogyatékossgal élő nagy eséllyel nem talál olyat, amely specifikusan az ő szükségleteihez igazodna. Alapvetően hiányoznak a rendszerből a nem kézzelfogható eszközök, mint például a szoftverek, a high-tech termékek.

A méltányossági szempontok megvalósítására a közgyógyellátás, illetve az egyéni méltányosság intézménye szolgál, azonban az ilyen formában igényelhető eszközök köre is véges és korlátozott, a mérlegelési szempontok között inkább gazdasági és egészségügyi állapotra vonatkozókat találunk.

„Összességében elmondható, hogy a minőség-hatékonyság-esélyegyenlőség hármasság cél között egy folyamatos útkeresésre van szükség a helyes arányok megtalálása érdekében. A fontosabb feladatokat, szolgáltatási funkciókat időről időre felül kell vizsgálni, hiszen egy dinamikus környezetről van szó, amely időről időre új szakmai, technológiai lehetőségeket kínál, módosuló progresszivitási szintekkel más térbeli szerkezettel.” (Bodnár et al. 2006)

Az eredeti kérdésemre azt a választ találtam, hogy amit ma a magyarországi ellátórendszerben megengedően támogató technológiának nevezünk, az jelentős elmaradásban van azzal szemben, amit ugyanezen fogalom alatt más európai államokban értenek, és azzal szemben is, amit a meghatározás a tudományos gondolkodásban jelent.

A támogató technológiákhoz való hozzáféréssel, a hozzá kötődő forrásallokációval kapcsolatos kérdések köre azonban nem ér véget ott, ahol ez a cikk. Elemzésem nem érintette a nemzetközi jó gyakorlatokat, amelyek például szolgálhatnak, s amelyek segítségével egyes országok – szektorközi együttműködéssel – úgy közgazdaságtani, mint szociális szempontból indokolható intézkedésekkel építették be a támogató technológiát az ellátórendszerükbe.<sup>12</sup> Nem esik szó a tanulmányban arról a lehetőségről, amely mellett számos közgazdász érvel a jelenlegi magyarországi gyakorlat elemzésekor: a kölcsönzési rendszer széles körűbb bevezetéséről. A magyarországi támogatási rendszerben egy termékcsoport kivételével minden gyógyászati segédeszköz az első rendeléskor automatikusan az igénylő tulajdonába kerül, függetlenül a használat várható időtartamától. Részletes elemzések foglalkoznak azzal, hogy bizonyos, leginkább mozgásfunkciók pótlására és segítésére alkalmas eszközök esetében egyszerűen nem éri meg megvásárolni a termékeket. (Izomszakadás, törés esetén mi történik a szükségtelessé váló mankóval?) Arról nem is beszélve, hogy az államigazgatási átalakítások keretében az OEP mint háttérintézmény is átalakul, és feladatait a Magyar Államkincstár, illetve az Emberi Erőforrások Minisztériuma veszi át, amelynek következtében elképzelhető, hogy a szolgáltatás egy teljesen más struktúrában, más felelősségi körökkel, új keretek között lesz biztosított.

Ha a támogató technológiák másik nagy célcsoportját, az idős népességet is bevonjuk az elemzésbe, előtérbe kerül az, a dolgozatban épp csak említett vitás

<sup>12</sup> Dánia, ahol feleannyian élnek, mint Magyarországon, 2,8 milliárd koronát (kb. 98 milliárd forintot) költ segédeszközökre éves szinten (Vestergaard Nielsen 2008). Lényeges szemléletbeli kérdés, hogy a dán ellátórendszerekben a segédeszközökre mint befektetésre, és nem mint kiadásra gondolnak. A nagyobb városokban segédeszközközpontok alakultak, ahol tesztelik, értékelik, szabványosítják az AT-eszközöket – az önkormányzatokkal szoros együttműködésben.

kérdés, hogy hol van a határ az egészségügyi és a szociális ellátórendszer hatásköre között.

Úgy gondolom, a támogató technológiák rendszerének újragondolásában akkor lehet igazán eredményeket elérni, ha az utóbbi kérdés létjogosultságát veszti, az ellátás felhasználó-központú, ezzel együtt holisztikus lesz. Nem az a kérdés, hogy a fogyatékossgal élő, idős, vagy akár munkanélküli, gyermek, szenvedélybeteg, családos emberek ellátása annak rendje-módja szerint melyik szektor felelősségi köre, hanem hogy az adott ember felmerülő szükségleteit hogyan tudjuk a lehető legmegfelelőbb mértékben kielégíteni.

## Irodalom<sup>13</sup>

- Bass László (szerk.) (2004): *Jelentés a súlyosan halmozottan fogyatékos gyermekek nevelő családok életkörülményeiről*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány. <http://wesley.hu/sites/default/files/fajlok/cikk%20Bass-SHF-Kezenf.pdf>
- Bass László (szerk.) (2008): *Amit tudunk és amit nem – az értelmi fogyatékos emberek helyzete Magyarországon*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány.
- Bodnár Viktória – Dérer István – Dózsa Csaba – Takács Erika (2006): *Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése: 1 [r.]*, A működés korszerűsítésének lehetőségei. IME, (5), 4, 5–21.
- Cowan, J. – Turner-Smith, A. (1998): *The Role of Assistive Technology in Alternative Models of Care for Older People, With Respect To Old Age*. Research Vol. 2, Dasher Project. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.123.1879&rep=rep1&type=pdf>
- Dankó Dávid – dr. Molnár Márk Péter (2010): *Gyógyászati segédeszközök – Javaslatok egy minőségi ellátási rendszer kialakítására*. Vitaanyag. Budapest: BCE Vezetéstudományi Intézet. <http://www.i-s.hu/pdf/Gyogyaszati-segedeszkozok-tamogatasa-koncepcio.pdf>
- Európai fogyatékosügyi stratégia 2010–2020*: megújított elkötelezettség az akadálymentes Európa megvalósítása iránt. Brüsszel: Európai Bizottság. <http://eur-lex.europa.eu/%20LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:HU:PDF>
- European Network on Independent Living (2014): *Tévhitek az önálló életvitelről*. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft.
- Hajdu Gábor (2011): *A jóléti ellátások szerepe és az állammal kapcsolatos attitűdök*. In Nagy Zita Éva (szerk.) (2011): *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. TÁMOP 5.4.1. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 131–142. [http://www.ncsszi.hu/download.php?file\\_id=1904](http://www.ncsszi.hu/download.php?file_id=1904)

<sup>13</sup> A megadott internetes hivatkozások utolsó letöltésének időpontja a kézirat lezárásának dátuma: 2016. 09. 02.

- Hersh, Marion A. (2010): The Design and Evaluation of Assistive Technology Products and Devices. In Stone, J. H. – Blouin, M. (eds.): *International Encyclopedia of Rehabilitation*. New York: University at Buffalo. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/309/>
- Hoppestad, Brian Scott (2006): *Essential elements for assessment of persons with severe neurological impairments for computer access utilizing assistive technology devices: A Delphi study*. Knoxville: University of Tennessee. [http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3771&context=utk\\_graddiss](http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3771&context=utk_graddiss)
- Józwiak-Hagymásy Judit (2006): *A gyógyászati segédeszközök transzparens társadalombiztosítási támogatása*. Budapest: ESIK. [http://www.eski.hu/new3/politika/zip\\_doc\\_2006/gyse\\_tanulmany.pdf](http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/gyse_tanulmany.pdf)
- Kovács Gábor (2012): *Javaslat a hazai támogatóeszköz-ellátási rendszer átalakításához a külföldi modellek, valamint a hazai támogatóeszköz-ellátási rendszer működéséből eredő tapasztalatok tükrében*. TIOP-3.3.2-12/1-2013-0001 Guruló projekt. Budapest: MEREK. [http://gurulo.hu/sites/default/files/tanulmanyok/fuzet\\_2\\_kovacs.pdf](http://gurulo.hu/sites/default/files/tanulmanyok/fuzet_2_kovacs.pdf)
- KSH (2015): *2011. évi népszámlálás*. 17. A fogyatékossgal élők helyzete és szociális ellátásuk. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz\\_17\\_2011.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_17_2011.pdf)
- Laufer László – Koncz Péter (2010): Infokommunikációs technológiák segítő alkalmazásai. In: Jókai Erika – Koloszar Kata – Mogánné Tölgyesy Szilvia – Pataki Máté (2010): *Rehabilitációs támogató technológiák*. Budapest: Typotex, 69–70.
- MEREK – Mozgássérült Emberek Rehabilitációs Központja (2013): *Szociális szolgáltatások fejlesztése támogató technológiai eszközök biztosításával a házi gondozás területén*. Megvalósíthatósági tanulmány, TIOP-3.3.2-12/1-2013-0001. Budapest: MEREK. <http://gurulo.hu/megvalosithatosagi-tanulmany-tiop-332-121-2013-0001>
- Mózer Péter (2015): *A szociális területen megjelenő régi és új típusú szükségletekre adott és adható támogató technológiák (assistive technologies) feltérképezése, valamint intézményi elemzése*. A hazai szükségletek, források áttekintése. Konferencia-előadás. TIOP-3.3.2-12/1-2013-0001 Guruló projekt. Budapest: MEREK.
- Nagy Zita Éva (szerk.) (2011): *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. TÁMOP 5.4.1. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. [http://www.ncsszi.hu/download.php?file\\_id=1904](http://www.ncsszi.hu/download.php?file_id=1904).
- Országos Fogyatékosügy Program 2015–2025*. <http://www.kormany.hu/download/b/b5/20000/Fogyat%C3%A9koss%C3%A1g%C3%BCgyi%20Program.pdf>
- Tóth Melinda – Mischinger Gábor (2012): *Támogatóeszköz-, támogatótechnológiai, gyógyászati segédeszköz adatbázisok a mozgáskorlátozott emberek rehabilitációjának szolgálatában*. TIOP-3.3.2-12/1-2013-0001 Guruló projekt.

Budapest: MEREK. [http://gurulo.hu/sites/default/files/tanulmányok/fuzet\\_3\\_toth\\_mischinger.pdf](http://gurulo.hu/sites/default/files/tanulmányok/fuzet_3_toth_mischinger.pdf)

Vestergaard Nielsen, Kaj (2008): A segédeszközök kiutalása Dániában. Konferenciaelőadás, 2008. 09. 04. Budapest: MEREK.

### **Jogszabályok**

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

14/2007. (III. 14.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról...

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről

1653/2015. (IX. 14.) Korm. határozat az Országos Fogyatékgügyi Program végrehajtásának 2015–2018. évekre vonatkozó Intézkedési Tervéről